

ST. ELISABETH-KRANKENHAUS GMBH
BAD KISSINGEN



QUALITÄTSBERICHT



BERICHTSJAHR 2005
JUNI 2006

Inhalt

4	Einleitung
5	Die Klinik: Strukturdaten und Leistungsüberblick
7	Abteilung für Innere Medizin/Kardiologie
11	Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie
16	Abteilung für Unfallchirurgie
20	Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
24	Belegabteilung für Urologie
27	Belegabteilung für Pädiatrie
29	Belegabteilung für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
31	Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin
33	Qualitätsziele
34	Strukturen des klinikinternen Qualitätsmanagements
35	Projekte des Qualitätsmanagements
38	Messergebnisse im Qualitätsmanagement
45	Perspektiven des Qualitätsmanagements
46	Impressum

1 Einleitung

Das St. Elisabeth-Krankenhaus hat ein bewegtes Jahr hinter sich. In zahlreichen Bereichen der Klinik haben wir daran gearbeitet, unsere Organisation und unsere Infrastruktur weiter zu verbessern – dies alles, um unseren Patientinnen und Patienten den unvermeidlichen Krankenhausaufenthalt noch weniger einschneidend, noch weniger belastend gestalten zu können. Vor allem haben wir unser Bemühen fortgesetzt, durch weitere Optimierung der Prozesse Diagnostik und Therapie noch patientengerechter zu gestalten.

Beispielhaft ist zu nennen:

- In unserem Interdisziplinären Bauchzentrum wurden die Abläufe durch engste Zusammenarbeit der Gastroenterologen mit den Viszeralchirurgen optimiert und in die Routine überführt. Dies hat zur Folge, dass wir eine rasche, zielgerichtete Diagnostik, gegebenenfalls auch eine frühzeitige OP-Indikation ohne therapeutische Umwege sicherstellen und so eine stringente Behandlung einleiten können.
- Ebenfalls interdisziplinär nutzen wir unsere erweiterte Intensivstation und die neue Intermediate-Care-Station. Unterstützt durch modernste Medizin- und Überwachungstechnik können wir den Patienten genau die Intensität der Betreuung zukommen lassen, die sie nach dem jeweiligen Gesundheitszustand benötigen.

Das medizinische Qualitätsmanagement wurde – im Gleichklang mit den anderen Konzernkliniken der RHÖN-KLINIKUM AG – weiterentwickelt. So konnte ein Kennzahlensystem auch für die medizinische Ergebnismessung etabliert werden.

Wir legen Ihnen – unseren Patientinnen und Patienten, den mit uns zusammenarbeitenden Ärztinnen und Ärzten und anderen Interessierten – den zweiten Bericht über unsere medizinische Tätigkeit und die damit zusammenhängende medizinische Qualitätssicherung vor. Wir freuen uns über Ihre Rückmeldung!

Bad Kissingen, im Juni 2006

Die Geschäftsführung

2 Die Klinik: Strukturdaten und Leistungsüberblick

Name und Anschrift der Klinik	St. Elisabeth-Krankenhaus Kissinger Straße 150 97688 Bad Kissingen
Institutskennziffer	260 960 240
Träger	St. Elisabeth-Krankenhaus GmbH Bad Kissingen, (Alleingesellschafter: RHÖN-KLINIKUM AG, Bad Neustadt/Saale)
Zentrale E-Mail-Adresse	info@elisabeth-online.de
Internet-Präsenz	www.elisabeth-online.de
Betten Intensivmedizin	6
Betten Intermediate Care	14
Stationäre Fälle im Jahr 2005 gesamt	7.978
Ambulante Fälle im Jahr 2005 gesamt	6.181
Stationäre Operationen im Jahr 2005 gesamt	3.071
Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	635

Fachabteilungen und Planbetten

Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V	Fachabteilung	Zahl der Betten (laut Krankenhausplan)
0100	Innere Medizin	78
1500	Unfallchirurgie	31
1500	Allgemein- und Viszeralchirurgie	38
2400	Gynäkologie und Geburtshilfe	30
2200	Urologie	10
1000	Pädiatrie	5
2600	HNO	4

Besonderheiten der Klinik

Lage

Das St. Elisabeth-Krankenhaus Bad Kissingen liegt am Fuße der Rhön im weltbekannten Kurort Bad Kissingen. Mit seinen gegenwärtig 196 Planbetten ist es das größte Krankenhaus der Grund- und Akutversorgung im Landkreis. Seit dem 01.01.2004 gehört das St. Elisabeth-Krankenhaus zum Konzern der RHÖN-KLINIKUM AG, Bad Neustadt/Saale.

Ausstattung

Das Krankenhaus verfügt über folgende Anlagen:

- Herzkathetermessplatz
- Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)
- Röntgenanlage
- Durchleuchtungsanlage
- Uromat
- Urodynamischer Messplatz

Die Verfügbarkeit ist bis auf den Herzkathetermessplatz und die ESWL-Anlage 24 Stunden täglich sichergestellt.

Unser modernes Labor steht an allen Tagen in der Woche rund um die Uhr zur Verfügung.

Über eine auf dem Krankenhausgelände angesiedelte radiologische und nuklearmedizinische Praxis können unsere Patienten Ganzkörperaufnahmen mittels MRT (Kernspintomographen) und CT (Computertomographen) erhalten. Ebenso steht eine Gammakamera (Szintigraph) zur Verfügung.

Besondere Serviceeinrichtungen

Unser gesamtes Bettenhaus wurde in den vergangenen Jahren generalsaniert. Daher stehen unseren Patienten moderne und helle Räume in allen Fachabteilungen zur Verfügung. Radio- und Fernsehempfang wird gebührenfrei angeboten. Seit einigen Monaten haben wir für unsere Patienten die kostenfreie Benutzung eines Internetterminals in der Patientencafeteria eingerichtet. Hier kann man auch mit einem W-LAN-fähigen Notebook über eine drahtlose Verbindung die Möglichkeiten des World Wide Web nutzen.

Unser Küchenteam kocht täglich frisch. Nach Bedarf und auf Wunsch bieten wir Menü- und Diätberatung an.

Interdisziplinäre Leistungsangebote

Hervorzuheben ist unsere erweiterte Intensivstation mit Intermediate-Care-Station sowie unser Interdisziplinäres Bauchzentrum, auf das wir in Kapitel 4.3 näher eingehen möchten.

3 Fachabteilungen der Klinik

3.1 Abteilung für Innere Medizin/Kardiologie

Leitung der Abteilung: Dr. med. Friedrich Schwanghart

Von den in der Abteilung tätigen Ärztinnen und Ärzten sind 42% Fachärzte.

Es besteht folgende Weiterbildungsermächtigung: Dr. med. Schwanghart für sechs Jahre.

Beteiligungen der Abteilung an Fortbildungsveranstaltungen:

Im Jahre 2005 wurden folgende Sonographie-Kolloquien durchgeführt.

- Schnittebenen 1
- Schnittebenen 2 Gallenblase

Diese monatliche Fortbildungsreihe, für die Herr Dr. Schwanghart als DEGUM-Seminarleiter besonders qualifiziert ist, wird auch im Jahr 2006 fortgesetzt.

Weiterhin fand in Bad Kissingen die kardiologisch-gastroenterologische Fortbildung „Aktuelle Medizinische Klinik“ statt.

Die Abteilung bietet folgende **ambulante Leistungen** an:

- Notfallambulanz
- Privatambulanz
- Perkutane endoskopische Gastrostomie sowie ERCP

Gesamt-Leistungszahlen der Abteilung:

Fallzahlen (DRG)	2.984
Operationen/interventionelle Maßnahmen (OPS Kapitel 5)	633
Behandlungsmaßnahmen insgesamt (OPS alle Kapitel)	7.127

Die folgenden Tabellen stellen die **mengenmäßig** wichtigsten Leistungen dar:

Die häufigsten Fallgruppen (DRG)

Rang	DRG	Text	Fallzahl
1	F49	Invasive kardiologische Diagnostik (Herzkatheter), außer bei koronarer Herzerkrankung	200
2	E77	Infektion und Entzündung der Atmungsorgane	160
3	F73	Synkope (plötzliche Bewusstlosigkeit) und Kollaps	146
4	F62	Herzinsuffizienz mit Schock (Herzmuskelschwäche mit Kreislaufversagen)	137
5	F71	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen (Herzrhythmusstörung)	130
6	F67	Hypertonie (Bluthochdruck)	107
7	F57	Perkutane Koronarangioplastie (Erweiterung der Herzkranzgefäße durch Herzkatheter)	96
8	G49	Koloskopie (Dickdarmspiegelung) und Gastroskopie (Magenspiegelung)	79
9	G67	Ösophagitis und Gastroenteritis (Entzündung der Speiseröhre und des Magen-Darm-Trakts) und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	63
10	F24	Implantation (Einpflanzung) eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem	61

Die häufigsten Hauptdiagnosen

Rang	ICD 10	Text	Fallzahl
1	I20	Angina pectoris (Brustenge als Zeichen einer Verengung der Herzkranzgefäße)	275
2	I50	Herzinsuffizienz (Herzmuskelschwäche)	167
3	J18	Pneumonie (Lungenentzündung), Erreger nicht näher bezeichnet	150
4	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern (Formen der Herzrhythmusstörung)	144
5	R55	Synkope (plötzliche Bewusstlosigkeit) und Kollaps	118
6	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie (Bluthochdruck)	116
7	I21	Akuter Myokardinfarkt (Herzinfarkt)	112
8	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	61
9	I49	Kardiale Arrhythmien (Herzrhythmusstörung)	56
10	J44	Chronische obstruktive Lungenkrankheit (chronische Bronchitis)	50

