



Strukturierter Qualitätsbericht

für das Berichtsjahr 2004

für das Krankenhaus Gesundheitspark Marktheidenfeld

Version 0.8

9. August 2005

Herausgeber: Eigenbetrieb des Klinikums Main-Spessart

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Basisteil	5
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	5
A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses	5
A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	5
A-1.3 Name des Krankenhausträgers	5
A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?	5
A-1.5 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108/109 SGB V	5
A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:	5
A- 1.7 A Fachabteilungen	6
A-1.7 B Top 30 DRG	6
A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote	7
A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	7
A-2.0 Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?	7
A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten	7
A-2.1.1 Apparative Ausstattung	7
A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten	8
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	9
B-1.1 Name der Fachabteilung:	9
B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:	9
B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:	9
B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:	9
B-1.5 Top-10 DRG	9
B-1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr	10
B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr	10
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	13

B-2.1	Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V	13
B-2.2	Top-5 der ambulanten Operationen	13
B-2.3	Sonstige ambulante Leistungen	13
B-2.4	Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst	14
B-2.5	Personalqualifikation im Pflegedienst	14
C	Qualitätssicherung	15
C-1	Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	15
C-2	Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V	16
C-3	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	16
C-4	Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease - Management - Programmen (DMP)	16
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	16
C-5.2	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	
	Systemteil	17
D	Qualitätspolitik	17
E	Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	19
E-1	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus	19
E-2	Qualitätsbewertung	20
E-3	Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	20
F	Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	20
G	Weitergehende Informationen	22

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

Straße: Baumhofstraße 93
PLZ und Ort: 97828 Marktheidenfeld
Postfach:
Postfach-PLZ und Ort:
E-Mail-Adresse: marktheidenfeld@klinikum-msp.de
Internetadresse: www.klinikum-msp.de

A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen: 260960627

A-1.3 Name des Krankenhausträgers

Krankenhausträger: Eigenbetrieb des Landkreises Main-Spessart

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

Akad. Lehrkrankenhaus: Nein (bitte auswählen: Ja/Nein)

A-1.5 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108/109 SGB V

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

Anzahl Betten. 75

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten: 2536

Ambulante Patienten: 6942

A- 1.7 A Fachabteilungen

FA-Kode § 301 SGB V	Name der Fachabteilung	Zahl der Betten	Zahl der stationären Fälle	HA (Hauptabteilung) oder BA (Belegabteilung)	Poliambulanz/ Ambulanz ja/nein
0100	Innere Medizin	38	1.417	HA	ja
1500	Allgemeine Chirurgie	37	1.119	HA	ja

A-1.7 B Mindestens Top 30 DRG

(nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	G48	Darmspiegelung	77
2	F62	Herzschwäche und Schock	65
3	G67	Erkrankung der Verdauungsorgane	64
4	F73	Rythmusstörungen und Kollaps	61
5	I68	Erkrankungen der Wirbelsäule (nicht operativ)	61
6	G09	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien	58
7	F67	Bluthochdruck	56
8	G47	Schwere Erkrankung der Verdauungsorgane	56
9	E62	Entzündungen der Atmungsorgane	55
10	F71	Herzrythmusstörungen	55
11	I03	Eingriffe am Hüftgelenk	54
12	I13	Eingriff an Oberarm, Schienbein, Wadenbein, Sprunggelenk	54
13	I18	Eingriff an Kniegelenk, Ellenbogen, Unterarm,	44
14	B70	Schlaganfall	42
15	I04	Eingriffe am Kniegelenk	42
16	F60	Akuter Herzinfarkt	41
17	V60	Behandlung bei Alkoholmissbrauch	41
18	F66	Behandlung bei schweren Herzkranzgefäßveränderungen	40
19	G50	Spiegelung bei Erkrankung der Verdauungsorgane	40
20	K62	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen	32
21	E65	Atemwegserkrankungen	31
22	G49	Magen- und Darmspiegelungen	30
23	J65	Verletzungen der Haut, Unterhaut und Brust	28
24	G07	Blinddarmoperation	27
25	B69	Behandlung von Durchblutungsstörungen des Gehirns	25
26	E69	Bronchitis und Asthma bronchiale	25
27	B63	Chronische Störungen der Hirnfunktion, Demenz	23
28	X61	Allergische Reaktionen	23
29	J64	Entzündungen der Haut und Unterhaut	22
30	B80	Kopfverletzungen	21

A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote

(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Innere Medizin: Nichtinvasive Kardiologie, (Herz-Kreislaufkrankungen), Gastrologie (Erkrankungen des Verdauungstraktes)

Chirurgie: Unfallchirurgie, Bauchchirurgie,

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? nein (bitte auswählen: Ja / Nein)

A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Innere Medizin: Magen/Darmspiegelungen

Chirurgie: Arthroskopien,

A-2.0 Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?