Die häufigsten Prozeduren

Rang	OPS 301	Text	Fallzahl
1	8-930	Monitoring (Überwachung) von Atmung, Herz und Kreislauf	1.673
2	1-632	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie (Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm)	660
3	1-279	Diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	614
4	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung (Herzkatheteruntersuchung z. B. über die Leistenschlagader)	496
5	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen (Zugang durch Haut und Schlagadern)	336
6	1-440	Endoskopische Biopsie am Verdauungstrakt (Gewebeprobe bei Magen- oder Darmspiegelung)	332
6	1-650	Diagnostische Koloskopie (Darmspiegelung)	332
8	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt (Gewebeprobe bei Darmspiegelung)	228

Rang	OPS 301	Text	Fallzahl
9	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat (Blutübertragung)	190
10	3-052	Transösophageale Echokardiographie (TEE, Ultraschalluntersuchung des Herzens durch die Speiseröhre)	160

Leistungsschwerpunkte der Abteilung

Schwerpunkt 1: Versorgung von Patienten mit Magen-, Darm- und Gallenerkrankungen

Leistungszahlen

- 535 Koloskopien (Dickdarmspiegelung)
- 889 Gastroskopien (Magenspiegelung)
- 122 ERCP (im Rahmen der Endoskopie wird mittels eines flexiblen Seitblick-Endoskops der Bauchspeicheldrüsen- oder der Gallengang dargestellt)
- 2.872 Sonographien Abdomen (Ultraschalluntersuchung des Bauches), davon 31 interventionell als ultraschallgezielte Punktionen

Qualitätsmanagement

Zu Koloskopien:

Es wurden 208 (38,8%) interventionelle Koloskopien durchgeführt. Diese teilen sich wie folgt auf:

- Polypenabtragung 135 = 25,2%
- Blutung 58 = 10,8%
- Stenosenentherapie 14 = 2,6%
- Darmstenting (Tumore) 1 = 0,2%

Als aufgetretene Komplikationen wurden bei 14 Patienten Blutungen dokumentiert, die jedoch umgehend endoskopisch gestillt werden konnten.

Eine genaue Darstellung der Perforation bei Koloskopien entnehmen Sie bitte Kapitel 4.4.1

Zu Gastroskopien:

Es wurden 143 (16,1%) interventionelle Gastroskopien durchgeführt. Diese teilen sich wie folgt auf:

- Blutung 85 = 9,6%
- Varizen 4 = 0,4%
- Pneumatische und mechanische Dilatationen 7 = 0,7%
- Polypektomie 4 = 0,4%
- PEG (Nahrungssonde) 43 = 4,8%

Als aufgetretene Komplikationen wurde bei zwei Patienten eine Ateminsuffizienz festgestellt.

Zu ERCP:

Es wurden 70 (57,4%) interventionelle ERCP durchgeführt. Diese teilen sich wie folgt auf:

- Stenting 39 = 32%
- Steinextraktion 47 = 38,5%
- Steinextraktion & Stenting 16 = 13%

Folgende Komplikationen wurden dokumentiert:

- Leichte bis mittelgradige Pankreatitis (Bauchspeicheldrüsenentzündung) 5
- Leichte bis mittelgradige Blutung 4
- Duodenalperforation (Durchbruch des Zwölffingerdarms) 2
- Cholangitis (Gallenganginfekt) 1
- Ateminsuffizienz 1

Schwerpunkt 2: Herzkatheteruntersuchungen

Leistungszahlen

Es wurden 434 Koronarangiographien und 156 PTCA (perkutane transluminale coronare Angioplastie, Verfahren zur Erweiterung verengter Herzkranzgefäße) durchgeführt.

Qualitätsmanagement

Hier verweisen wir auf die externe verpflichtende Qualitätssicherung nach § 137 SGB V, die in Kapitel 4.4.1 explizit dargestellt ist.

3.2 Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Leitung der Abteilung: Herr Professor Dr. med. Michael Kahle (Ärztlicher Direktor)

Von den in der Abteilung tätigen Ärztinnen und Ärzten sind 67% Fachärzte.

Es bestehen folgende Weiterbildungsermächtigungen: Herr Professor Dr. med. M. Kahle für die Chirurgie fünf Jahre und für die Viszeralchirurgie ein Jahr.

Die Abteilung bietet folgende **ambulante Leistungen** an:

- Notfallversorgung
- Privatambulanz
- Ambulante Operationen im Rahmen des § 115b SGB V

Gesamt-Leistungszahlen der Abteilung:

Fallzahlen (DRG)	1.037
Operationen/interventionelle Maßnahmen (OPS Kapitel 5)	1.311
Behandlungsmaßnahmen insgesamt (OPS alle Kapitel)	2.442

Die folgenden Tabellen stellen die **mengenmäßig** wichtigsten Leistungen dar:

Die häufigsten Fallgruppen (DRG)

Rang	DRG	Text	Fallzahl
1	H14	Laparoskopische Cholezystektomie (Gallenblasenentfernung bei Bauchspiegelung)	136
2	G24	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien	106
3	G23	Appendektomie (Entfernung des Wurmfortsatzes)	89
4	G18	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	78
5	G66	Abdominalschmerz (Bauchschmerz) oder mesenteriale Lymphadenitis (Entzündung der Lymphgefäße des Darms)	51
6	G65	Obstruktion (Verlegung) des Verdauungstraktes	46
7	K12	Eingriffe an Schilddrüse	36
8	G25	Eingriffe bei Leisten und Schenkelhernien	34
9	G26	Eingriffe am Anus (After)	33
10	H13	Cholezystektomie (Entfernung der Gallenblase)	32

Die häufigsten Hauptdiagnosen

Rang	ICD 10	Text	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis (Gallensteinleiden)	170
2	K40	Hernia inguinalis (Leistenbruch)	112
3	K35	Akute Appendizitis (Entzündung des Wurmfortsatzes, Blinddarmentzündung)	109
4	K56	Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus (Darmverschluss) ohne Hernie (Eingeweidebruch)	80
5	K57	Divertikulose (Wandausstülpungen) des Darmes	51
6	C18	Bösartige Neubildung des Dickdarms	43
7	E04	Nichttoxische Struma (Vergrößerung der Schilddrüse)	35
8	K43	Hernia ventralis (Bauchdeckenbruch)	32
9	I88	Unspezifische Lymphadenitis (Lymphknotenentzündung)	27
10	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	24

Die häufigsten Prozeduren

Rang	OPS 301	Text	Fallzahl
1	5-511	Cholezystektomie (Entfernung der Gallenblase)	187
2	5-470	Appendektomie (Entfernung des Wurmfortsatzes)	126
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis (Leistenbruch)	112
4	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes (Entfernung eines Teils des Dickdarmes)	96
5	5-916	Temporäre (vorübergehende) Weichteildeckung	74
6	5-893	Chirurgische Wundtoilette (Wunddebridement, Wundausschneidung)	65
7	5-572	Zystostomie (Eröffnung der Harnblase, auch Anlegen eines Blasenkateters über dem Schambein)	60
8	5-541	Laparotomie (Eröffnung des Bauchraumes) oder Eröffnung des Retroperitoneums (Raum zwischen Bauchhöhle und hinterer Leibeswand)	53
9	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen (auf dem Wege einer Zwölffingerdarmspiegelung)	50
10	5-469	Operationen am Darm	45

Die häufigsten ambulanten Leistungen

Bedingt durch die Umstellung des Abrechnungsverfahrens werden hier nur die Daten vom 01.04.2005 bis 31.12.2005 dargestellt.

Rang	EBM	Text	Fallzahl
1	31154	Viszeralchirurgischer Eingriff (die inneren Organe betreffend, Zeitspanne von 46 bis 60 Minuten)	17
2	31152	Viszeralchirurgischer Eingriff (die inneren Organe betreffend, Zeitspanne von 16 bis 30 Minuten)	5
3	31153	Viszeralchirurgischer Eingriff (die inneren Organe betreffend, Zeitspanne von 31 bis 45 Minuten)	4
4	31132	Eingriff an Knochen und Gelenken (Zeitspanne von 16 bis 30 Minuten)	2
5	31163	Endoskopischer viszeralchirurgischer Eingriff (Spiegelung, die inneren Organe betreffend, Zeitspanne von 31 bis 45 Minuten)	1

Leistungsschwerpunkte der Abteilung

Schwerpunkt 1: Stadiengerechte Entfernung bösartiger Tumore des Magens sowie des Dick-, Dünn- und Enddarms

Leistungszahlen

Gesamtanzahl der nachfolgend aufgeführten Eingriffe: 160

85-mal wurden Operationen am Dünn- und Dickdarm durchgeführt (OPS 5-46).

43-mal wurden Operationen am Anus durchgeführt (OPS 5-49).

19-mal wurden Operationen am Rektum durchgeführt (OPS 5-48).

13-mal wurde Inzision, Exzision und Resektion am Magen durchgeführt (OPS 5-43).

Qualitätsmanagement

Wir nehmen an folgenden qualitätssichernden Studien beziehungsweise Registern teil:

- Multizentrisches Register "Fast-Track"-Kolonchirurgie der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie der Charité Berlin
- Tumorregister "Maligne Neuerkrankungen" des Tumorzentrums der Julius-Maximilian-Universität Würzburg

Es handelt sich um nationale Studien, die in ihrer Gesamtheit entsprechend publiziert wurden. Einzelauswertungen bezogen auf unser Haus liegen leider noch nicht vor.

Beteiligungen der Abteilung an Fortbildungsveranstaltungen

- Biological Mesh in Hernia Surgery (American Hernia Society, San Diego/USA). Referent: Herr Koziol (Oberarzt)
- Erfahrungen zum biologischen Netz bei Leistenhernien (Tagung der Bayerischen Chirurgenvereinigung, Bamberg), Referent: Herr Koziol (Oberarzt)
- Therapie der Sigmadivertikulitis aus Sicht des Chirurgen (Aktuelle Medizinische Klinik, Bad Kissingen), Referent: Prof. Dr. Kahle

- Gibt es noch Indikationen zur konventionellen Cholecystektomie ? (Symposium der Charité Berlin „Aktuelles aus der Chirurgie“) Referent: Prof. Dr. med. Kahle
- Im Jahr 2005 wurden am St. Elisabeth-Krankenhaus mit dem ärztlichen Kreisverband Bad Kissingen neun gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen zu verschiedenen Themen ausgerichtet. Organisiert wird dieser Weiterbildungszyklus von der Chirurgischen Abteilung des St. Elisabeth-Krankenhauses.

Ein besonderes Qualitätsmerkmal stellt unser Identifikationsbogen zur Operation (OP) dar. Dieser wurde implementiert, um Verwechslungen vorzubeugen. Auf diesem Bogen unterzeichnet der zu Operierende, dass er auch die Person ist, an der der Eingriff durchgeführt werden soll. An der OP-Schleuse werden die Unterlagen zur OP auf Vollständigkeit geprüft. Die Daten des Patienten werden auf dem Weg in den OP insgesamt vier Mal geprüft (Pflegekraft Station, Übergabe OP/Schleuse, Anästhesist und Operateur).

Schwerpunkt 2: Schilddrüsenchirurgie

Leistungszahlen

An der Schilddrüse und der Nebenschilddrüse wurden im Jahr 2005 46 Eingriffe (OPS Gruppe 5-06) durchgeführt.

Qualitätsmanagement

Teilnahme an der Publikation „Postoperative Recurrensfunktion nach Schilddrüsenoperation“ des Zentrums für Chirurgie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Hier handelt es sich um eine Veröffentlichung zu Verletzungen des Stimmbandnerves.

Bei nahezu allen Eingriffen wird das sogenannte Neuromonitoring angewendet. Dies führt zu einer deutlichen postoperativen Senkung der Heiserkeitsrate. Mit Hilfe dieses Neuromonitorings wird die Verletzung des Stimmbandnerves nahezu immer vermieden, da dieses System dem Operateur ein Warnsignal sendet, sobald der Nerv beschädigt werden könnte.

Schwerpunkt 3: Gallenblasenchirurgie

Leistungszahlen

An der Gallenblase wurden im Jahr 2005 198 Eingriffe (OPS 5-510 und 5-511) durchgeführt.

Qualitätsmanagement

Hier verweisen wir auf die externe verpflichtende Qualitätssicherung nach § 137 SGB V, die in Kapitel 4.4.1 explizit dargestellt ist.

3.3 Abteilung für Unfallchirurgie

Leitung der Abteilung: Dr. med. Ralf Junghanns

Von den in der Abteilung tätigen Ärztinnen und Ärzten sind 40% Fachärzte.

Es besteht folgende Weiterbildungsermächtigung: Dr. med. Ralf Junghanns für ein Jahr.

Beteiligungen der Abteilung an Fortbildungsveranstaltungen:

- Vortrag über die leitliniengerechte Thromboseprophylaxe
- Vortrag über die Nachbehandlung bei unfallchirurgisch-orthopädischen Eingriffen
- 1. Bad Kissinger Sportkolloquium mit dem Thema „Das Knie in Alltag und Sport“
- Im Rahmen verschiedener Anwendertreffen zum „Targon-Nagelsystem“ wurden Vorträge über den Oberschenkelnagel gehalten

Die Abteilung bietet folgende **ambulante Leistungen** an:

- Herr Dr. Junghanns ist zum Durchgangsarztverfahren und zum Verletztenartenverfahren der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zugelassen.
- Durchführung regelmäßiger Sprechstunden zur Begutachtung der oben genannten Patientengruppe (BG-Ambulanz)
- Ambulante Operationen im Rahmen des § 115b SGB V
- Notfallambulanz
- Privatambulanz

Gesamt-Leistungszahlen der Abteilung:

Fallzahlen (DRG)	1.278
Operationen/interventionelle Maßnahmen (OPS Kapitel 5)	1.900
Behandlungsmaßnahmen insgesamt (OPS alle Kapitel)	3.317

Die folgenden Tabellen stellen die **mengenmäßig** wichtigsten Leistungen dar:

Die häufigsten Fallgruppen (DRG)

Rang	DRG	Text	Fallzahl
1	J65	Verletzung von Haut und Unterhaut	175
2	I18	Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm	106

Rang	DRG	Text	Fallzahl
3	I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich	92
4	I13	Eingriffe an Oberarmknochen, Schienbein, Wadenbein und Sprunggelenk	84
5	B80	Kopfverletzungen	74
6	I24	Arthroskopie einschließlich Biopsie (Gelenkspiegelung mit Gewebeprobe) oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm	62
7	I48	Revision (Korrektur) oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodeese (Gelenkversteifung), ohne komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere Begleiterkrankungen oder Komplikationen	61
8	I44	Endoprothesen-Implantation (Einsetzen eines künstlichen Gelenks) oder -Wechseloperation am Kniegelenk	50
9	I05	Ersatz großer Gelenke (z. B. Schulter, Oberarm, Unterarm, Bandscheibe, Sprunggelenk)	37
10	I21	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial (Metallentfernung nach Knochenbruchversorgung) an Hüftgelenk und Femur (Oberschenkelknochen) oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm	34

Die häufigsten Hauptdiagnosen

Rang	ICD 10	Text	Fallzahl
1	M17	Gonarthrose (Kniegelenksverschleiß)	136
2	S72	Fraktur des Femurs (Oberschenkelknochenbruch)	123
3	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	104
4	S82	Fraktur (Knochenbruch) des Unterschenkels	102
5	S06	Intrakranielle Verletzung (Verletzung von Organen innerhalb des Schädels)	78
6	M16	Koxarthrose (Hüftgelenksverschleiß)	76
7	S52	Fraktur (Knochenbruch) des Unterarmes	65
8	S42	Fraktur (Knochenbruch) im Bereich der Schulter und des Oberarmes	54
9	S32	Fraktur (Knochenbruch) der Lendenwirbelsäule und des Beckens	51
10	S22	Fraktur (Knochenbruch) der Rippen, des Sternums (Brustbein) und der Brustwirbelsäule	48

Die häufigsten Prozeduren

Rang	OPS 301	Text	Fallzahl
1	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis (Operation an der Gelenkhaut bei Gelenkspiegelung)	388
2	5-812	Arthroskopische (Gelenkspiegelungs-) Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken (Gelenkzwischenknorpeln)	312
3	5-859	Operation an Muskeln, Sehnen, Faszien (Bindegewebepplatten) und Schleimbeuteln (Restkategorie)	138
4	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk (Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenkes)	125
5	5-790	Geschlossene Reposition (Wiedereinrichtung) einer Fraktur (Knochenbruch) oder Epiphysenlösung (Ablösung des Gelenkendes des Knochens) mit Osteosynthese (operative Knochenbruchstabilisierung)	119
6	5-794	Offene Reposition (Wiedereinrichtung) einer Mehrfragment-Fraktur (Knochenbruch) im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese (operative Knochenbruchstabilisierung)	116

Rang	OPS 301	Text	Fallzahl
7	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	80
8	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial (Metallentfernung nach Knochenbruchversorgung)	65
9	5-784	Knochen transplantation und -transposition (Verlagerung)	60
10	5-916	Temporäre (vorübergehende) Weichteildeckung	54

Die häufigsten ambulanten Leistungen

Bedingt durch die Umstellung des Abrechnungsverfahrens werden hier nur die Daten vom 01.04.2005 bis 31.12.2005 dargestellt.

Rang	EBM	Text	Fallzahl
1	31132	Eingriff an Knochen und Gelenken (Zeitspanne von 16 bis 30 Minuten)	18
2	31914	Einrichtung von Frakturen (Knochenbrüchen) oder Luxation (Verrenkung) diesseits (körperseits) von Knie- oder Ellenbogengelenk	9
3	31131	Eingriff an Knochen und Gelenken (Zeitspanne bis 15 Minuten)	3
3	31910	Einrichtung von Frakturen (Knochenbrüchen) oder Luxation (Verrenkung) jenseits der Hand- oder Fußwurzel	3
5	31133	Eingriff an Knochen und Gelenken (Zeitspanne von 31 bis 45 Minuten)	2

Leistungsschwerpunkte der Abteilung

Vorbemerkung:

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass der in Kapitel 3.1 geschilderte Identifikationsbogen selbstverständlich auch bei den Patienten der Abteilung Unfallchirurgie angewendet wird.

Schwerpunkt 1: Der künstliche Ersatz von Hüftgelenken (Endoprothetik)

Leistungszahlen

Im Jahr 2005 wurden 82 Implantationen einer Endoprothese am Hüftgelenk (OPS 5-820) durchgeführt.

Qualitätsmanagement

Hier verweisen wir auf die externe verpflichtende Qualitätssicherung nach § 137 SGB V, die in Kapitel 4.4.1 explizit dargestellt ist.

Schwerpunkt 2: Gelenkspiegelungen und Eingriffe am Knie

Leistungszahlen

Im Jahr 2005 wurden 117 Eingriffe am Kniegelenk (OPS 5-81*) sowie 61 Arthroskopien (Gelenkspiegelung mit Gewebeprobe, OPS 1-697.7) durchgeführt.

Schwerpunkt 3: Kniegelenkersatz

Leistungszahlen

Im Jahr 2005 wurden 50 Endoprothesen-Implantationen (Einsetzen eines künstlichen Gelenks) oder -Wechseloperation am Kniegelenk (OPS 5-822), ein Prothesenwechsel am Kniegelenk (OPS 5-823) sowie eine Revision/Ersatz des Kniegelenks (OPS 5-822) durchgeführt.

Qualitätsmanagement

Hier verweisen wir auf die externe verpflichtende Qualitätssicherung nach § 137 SGB V, die in Kapitel 4.4.1 explizit dargestellt ist.