Chirurgie

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten**A-2.1.1 Apparative Ausstattung**

Leistungsbereich	Vorhanden		Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	
	JA	NEIN	JA	NEIN
Computertomographie		x		x
Magnetresonanztherapie (MRT)		x		x
Herzkatheterlabor		x		x
Szintigraphie		x		x
Positronenemissionstomographie (PET)		x		x
Elektroenzephalogramm (EEG)		x		x
Angiographie		x		x
Schlaflabor		x		x

A-2.1.2 *Therapeutische Möglichkeiten*

Leistungsbereich	Vorhanden	
	JA	NEIN
Physiotherapie	x	
Dialyse		x
Logopädie		x
Ergotherapie		x
Schmerztherapie		x
Gruppenpsychotherapie		x
Einzelpsychotherapie		x
Psychoedukation		x
Thrombolyse		x
Bestrahlung		x

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Internistische Abteilung

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Kardiologie (nichtinvasiv), Gastroenterologie,

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes,

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Erweiterte Diagnostik bei Herzkrankheiten, Magen- und Darmspiegelungen, Behandlung von Stoffwechselerkrankungen, Behandlung bei Erkrankung der Bronchien, der Lunge, sowie bei Infektionskrankheiten

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	G48	Darmspiegelung	75
2	F62	Herzschwäche und Schock	63
3	F73	Behandlung bei Herz-Kreislaufschock	57
4	F67	Bluthochdruck	56
5	G47	Schwere Erkrankung der Verdauungsorgane mit Spiegelnung	56
6	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	53
7	F71	Herzrhythmusstörungen	50
8	G50	Magenspiegelung bei Erkrankung der Verdauungsorgane	40
9	B70	Schlaganfall	39
10	F66	Schwere Veränderung der Herzkranzgefäße	39

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	ICD-10 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	I50	Herzschwäche	62
2	R55	Herz-Kreislaufschock	58
3	I10	Bluthochdruck	54
4	J18	Lungenentzündung	47
5	K29	Magen- und Darmentzündung	36
6	F10	Verhaltensstörungen durch Alkohol	34
7	I20	Erkrankung der Herzkranzgefäße	33
8	K92	Erkrankung der Verdauungsorgane	32
9	I48	Herzrythmusstörungen	31
10	I64	Schlaganfall	30

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	OPS (4-stellig)	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	1-632	Spiegelung der Speiseröhre und des Magens	365
2	8-930	Überwachung von Herz, Lunge und Kreislauf	238
3	1-440	Spiegelung mit Gewebeprobe im Verdauungstrakt	168
4	1-650	Darmspiegelung	167
5	1-653	Spiegelung des Enddarms	143
6	1-444	Spiegelung mit Gewebeprobe im Dickdarm	82
7	8-800	Bluttransfusion	54
8	3-200	Röntgenaufnahme des Kopfes	49
9	5-431	Legen einer Ernährungssonde	41
10	3-052	Schluckecho	30

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Chirurgische Abteilung

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

(Auflistung in umgangssprachlicher Klerschrift)

Unfallchirurgie, orthopädische Chirurgie, Bauchchirurgie,

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Gelenkersatzoperationen, konservative und operative Frakturbehandlung, arthroskopische Operationen,

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Versorgung von Sportverletzungen, Schulterchirurgie, Bauchchirurgie (Brüche, Blinddarm),

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	G09	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien	57
2	I13	Eingriff an Oberarm, Schienbein, Wadenbein, Sprunggelenk,	54
3	I03	Eingriff am Hüftgelenk	53
4	I18	Eingriff an Kniegelenk, Ellenbogengelenk, Unterarm,	44
5	I04	Ersatz des Kniegelenks, Replantation am Kniegelenk	42
6	I68	Nicht operative Behandlung im Wirbelsäulenbereich	41
7	G67	Verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	31
8	G07	Blinddarmentfernung	27
9	J65	Verletzung der Haut, Unterhaut, Brust	26
10	B80	Kopfverletzungen	20