Wir setzen sowohl bei der Knie- als auch bei der Hüftendoprothetik eine computergestützte Navigation ein, die den Operateur mit hoher Präzision unterstützt.

Für das Jahr 2005 haben wir die gesetzlich festgelegte Mindestmenge erfüllt.

3.4 Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe

Leitung der Abteilung: Dr. med. Hartmuth Heigoldt

Von den in der Abteilung tätigen Ärztinnen und Ärzten sind 50% Fachärzte.

Es besteht folgende Weiterbildungsermächtigung: Gynäkologie Dr. Heigoldt für vier Jahre.

Beteiligungen der Abteilung an Fortbildungsveranstaltungen:

Im Jahr 2005 fanden folgende Fachvorträge unserer Gynäkologen in unserem Hause statt:

- Harninkontinenz
- Wassergeburt

Die Abteilung bietet folgende **ambulante Leistungen** an:

- Chemotherapie bei gynäkologischen Erkrankungen
- Mamma-Sonographie und Stanzbiopsie als Teil des Bayerischen Mammographie-Screening-Programms
- Ambulante Operationen im Rahmen des § 115b SGB V
- Notfallambulanz
- Privatambulanz

Gesamt-Leistungszahlen der Abteilung:

Fallzahlen (DRG)	1.332
Operationen/interventionelle Maßnahmen (OPS Kapitel 5)	954
Behandlungsmaßnahmen insgesamt (OPS alle Kapitel)	2.033

Die folgenden Tabellen stellen die **mengenmäßig** wichtigsten Leistungen dar:

Die häufigsten Fallgruppen (DRG)

Rang	DRG	Text	Fallzahl
1	P67	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante Prozedur (Operation)	369
2	O60	Vaginale Entbindung	299
3	O01	Sectio caesarea (Kaiserschnitt)	100
4	N21	Hysterektomie (Gebärmutterentfernung) außer bei bösartiger Neubildung	56
5	O65	Vorgeburtliche stationäre Aufnahme	50
6	J23	Große Eingriffe an der Mamma (weibliche Brust) bei bösartiger Neubildung	38

Rang	DRG	Text	Fallzahl
7	N04	Hysterektomie (Gebärmutterentfernung) außer bei bösartiger Neubildung	37
8	N09	Eingriffe an Vagina, Zervix (Gebärmutterhals) und Vulva (äußere weibliche Geschlechtssteile)	34
9	N10	Diagnostische Kürettage (Ausschabung), Hysteroskopie (Gebärmutter Spiegelung), Sterilisation	33
10	N06	Komplexe rekonstruktive Eingriffe (Wiederherstellungseingriffe) an den weiblichen Geschlechtsorganen	27

Die häufigsten Hauptdiagnosen

Rang	ICD 10	Text	Fallzahl
1	Z38	Lebendes Neugeborenes	302
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	110
3	O70	Dammriss unter der Geburt	66
4	P59	Neugeborenenikterus (Gelbsucht des Neugeborenen)	64
5	C50	Bösartige Neubildung der Mamma (Brustdrüse)	61
6	N81	Genitalprolaps bei der Frau (Hervortreten von Vagina oder Gebärmutter)	56
7	O42	Vorzeitiger Blasensprung	50
7	D25	Leiomyom des Uterus (Neubildung der Gebärmuttermuskulatur, Gebärmuttermyome)	50
9	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung (Sectio caesarea, Kaiserschnitt)	33
10	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars (Eierstock), der Tuba uterina (Eileiter) und des Ligamentum latum uteri (Gebärmutterband)	31

Die häufigsten Prozeduren

Rang	OPS 301	Text	Fallzahl
1	5-683	Uterusexstirpation (Hysterektomie, Gebärmutterentfernung)	120
2	5-758	Rekonstruktion (Wiederherstellung) weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur (Zerreißung), post partum (nach der Geburt, Dammri)	113
3	5-749	Sectio caesarea (Kaiserschnitt)	79
4	5-704	Vaginale Kolporrhaphie (Einschnitt und Naht der Scheidenwand) und Beckenbodenplastik (Wiederherstellung des Beckenbodens)	76
5	5-572	Zystostomie (Eröffnung der Harnblase, auch Anlegen eines Blasenkatheters über dem Schambein)	67
6	5-707	Plastische Rekonstruktion (Wiederherstellung) des kleinen Beckens und des Douglasraumes (Raum der Bauchhöhle hinter der Vagina)	52
7	5-690	Therapeutische Kürettage (Abrasio uteri, Ausschabung der Gebärmutter)	45
8	5-593	Transvaginale Suspensionsoperation (Zügeloperation, Operation durch die Scheide zur Behandlung des unwillkürlichen Harnabgangs)	30
9	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe (Ausschneiden und Zerstörung von Gewebe des Eierstocks)	28
10	5-756	Entfernung nach der Geburt zurückgebliebener Plazenta (Mutterkuchen)	22

Die häufigsten ambulanten Leistungen

Bedingt durch die Umstellung des Abrechnungsverfahrens werden hier nur die Daten vom 01.04.2005 bis 31.12.2005 dargestellt.

Rang	EBM	Text	Fallzahl
1	31311	Endoskopischer (Spiegelung) gynäkologischer Eingriff (Zeitspanne bis 15 Minuten)	72
2	31301	Gynäkologischer Eingriff (Zeitspanne bis 15 Minuten)	36
3	31312	Endoskopischer (Spiegelung) gynäkologischer Eingriff (Zeitspanne von 16 bis 30 Minuten)	2
4	31303	Gynäkologischer Eingriff (Zeitspanne von 31 bis 45 Minuten)	1
4	31102	Dermatochirurgischer Eingriff (operativer Eingriff an der Haut, Zeitspanne von 16 bis 30 Minuten)	1

Leistungsschwerpunkte der Abteilung

Schwerpunkt 1: Operative Behandlung der weiblichen Inkontinenz und der Senkungszustände

Hier bieten wir zusätzlich die neuen schonenden Therapieoptionen TVT und IVS an (Implantation künstlicher Bänder beziehungsweise Schlingen).

Leistungszahlen

62 vaginale Kolporrhaphien und Beckenbodenplastiken: Vorder- und/oder Hinterwandplastik (OPS 5-704*)

54 plastische Rekonstruktionen des kleinen Beckens (OPS 5-707.1)

30 transvaginale Suspensionsoperationen (Zügeloperation, Operation durch die Scheide zur Behandlung des unwillkürlichen Harnabgangs; OPS 5-593*)

Qualitätsmanagement

Es wurden insgesamt 102 Operationen zu diesem Schwerpunkt ausgewertet.

Wir konnten eine Rezidivrate (Rückfallquote) von nur 4% erreichen.

Die Komplikationsrate lag bei 7,8% und betraf:

- Fünf Harnwegsinfekte
- Zwei Hämatome
- Einen Myokardinfarkt

Schwerpunkt 2: Stadiengerechte und dem Einzelfall angepasste Behandlung von Brustkrebspatientinnen

Leistungszahlen

An der Mamma (weiblichen Brust) wurden im Jahr 2005 38 große Eingriffe, 18 Operationen nach bösartigen Neubildungen sowie 11 kleine Eingriffe durchgeführt (OPS 5-87* und 5-88*).

Qualitätsmanagement

Hier verweisen wir auf die externe verpflichtende Qualitätssicherung nach § 137 SGB V, die in Kapitel 4.4.1 explizit dargestellt ist.

Seit Dezember 2005 wurde mit der AOK Bayern die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) Brustkrebs im Rahmen einer Kooperation mit dem Krankenhaus St. Josef (Schweinfurt) abgeschlossen.

Zusammen mit dem St. Josef-Krankenhaus Schweinfurt wird unser Haus im Krankenhausplan 2006 des Freistaates Bayern in einer gesonderten Anlage als „Brustzentrum (DMP)“ ausgewiesen. Diese Auszeichnung konnten sich insgesamt nur vier Kliniken in Unterfranken verdienen.

Schwerpunkt 3: Geburtshilfe

Leistungszahlen

Insgesamt wurden im Jahr 2005 428 Kinder geboren.

Qualitätsmanagement

Hier verweisen wir auf die externe verpflichtende Qualitätssicherung nach § 137 SGB V, die in Kapitel 4.4.1 explizit dargestellt ist.

Laut der Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen wurde unsere Klinik als Geburtsklinik eingestuft.

3.5 Belegabteilung für Urologie

Belegärzte der Abteilung: Dr. med. Friedrich Denninger, Dr. med. Michael Gruner, Dr. med. Franz Köber

Die Abteilung bietet folgende **ambulante Leistungen** an:

- Ambulantes Operieren im Rahmen des § 115b SGB V
- ESWL (extrakorporale Stoßwellenlithotripsie)

Gesamt-Leistungszahlen der Abteilung:

Fallzahlen (DRG)	530
Operationen/interventionelle Maßnahmen (OPS Kapitel 5)	495
Behandlungsmaßnahmen insgesamt (OPS alle Kapitel)	755

Die folgenden Tabellen stellen die **mengenmäßig** wichtigsten Leistungen dar:

Die häufigsten Fallgruppen (DRG)

Rang	DRG	Text	Fallzahl
1	M02	Transurethrale Prostatektomie (Ausschneidung der Prostata durch die Harnröhre)	92
2	L20	Transurethrale Eingriffe (Eingriffe durch die Harnröhre) außer Prostatektomie (Ausschneidung der Prostata)	82
3	M12	Eingriffe am Hoden	61
4	L64	Harnsteine und Harnwegsobstruktion (Verlegung der Harnwege)	53
5	N23	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	27
6	L17	Eingriffe an der Urethra (Harnröhre)	25
7	L41	Urethrozystoskopie (Harnröhren- und Blasenspiegelung) ohne Begleiterkrankungen und Komplikationen	23
8	L63	Infektionen der Harnorgane	21
9	L62	Neubildungen der Harnorgane	14
10	L65	Leichte bis moderate Erkrankungen der Harnorgane	13

Die häufigsten Hauptdiagnosen

Rang	ICD 10	Text	Fallzahl
1	N40	Prostatahyperplasie (gutartige Vergrößerung der Prostata)	94
2	N20	Nieren- und Ureterstein (Nieren- und Harnleiterstein)	82
3	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	63
4	C61	Bösartige Neubildung der Prostata (Prostatektomie)	39
5	N13	Obstruktive Uropathie (Störungen des Harnflusses) und Refluxuropathie (Krankheiten durch Harnrückfluss)	38
6	N39	Krankheiten des Harnsystems	36
7	N43	Hydrozele (sog. Wasserbruch, Ansammlung von Flüssigkeit im Hodensack) und Spermatozele (sog. Samenbruch, spermiengefüllte Zyste im Nebenhoden oder im Samenstrang)	21

Rang	ICD 10	Text	Fallzahl
8	N35	Harnröhrenstriktur (Verengung der Harnröhre)	18
9	R31	Hämaturie (Blutkörperchen im Harn)	13
10	N32	Krankheiten der Harnblase	9

Die häufigsten Prozeduren

Rang	OPS 301	Text	Fallzahl
1	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe (Ausschneiden und Zerstörung von Gewebe der Vorsteherdrüse, Zugang durch die Harnröhre)	100
2	5-585	Transurethrale Inzision (Einschnitt mit Zugang durch die Harnröhre) von erkranktem Gewebe der Urethra (Harnröhre)	95
3	5-573	Entfernung bzw. Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase, Zugang durch die Harnröhre	64
4	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung (Harnleiterschnitt, Zugang durch Haut und Niere bzw. durch die Harnröhre)	37
5	5-593	Transvaginale Suspensionsoperation (Zügeloperation, Operation durch die Scheide zur Behandlung des unwillkürlichen Harnabgangs)	29
6	5-622	Einseitige Orchidektomie (Hodenentfernung)	21
7	5-640	Operationen am Präputium (Vorhaut)	16
8	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis (Leistenbruch)	12
9	5-631	Exzision (Ausschneidung) im Bereich der Epididymis (Nebenhoden)	11
10	5-611	Operation einer Hydrocele testis (sog. Wasserbruch, Ansammlung von Flüssigkeit im Hodensack)	10

Ambulante Operationen:

Im Jahr 2005 wurden insgesamt 273 ambulante OP-Eingriffe in unserem Hause durchgeführt.

Folgende Eingriffe seien an dieser Stelle herausgestellt:

- Zirkumzision (Beschneidung der Vorhaut) mit 90 Eingriffen
- Vasektomie (Unterbrechung des Samenleiters) mit 38 Eingriffen

Leistungsschwerpunkte der Abteilung

Schwerpunkt 1: Eingriffe am männlichen äußeren Genitale sowohl bei Kindern wie auch bei Erwachsenen

Leistungszahlen

- 43 Eingriffe am Hoden (OPS 5-612)
- 28 Eingriffe an Varikozelen (Krampfadern am Hodensack), Durchtrennung des Samenleiters und Ansammlung von Wasser im Hodensack (OPS 5-63)
- 23 Eingriffe an Penis und Vorhaut (OPS 5-64)
- 12 Eingriffe an einer Hydrocele testis (so genannter Wasserbruch, Ansammlung von Flüssigkeit im Hodensack, OPS 5-611)

Schwerpunkt 2: Prostataerkrankungen

Leistungszahlen

Im Jahr 2005 wurden 118 Eingriffe an der Prostata (OPS 5-60), davon sieben totale Prostataresektionen (OPS 5-604) durchgeführt.

Qualitätsmanagement zu den Schwerpunkten 1 und 2:

Einen großen Vorteil stellt die einheitliche und umfassende Betreuung dar, das heißt die präoperative, die operative, die postoperative und die nachstationäre Behandlung befinden sich in einer Hand.

Schwerpunkt 3: Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)

Leistungszahlen

17 Eingriffe mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (OPS 8.11)

Qualitätsmanagement

Nach einer intensiven Erprobungsphase im Jahr 2005 haben wir die ultraschallgesteuerte Stoßwellenlithotripsie im Januar 2006 etabliert. Hier werden Harnsteine ohne Operation und nicht invasiv mit Schallwellen zertrümmert. Aussagekräftige Befunde und Qualitätsparameter liegen leider noch nicht vor.

3.6 Belegabteilung für Pädiatrie

Belegarzt der Abteilung: Dr. med. Juan-Carlos Menendez-Castro

Gesamt-Leistungszahlen der Abteilung:

Fallzahlen (DRG)	670
Operationen/interventionelle Maßnahmen (OPS Kapitel 5)	4
Behandlungsmaßnahmen insgesamt (OPS alle Kapitel)	330

Die folgenden Tabellen stellen die **mengenmäßig** wichtigsten Leistungen dar:

Die häufigsten Fallgruppen (DRG)

Rang	DRG	Text	Fallzahl
1	G67	Ösophagitis, Gastroenteritis (Entzündung de Speiseröhre und des Magen-Darm-Trakts)	161
2	E77	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	115
3	E69	Bronchitis und Asthma bronchiale	86
4	D63	Otitis media (Mittelohrentzündung) und Infektionen der Atemwege	54
5	G66	Abdominalschmerz (Bauchschmerz) oder mesenteriale Lymphadenitis (Entzündung der Lymphgefäße des Darms)	35
6	D64	Laryngotracheitis (Entzündung von Kehlkopf und Luftröhre) und Epiglottitis (Entzündung des Kehlkopfdeckels)	32
7	L63	Infektionen der Harnorgane	31
8	P67	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante Prozedur oder Langzeitbeatmung	27
9	B80	Andere Kopfverletzungen	17
10	T63	Virale Erkrankung	12

Die häufigsten Hauptdiagnosen

Rang	ICD 10	Text	Fallzahl
1	A09	Diarrhoe (Durchfall) und Gastroenteritis (Magen-Darm-Entzündung), vermutlich infektiösen Ursprungs	88
2	J20	Akute Bronchitis	79
3	J10	Grippe durch nachgewiesene Influenzaviren (Grippeviren)	61
4	A08	Virusbedingte und sonstige Darminfektionen	42
5	J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	39
6	J05	Akute obstruktive Laryngitis (Krupp) und Epiglottitis (Entzündung des Kehlkopfdeckels)	32
7	N39	Krankheiten des Harnsystems	29
8	I88	Unspezifische Lymphadenitis (Lymphknotenentzündung)	26
9	J01	Akute Sinusitis (Nasennebenhöhlenentzündung)	25
10	K29	Gastritis und Duodenitis (Magenschleimhaut- und Zwölffingerdarmentzündung)	24

Die häufigsten Prozeduren

Rang	OPS 301	Text	Fallzahl
1	8-016	Parenterale Ernährung (Ernährung über eine Vene) als medizinische Hauptbehandlung	158
2	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	87
3	9-262	Postpartale (nach der Geburt) Versorgung des Neugeborenen	29
4	8-560	Lichttherapie	21
5	8-930	Monitoring (Überwachung) von Atmung, Herz und Kreislauf	15
6	1-204	Untersuchung des Liquorsystems (Gehirn-Rückenmark-Flüssigkeit)	3
6	1-797	Komplexe endokrinologische Funktionsuntersuchung	3
8	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie (Entfernung der Gaumenmandeln mit Entfernung einer vergrößerten Rachenmandel)	2
8	1-334	Urodynamische Untersuchung (Messung des Harnflusses)	2
10	3-202	Native Computertomographie des Thorax (Computertomographie des Brustraumes ohne Kontrastmittel)	1

3.7 Belegabteilung für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Belegärzte der Abteilung: Dr. med. Frank Caspary und Dr. med. Wolfgang Klein

Gesamt-Leistungszahlen der Abteilung:

Fallzahlen (DRG)	147
Operationen/interventionelle Maßnahmen (OPS Kapitel 5)	180
Behandlungsmaßnahmen insgesamt (OPS alle Kapitel)	229

Die folgenden Tabellen stellen die **mengenmäßig** wichtigsten Leistungen dar:

Die häufigsten Fallgruppen (DRG)

Rang	DRG	Text	Fallzahl
1	D30	Entfernung der Gaumenmandeln	70
2	D66	Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals	22
3	D62	Epistaxis (Nasenbluten)	15
4	D06	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid (Warzenfortsatz), komplexe Eingriffe am Mittelohr	8
5	D13	Kleine Eingriffe an Ohr, Nase und Hals	6
6	D60	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals	4
7	D61	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel)	3
7	D65	Verletzung und Deformität der Nase	3
9	D10	Verschiedene Eingriffe an der Nase	2
9	D26	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung	2

Die häufigsten Hauptdiagnosen

Rang	ICD 10	Text	Fallzahl
1	J35	Chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln	61
2	H91	Hörverlust	17
3	R04	Blutung aus den Atemwegen	15
4	J34	Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	15
5	J32	Chronische Sinusitis (Nasennebenhöhlenentzündung)	4
6	H81	Störungen der Vestibularfunktion (Funktion des Gleichgewichtsorgans)	3
6	S02	Fraktur (Knochenbruch) des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	3
6	H93	Krankheiten des Ohres (Restkategorie, z. B. Tinnitus, d. h. Ohrgeräusche)	3
6	D02	Carcinoma in situ des Mittelohres und des Atmungssystems	3
10	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media (Mittelohrentzündung)	2

Die häufigsten Prozeduren

Rang	OPS 301	Text	Fallzahl
1	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel	56
2	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie (Entfernung der Gaumenmandeln mit Entfernung einer vergrößerten Rachenmandel)	40
3	5-281	Tonsillektomie ohne Adenotomie (Entfernung der Gaumenmandeln ohne Entfernung einer vergrößerten Rachenmandel)	17
4	5-214	Submuköse Resektion (Gewebeentfernung unter der Schleimhaut) und plastische Rekonstruktion (Wiederherstellung) des Nasenseptums (Nasenscheidewand)	15
5	5-285	Adenotomie ohne Tonsillektomie (Entfernung einer vergrößerten Rachenmandel ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	9
6	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	6
6	5-200	Parazentese (Myringotomie, Einschneiden des Trommelfells)	6
8	5-229	Operationen an den Nasennebenhöhlen	4
9	5-185	Konstruktion und Rekonstruktion (Wiederherstellung) des äußeren Gehörganges	2
9	5-184	Plastische Korrektur absteigender Ohren	2

Ambulante Operationen

Im Jahr 2005 wurden mit der Adenotomie (Entfernung der Rachenmandeln) insgesamt 49 ambulante OP-Eingriffe in unserem Hause durchgeführt.

Leistungsschwerpunkt der Abteilung: Erkrankung der Rachenmandel und der Gaumenmandel

Leistungszahlen

Im Jahr 2005 wurden 69 Tonsillektomien durchgeführt (OPS 5-281).

Qualitätsmanagement

Hier verweisen wir auf den ausgeleiteten Indikator im Kapitel 4.4.1.

3.8 Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

Leitung der Abteilung: Dr. med. Oliver Hönig

Von den in der Abteilung tätigen Ärztinnen und Ärzten sind 100% Fachärzte. Unsere Fachärzte haben zum Teil mehrfach nachfolgende Zusatzbezeichnungen erworben.

- Spezielle anästhesiologische Intensivmedizin
- Notfallmedizin
- Qualitätsmanagement

Es besteht folgende Weiterbildungsermächtigung: Dr. med. Oliver Hönig für ein- einhalb Jahre.

Für die Notfallversorgung in der Notaufnahme oder auf der Intensivstation steht rund um die Uhr ein Facharzt zur Verfügung. Darüber hinaus beteiligen wir uns am Notarztendienst für Bad Kissingen und Umgebung.

Gesamt-Leistungszahlen der Abteilung:

Die Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin stellt keine bettenführende Abteilung dar. Fallzahlen sind deswegen in den Haupt- und Belegabteilungen dargestellt (Kapitel 3.1 bis 3.7).

Beteiligungen der Abteilung an Fortbildungsveranstaltungen:

- Postoperative Übelkeits- und Erbrechenuntersuchung im St. Elisabeth-Krankenhaus im Rahmen der chirurgischen Fortbildungsveranstaltung
- Fast-Track-Chirurgie und thorakale Periduralanästhesie

Leistungsschwerpunkte der Abteilung

Schwerpunkt 1: Spezielle anästhesiologische Intensivmedizin

Leistungszahlen

Im Jahr 2005 wurden 10.074 Beatmungsstunden auf unserer interdisziplinären Intensivstation dokumentiert.

Bei 2.540 Patienten haben wir die Vitalfunktionen von Atmung, Herz und Kreislauf auf der Intensiv- beziehungsweise Intermediate-Care-Station überwacht. Die Aufteilung der Patienten auf Fachabteilungen stellt sich wie folgt dar:

- 1752 Patienten Innere Medizin
- 432 Patienten Unfallchirurgie
- 255 Patienten Viszeralchirurgie
- 29 Patienten Gynäkologie
- 36 Patienten Urologie
- 20 Patienten HNO
- 16 Patienten Pädiatrie

Schwerpunkt 2: Regionale Anästhesien, postoperative Schmerztherapie einschließlich thorakaler Periduralanästhesie (PDA)

Leistungszahlen

Im Jahr 2005 wurden 54 thorakale PDAs (Periduralanästhesien auf Höhe der Brustwirbel) durchgeführt.

Qualitätsmanagement der Abteilung

Unsere Abteilung ist in den konzerninternen Qualitätszirkel Anästhesie integriert. Dieser findet mehrmals jährlich statt. Mit dem Jahr 2006 wurde das intraoperative Temperaturmanagement und die Regionalanästhesie als Projekt begonnen.

In unserem Hause wird ein Cellsaver für die intraoperative Wundblutauflbereitung eingesetzt. So können wir in vielen Fällen die Gabe von Fremdblut vermeiden.

Im Jahr 2005 führten wir eine Patientenumfrage zeitgleich und in Kooperation mit dem Klinikum Meiningen durch. Zwei Parameter der Befragungsaktion vom 14.11. bis 18.11.2005 möchten wir darstellen.

	Gesamt-zufriedenheit	Frieren beziehungsweise Kältezittern
St. Elisabeth-Krankenhaus	94%	25%
Klinikum Meiningen	97%	18%

Mit den Ergebnissen bezüglich des Frierens beziehungsweise des Kältezitterns nach einer Operation waren wir nicht vollständig zufrieden. Hier ist durch die gezielte Beschaffung entsprechender Wärmegeräte im Jahr 2006 Abhilfe geschaffen worden.

4 Qualitätsmanagement

4.1 Qualitätsziele

Wir haben in unserem Qualitätsbericht 2004 (erschieden im Juli 2005) ausführlich über unsere Vorstellungen von guter Medizin und von einem guten Umgang mit unseren Patienten berichtet. Nach wie vor sind für uns folgende Grundsätze wesentlich:

- Behandlung des Menschen mit Würde und Respekt
- Berücksichtigung sozialer, kultureller, psychologischer und religiöser Bedürfnisse der Patienten
- Einbeziehung der Patienten und deren Angehörigen in die sie betreffenden Entscheidungen
- Schaffung einer vertrauensvollen Atmosphäre
- Verbesserung der Versorgung unserer Patienten durch die konsequente Förderung des interdisziplinären Behandlungsansatzes und damit Steigerung der Ergebnisqualität der medizinischen Behandlung

4.2 Strukturen des klinikinternen Qualitätsmanagements

Die Leitung des klinikinternen Qualitätsmanagements obliegt unserer Geschäftsführung.

Für spezielle Fragestellungen haben sich seit Jahren unsere Fachleute bewährt:

- Qualitätsmanagementbeauftragter
- Hygienebeauftragter, Hygienefachkraft
- Strahlenschutzverantwortlicher, Strahlenschutzbeauftragter
- Transfusionsverantwortlicher, Qualitätsbeauftragter für die Transfusionsmedizin
- Transplantationsbeauftragter
- Medizinprodukte-Verantwortlicher, Medizinprodukte-Beauftragte
- Wundmanagementbeauftragte

4.3 Projekte des Qualitätsmanagements

Folgende Projekte wurden im Jahr 2005 begonnen:

Etablierung eines Interdisziplinären Bauchzentrums

Im Rahmen des Aufbaus und des Betriebs unseres Interdisziplinären Bauchzentrums (IBZ) wurde eine Studie zur Überprüfung der Verweildauerreduzierung und der Reduzierung der Konsiliaruntersuchungen, bedingt durch den Zusammenschluss der gastroenterologischen und viszeralchirurgischen Arbeit, durchgeführt.

Mit der gemeinsamen Betreuung der Patienten durch Chirurgen und Internisten sowie gegebenenfalls weitere Fachdisziplinen zur Behandlung von Erkrankungen des Bauchraumes hatten wir uns vorgenommen, überflüssige Zeitverzögerungen in Diagnostik und Therapie zu vermeiden und durch die enge Zusammenarbeit Doppeluntersuchungen und Informationsverluste zu verhindern.

Unser Weg zur Etablierung des Interdisziplinären Bauchzentrums sei kurz skizziert:

- Dezember 2004: Hospitation in zwei Krankenhäusern in Bremen
- Januar 2005: Konzept zur grundlegenden Form unseres IBZ
- Februar 2005: erste Information der niedergelassenen Kollegen und Beginn des interdisziplinären Kolloquiums
- Zwischen März und September 2005: weitere Besprechungen und Informationen der niedergelassenen Ärzte
- Dezember 2005: Herausgabe unserer Broschüre

Die innerbetriebliche Struktur und Organisation stellt sich zusammengefasst wie folgt dar:

- Interdisziplinäre Ambulanz
- Tägliche Absprachen
- Tägliche interdisziplinäre Visite
- Wöchentliche Fallkonferenzen

Die oben angeführte Studie führte zu meßbaren Ergebnissen:

Schriftliche Konsiliaruntersuchungen gesamt

	Unfallchirurgie	Viszeral- und Allgemein Chirurgie
2004	110	157
2005	94	99

Darstellung der Entwicklung der innerbetrieblichen Konsilanforderungen bei abdominellen Beschwerden beziehungsweise akutem Abdomen

Konsile Viszeral-, Allgemeinchirurgie			
	Abdomen	Davon akutes Abdomen	Übrige (Gefäße et cetera)
2004	100	87	57
2005	53	43	46

Ausgewählte Darstellung der Verweildauerreduzierung bei akuter Cholecystitis (Gallenblasenentzündung)

Versorgung bei akuter Cholecystitis			
	2003	2004	2005
Operationsrate bei minimal-invasiver Chirurgie	71,4%	79,2%	90,4%
Verweildauer	9,5 Tage	7,5 Tage	7,4 Tage
Anteil primär offener Operationen	16,6%	12,4%	9,3%

Überprüfung der Abläufe bei der Arztbriefschreibung

Da wir es als wichtig erachten, dass unseren Patienten der Arztbrief bei der Entlassung mitgegeben wird, wurde hierzu ebenfalls eine entsprechende Untersuchung eingeleitet. Es werden mehrmals jährlich Stichproben durchgeführt und ausgewertet.

Für die weitere Behandlung ist es von Vorteil, dass der niedergelassene Arzt beziehungsweise die aufnehmene Klinik umgehend und umfassend über den Patienten informiert ist. Eine Behandlung kann somit von mehreren Leistungserbringern auch über einen längeren Zeitraum kontinuierlich und ohne Nachteil für den Patienten erfolgen.

Vorliegen des Entlassbriefes am Entlasstag (Stichprobe)

Entlassungen 2er Tage in 2005			
	Ausführlicher Arztbrief	Kurzarztbrief	Geburtsformular- Untersuchungsheft
Chirurgie	100%	0%	0%
Innere Medizin	8%	92%	0%
Gynäkologie	44%	0%	50%

Durchführung von Patientenbefragungen

Die Meinung unserer Patienten ist uns sehr wichtig. Aus diesem Grund wurde im Laufe des Jahres 2005 damit begonnen, unsere Patienten nach ihrer individuellen Einschätzung ihres Krankenhausaufenthaltes zu befragen. Die Angaben sind anonym und freiwillig erbracht worden.

Wir haben den Fragebogen nach den Hauptkriterien Empfang, Gesamtbetreuung, Zimmerbeurteilung, Krankheits- beziehungsweise Behandlungsinformation, Tagesablauf, Verpflegung und Weiterempfehlung aufgeteilt.

In diesem Bericht wird der Auswertungszeitraum 4. Quartal 2005 beispielhaft dargestellt. Die Rücklaufquote lag dabei bei 40%.

	Zufrieden	Teils-teils	Nicht Zufrieden
Wie wurden Sie empfangen?	91%	8%	1%
Wie empfanden Sie Ihre Gesamtbetreuung?	89%	10%	1%
Wie beurteilen Sie Ihr Zimmer?	82%	16%	2%
Hat man Sie umfassend über Ihre Krankheit und Behandlung informiert?	87%	12%	1%

	Zufrieden	Teils-teils	Nicht Zufrieden
Wie empfanden Sie den generellen Tagesablauf auf Ihrer Station?	82%	17%	1%
Wie war die Verpflegung?	76%	21%	3%
Würden Sie uns weiterempfehlen?	93%	6%	1%

	Zufrieden	Teils-teils	Nicht Zufrieden
Wie empfanden Sie die Betreuung durch unsere Ärzte?	90%	10%	0%
Wie empfanden Sie die Betreuung durch unser Pflegepersonal?	95%	5%	0%
Wie empfanden Sie die Betreuung seitens der Verwaltung?	84%	15%	1%

	Zufrieden	Teils-teils	Nicht Zufrieden
Wie beurteilen Sie die Ruhe in unserem Hause?	73%	26%	2%
Wie beurteilen Sie unsere Ausstattung?	88%	10%	1%
Wie beurteilen Sie die Sauberkeit?	73%	24%	3%

An den Beispielen der Verpflegung und der Sauberkeit möchten wir deutlich machen, dass unser Haus Kritik ernst nimmt und Abhilfe schafft. Über einen kurzen Zeitraum mussten wir eine nicht optimale Speisetemperatur registrieren. Nach der Überprüfung der Küchengeräte konnten nach einer technischen Änderung die Mängel beseitigt und somit die Patientenzufriedenheit wiederhergestellt werden.

4.4 Messergebnisse im Qualitätsmanagement

4.4.1 Systematische Ausleitung von Qualitätsindikatoren

Die Klinik hat sich an der konzerninternen systematischen Ausleitung fachübergreifender und fachspezifischer Qualitätsindikatoren beteiligt. Neben Indikatoren aus dem System der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) werden zunehmend Indikatoren verwandt, die aus den Routinedaten in Anlehnung an die AHRQ-Kriterien oder andere international anerkannte Messwerte abgeleitet werden. Die regelhafte Ausleitung und Arbeit mit Qualitätsindikatoren wurde zur Jahreswende 2005/2006 begonnen, als die Qualitätsindikatoren für den Bezugszeitraum 2005 ausgewertet wurden. Im Anschluss daran werden die Qualitätsindikatoren quartalsweise ermittelt.

Die Indikatoren stammen derzeit aus zwei unterschiedlichen Quellen: (a) Routinedaten entsprechend § 21 KHentgG und daraus abgeleitete DRG-Groupingergebnisse; von den Indikatoren aus dieser Quelle ist ein Teil bereits so robust, dass die Ergebnisse extern darstellbar sind; bei einem, als „speziell“ gekennzeichneten Indikator folgt auf die Ausleitung der Fälle eine Einzelfallbeurteilung; (b) Daten aus der Erfassung zur externen Qualitätssicherung gemäß dem BQS-System. Es wurden Qualitätsindikatoren ausgewählt, die möglichst ergebnisorientiert, aussagekräftig (zum Beispiel nicht häufig null) und spezifisch sind und mit geringem Aufwand für die behandelnden Ärzte erhoben werden können. Für alle Indikatoren werden der Hintergrund, das Ziel, der Referenzwert und die Logik für Nenner (Grundgesamtheit) und Zähler sowohl konzernintern im Intranet als auch gegenüber der Öffentlichkeit im Internet (www.rhoen-klinikum-ag.com/qb/) dargestellt.

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren werden regelmäßig vom Qualitätsmanagement des Konzerns ausgeleitet und den Geschäftsführungen der Konzernkliniken zugeleitet. Auch geeignete und gezielte Qualitätsindikatoren sind nicht als definitive Qualitätsergebnisse zu verstehen, sondern geben erst Hinweise auf mögliche qualitätsrelevante Aspekte. Daher beauftragen die Kliniken die entsprechenden Chefärzte, die Ergebnisse zu bewerten, sie in ihren Abteilungen zu kommunizieren und gegebenenfalls Maßnahmen für die klinischen Abläufe zu ergreifen. Nach sechs bis acht Wochen werden die eingeführten Änderungen im Tagesgeschäft evaluiert. Damit ist ein Zyklus von Planung, Ausführung, Evaluierung, Korrektur und Neuplanung (PDCA-Zyklus) geschlossen. Nach der Evaluation entscheiden die Abteilungen, ob sie die Unterstützung der Fachgruppen (konzernweite, fachbezogene Qualitätszirkel) oder die des Qualitätsmanagements des Konzerns in Anspruch nehmen möchten. Auch für die vorangehende Arbeit mit den Qualitätsindikatoren werden die Kliniken vom Qualitätsmanagement des Konzerns unterstützt, wobei hauptsächlich die Planungs- und Evaluierungsgespräche mit Geschäftsführern, Ärztlichen Direktoren und Chefärzten begleitet werden.

Ergebnisse des Jahres 2005

Krankenhaus allgemein

Abteilung	Qualitätsindikator	Indikator-typ	Nenner	Zähler	Prozent	Ziel	Mittelwert RKA
Krankenhaus gesamt	Mortalität während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit PCCL 0 bis 2 gemäß DRG-Systematik	Routine	5.874	34	0,6%	≤ 2%	0,37%

Gastroenterologie

Abteilung	Qualitätsindikator	Indikator-typ	Nenner	Zähler	Prozent	Ziel	Mittelwert RKA
Innere Medizin	Perforation nach Koloskopie	speziell	389	1	0,3%	≤ 0,5%	0,14%
Innere Medizin	Postpunktionelles Syndrom	Routine	3	0	0,0%	≤ 20%	3,06%

Kardiologie

Abteilung	Qualitätsindikator	Indikatorartyp	Nenner	Zähler	Prozent	Ziel	Mittelwert RKA	BQS-Bundesdurchschnitt 2004
Innere Medizin	Eingriffsdauer ≤ 60 min bei VVI-Schrittmachern	BQS	15	13	86,7%	Häufig		84,46%
	Eingriffsdauer ≤ 90 min bei DDD-Schrittmachern	BQS	61	61	100,0%	Häufig		86,86%
	Wahl eines adäquaten Schrittmachersystems bei Sinusknotensyndrom	BQS	35	33	94,3%	≥ 90%		91,32%
	Wahl eines adäquaten Schrittmachersystems bei AV-Block	BQS	13	13	100,0%	≥ 90%		90,76%
	Herzschrittmacher-Erstimplantation: Perioperative Komplikationen	BQS	79	2	2,5%	Wenig		5,39%
	Herzschrittmacher-Erstimplantation: Erneuter Eingriff nach Herzschrittmacherimplantation	BQS	79	2	2,5%	Selten	2,91%	
	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel: Eingriffsdauer ≤ 60 min bei Schrittmacher-Aggregatwechsel	BQS	27	27	100,0%	Häufig		94,58%
	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel: Perioperative Komplikationen	BQS	27	0	0,0%	Wenig		2,04%
	Erneuter Eingriff nach Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	BQS	27	0	0,0%	Selten	1,67%	
	Koronarangiographie und perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA): Indikation zur Koronarangiographie: Vorhandensein von Ischämiezeichen bei koronarer Herzkrankheit (bzw. Verdacht)	BQS	283	262	92,6%	Häufig		90,84%
	Koronarangiographie und perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA): Indikation zur PTCA: Erst-PTCA ohne Symptomatik bzw. Ischämienachweis	BQS	89	2	2,3%	Selten		2,53%
	Komplikationen bei oder nach PTCA	BQS	115	3	2,6%	Selten	5,06%	4,08%

Allgemein- und Viszeralchirurgie

Abteilung	Qualitätsindikator	Indikatortyp	Nenner	Zähler	Prozent	Ziel	Mittelwert RKA	BQS-Bundesdurchschnitt 2004
Viszeralchirurgie	Cholecystektomie bei uncharakteristischen Beschwerden	BQS	191	2	1,0%	Selten		1,81%
	Eingriffsspezifische Komplikationen bei Cholezystektomie	BQS	191	7	3,7%	Selten		3,95%
	Reintventionsrate (alle Patienten) bei Cholezystektomie	BQS	191	4	2,1%	≤ 2%		1,79%

Unfallchirurgie

Abteilung	Qualitätsindikator	Indikatortyp	Nenner	Zähler	Prozent	Ziel	Mittelwert RKA	BQS-Bundesdurchschnitt 2004
Unfallchirurgie	Hüftgelenknahe Femurfrakturen: Implantatfehlheile, -dislokation, -bruch (alle Patienten)	BQS	45	0	0,0%	Selten		0,87%
	Hüftgelenknahe Femurfrakturen: Letalität bei endoprothetischer Versorgung	BQS	44	0	0,0%	Selten		5,80%
	Hüft-Totalendoprothese: Selbständiges Gehen bei Entlassung	BQS	80	78	97,5%	≥ 90%	99,01%	98,84%
	Hüft-Totalendoprothese: Selbständige Versorgung in der Hygiene bei der Entlassung	BQS	80	79	98,8%	≥ 80%		97,50%
	Hüft-Totalendoprothese: Gefäßläsion (alle Patienten)	BQS	81	0	0,0%	≤ 1%		0,08%
	Hüft-Totalendoprothese: Nervenschaden (alle Patienten)	BQS	81	0	0,0%	≤ 3%		0,52%
	Hüft-Totalendoprothese: Postoperative Infektionen (alle Patienten)	BQS	81	2	2,5%	Selten	1,00%	1,14%
	Hüftendoprothesenluxation	BQS	81	0	0,0%	≤ 4%	0,50%	0,78%
	Knie-Totalendoprothese: Selbständiges Gehen bei Entlassung	BQS	51	49	96,1%	≥ 85%	99,48%	99,21%
	Knie-Totalendoprothese: Postoperative Infektionen (alle Patienten)	BQS	52	0	0,0%	≤ 2%	0,42%	0,79%
	Knie-Totalendoprothese: Nervenschaden oder Gefäßläsion (zusammengefasst)	BQS	52	0	0,0%	≤ 1%	0,19%	

Gynäkologie

Abteilung	Qualitätsindikator	Indikatorotyp	Nenner	Zähler	Prozent	Ziel	Mittelwert RKA	BQS-Bundesdurchschnitt 2004
Gynäkologie	Patientinnen < 35 Jahre mit Hysterektomie bei benigner Histologie	BQS	117	6	5,1%	Keine		2,51%
	Organeerhaltung bei Ovareingriffen mit benigner Histologie	BQS	22	18	81,8%	Häufig	85,84%	86,07%
	Organverletzung bei Hysterektomie (alle Patientinnen)	BQS	127	2	1,6%	≤ 4,1%	1,10%	1,42%
	Wundinfektion nach Hysterektomie	BQS	127	3	2,4%	Selten		1,53%
	Organverletzung bei laparoskopischen Operationen	BQS	53	0	0,0%	≤ 2,5%	1,17%	0,43%
	Brusterhaltende Therapie bei invasivem Karzinom Stadium pT1	BQS	12	5	41,7%	Häufig	79,39%	77,29%
	Nachbestrahlung bei brusterhaltender Therapie bei invasivem Karzinom	BQS	14	14	100,0%	≥ 95%		86,66%
	Mammachirurgie: Revisionsoperationen wegen Komplikationen	BQS	56	0	0,0%	Selten		2,71%

Geburtshilfe

Qualitätsindikator	Indikatorotyp	Nenner	Zähler	Prozent	Ziel	Mittelwert RKA	BQS-Bundesdurchschnitt 2004
Azidoserate bei reifen Neugeborenen	BQS	403	0	0,0%	Niedrig	0,13%	0,19%
Mütter mit Dammriss Grad III oder IV (mit und ohne Episiotomie)	BQS	306	2	0,7%	Wenig	1,11%	1,69%

Belegabteilung HNO

Abteilung	Qualitätsindikator	Indikatortyp	Nenner	Zähler	Prozent	Ziel
	Behandlungspflichtige Nachblutung nach HNO-Operationen	Routine	55	0	0,0%	Selten

Erläuterungen:

1. Anmerkung zur Spaltenüberschrift „Indikatortyp“: „BQS“ bedeutet Rohdaten nach dem BQS-System, „Routine“ Routinedaten gemäß § 21 KHEntgG als Datenquelle, „Speziell“ aus den Routinedaten ausgeleitete, dann einzeln nachbeurteilte Fälle.
2. Anmerkung zur Spaltenüberschrift „Prozent“: Aus dem Quotienten von „Zähler“ und „Nenner“ ergibt sich die hier dargestellte Prozentzahl.
3. Anmerkung zum RHÖN-KLINIKUM-AG-Mittelwert der Mortalität: In diesen Mittelwert sind auch Fachkliniken ohne Sterbefälle einbezogen.
4. Weitere Erläuterung zur Darstellung der Mortalität: Es wurden ausschließlich die Schweregrade 1 (leichte Begleiterkrankung oder Komplexität) und 2 (mäßige Begleiterkrankung oder Komplexität) ausgewählt. 44% dieser Patienten verstarben am ersten Tag und wiesen ein Durchschnittsalter von 74,5 Jahren (Durchschnittsalter alle Patienten: 51,8 Jahre) auf. Zum Teil erreichten diese Patienten unser Haus nur unter bereits laufenden Wiederbelebungsmaßnahmen. Da es verständlicherweise erst bei einem längeren Aufenthalt zu aufwandsrelevanten Nebendiagnosen kommt, wird ein Schweregrad 3 oder 4 am ersten Tag selten erreicht. Auf Grund des frühen Versterbens der Patienten kam daher eine solch niedrige Einstufung zustande.

4.4.2 Weitere, klinikspezifisch erhobene qualitätsrelevante Messdaten

1. Unsere Fachabteilung Innere Medizin nimmt seit Jahren an der freiwilligen vergleichenden Qualitätssicherungsmaßnahme Schlaganfall Bayern teil (Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung). Einige Auszüge aus der Gesamtmeldung der Fachgesellschaft werden dargestellt.

In unserem letzten Qualitätsbericht berichteten wir über das Darstellungsjahr 2003. Die entsprechenden Auswertung für das aktuelle Berichtsjahr liegen leider erst im 4. Quartal des Folgejahres und somit weit nach Redaktionsschluss vor. Aktuell wird somit das Jahr 2004 dargestellt.

- Teilnehmende Einrichtungen in Bayern: 56
- Einrichtungen mit Stroke-Unit: 19
- Einrichtungen ohne Stroke-Unit: 37

Gemeldete Patienten

	Eigene Klinik		Bayern gesamt		Mit Stroke-Unit		Ohne Stroke-Unit	
		%		%		%		%
Gemeldete Patienten	51	0,3	16.548	100,00	8.666	52,4	7.882	47,6

2. Wir konnten unsere nosokomiale Infektionsrate (im Krankenhaus erworbene Infektionen) von 2,96% im Jahr 2004 auf nun 2,79% senken. Wir liegen somit weiterhin unter den bundesdeutschen Durchschnittswerten.

3. Wir konnten die Dekubitusquote (Wundliegen) von 0,37% (2004) auf 0,29% (2005) senken.

4.5 Perspektiven des Qualitätsmanagements

Wir sind uns unserer Verantwortung bewusst und werden vor allem zum Wohle unserer Patienten unser Qualitätsmanagement weiter ausbauen und forcieren.

Es ist uns sehr wichtig, unser Tun und Handeln ständig zu hinterfragen und zu überprüfen. Hierzu dient das strukturierte Qualitätsmanagement als ein hervorragendes Instrument.

Für das Jahr 2006 haben wir uns weiterhin vorgenommen, die Zusammenarbeit mit nachbehandelnden, ortsansässigen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern, um die Kontinuität der Versorgung der aus unserem Krankenhaus entlassenen Patienten sicherzustellen. Unsere vorangigen Ziele sind hierbei die Verbesserung der Kommunikationsstrukturen und damit verbunden die Intensivierung des Informationsaustausches über Einrichtungsgrenzen hinweg. Unter diesem Aspekt streben wir beispielsweise die Erarbeitung eines gemeinsamen Überleitungsbogens für die verschiedenen Einrichtungen in Bad Kissingen und die Einführung regelmäßiger Treffen von Vertretern der Einrichtungen an. Zur Erreichung dieser Ziele wurden zusammen mit dem Heinz Kalk-Krankenhaus Bad Kissingen für den Beginn des Jahres 2006 erste Treffen mit den ambulanten Diensten und Altenpflegeeinrichtungen vor Ort initiiert.

Für das Jahr 2006 ist in unserem Haus die Einführung des nationalen Expertenstandards „Sturzprophylaxe in der Pflege“ geplant. Schon im Jahre 2005 haben wir mit der Erarbeitung eines Sturzprotokolles begonnen, um die Stürze von Patienten in unserem Haus zu dokumentieren und die Risikofaktoren, verbunden mit den Möglichkeiten der zukünftigen Verhütung von Stürzen, zu erkennen. Im Jahre 2005 sind insgesamt 157 Personen (dies entspricht 2% aller Patienten) gestürzt. Nicht vollständig vergleichbar ist das Ergebnis einer Prävalenzstudie der Charité Berlin für das Jahr 2004, die eine Quote von 11,7% ermittelte.

Unsere Pflegedienstleitung nimmt im Jahr 2006 an den vorbereitenden Kursen zur „Qualitätsmanagementbeauftragten Gesundheitswesen“ (LGA) und zur „Internen Auditorin Gesundheitswesen“ (LGA) teil.

5 Impressum

Herr Martin Stapper (Geschäftsführer)

Tel. 0971/805-201

Fax. 0971/805-280

E-Mail: m.stapper.gl@elisabeth-online.de

Homepage: www.elisabeth-online.de

Die Gesamtheit der Qualitätsberichte ist unter www.rhoen-klinikum-ag.com/qb/ einzusehen.