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	ICD-10 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	K40	Leistenbruch	61
2	M17	Arthrose des Kniegelenkes	50
3	S72	Bruch des Oberschenkels	42
4	T84	Komplikationen bei orthopädischem Gelenkersatz	38
5	M16	Arthrose des Hüftgelenkes	36
6	S52	Bruch des Unterarms	29
7	M23	Schädigung des Kniegelenkes	28
8	S42	Bruch des Oberarms, Schulter	28
9	K52	Magen- und Darmentzündungen	27
10	S82	Bruch des Unterschenkels mit oberem Sprunggelenk	26

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	OPS (4-stellig)	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	8-930	Überwachung von Atmung, Herz- und Kreislauf	101
2	8-800	Bluttransfusion	85
3	5-893	Chirurgische Entfernung von erkranktem Gewebe	60
4	5-530	Bruchoperation der Leiste	58
5	5-820	Einbau eines Hüftgelenkes	55
6	8-191	Verband bei großflächigen, schweren Hauterkrankungen	50
7	5-812	Schlüssellochoperation am Gelenkknorpel und Miniskus	45
8	5-822	Einbau eines Kniegelenkes	45
9	5-787	Entfernung von Platten, Drähten, Nägeln	36
10	5-793	Operative Versorgung eines Knochenbruches	34

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V

Gesamtzahl im Berichtsjahr: 609

B-2.2 Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung* im Berichtsjahr

Rang	EBM- Nummer 4-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	2363	Metallentfernung	72
2	2345	Operative Versorgung des Unterarmbruches	60
3	2105	Geschwulstentfernung	39
4	2106	Schleimbeutelentfernung	20
5	2220	"schnellender Finger", Überbein	15

Sofern keine Unterteilung nach Fachabteilungen vorhanden ist, erfolgt die Auflistung über das Gesamt-Krankenhaus.

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen

(Fallzahl für das Berichtsjahr)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V) 0 (Fälle)

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V) 0 (Fälle)

Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V) 0 (Fälle)

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
0100	Innere Medizin	5	2	2
1500	Allgemeine Chirurgie	4	1	1
	Anästhesie	1		1

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 2

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil		
			Krankenschwestern-/pfleger examiniert (3 Jahre)	mit entspr. Fach- weiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Krankenpflege- helfer/-in (1 Jahr)
0100	Innere Medizin	15	100	14	
1500	Allgemeine Chirurgie	20	100	32	
	Anästhesie	2	100	100	
	Gesamt	37	100	48	

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Zugelassene Krankenhäuser sind gesetzlich zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitätssicherung		Dokumentationsrate	
	JA	NEIN	JA	NEIN	Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1		x		x		
2	x		x		100,0	
3		x		x		
4		x		x		
5		x		x		
6		x		x		
7		x		x		
8	x		x		100,0	
9	x		x		100,0	
10		x		x		
11	x		x		100,0	
12	x		x		100,0	
13		x		x		
14		x		x		
15		x		x		
16	x		x		71,4	
17						
18		x		x		
19	x		x		100,0	
20						

C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V

Eine Aufstellung der einbezogenen Leistungsbereiche findet im Qualitätsbericht im Jahr 2007 Berücksichtigung.

C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)

- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart:
- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease - Management - Programmen (DMP)

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP - Qualitätssicherungsmaßnahmen teil:

Es erfolgt keine Teilnahme am Disease-Management-Programmen.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Leistung	OPS der einbezogenen Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH/ pro Arzt	Leistung wird vom Krankenhaus erbracht Ja/Nein	Erbrachte Menge		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH	pro Arzt	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Lebertransplantation		10	nein			
Nierentransplantation		20	nein			
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus		5/5	nein			
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas		5/5	nein			
Stammzelltransplantation		12+/-2 [10-14]	nein			

(Grau unterlegte Felder sind nicht auszufüllen)

Systemteil

D Qualitätspolitik

Folgende Grundsätze sowie strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik werden im Krankenhaus umgesetzt:

Leitbild:

Das Unternehmensleitbild des Klinikums Main-Spessart wurde im August 2004 im Rahmen eines Workshops der leitenden Mitarbeiter erarbeitet. Darauf aufbauend entstand Anfang 2005 das Pflegeleitbild, erstellt durch die Mitarbeiter der Pflege aller Häuser des Klinikums. Es beschreibt den Auftrag unseres Unternehmens im Krankenhaus und den Senioreneinrichtungen. Die Leitbilder sind allen Mitarbeitern persönlich bekannt und werden von ihnen mitgetragen.

Unternehmensziele

Das erste Unternehmensziel, ist eine wohnortnahe, medizinische und pflegerische Versorgung und Betreuung der Patienten zu gewährleisten. Weitere konkrete Ziele wurden im Anschluss an das Leitbild 2004 erstellt und haben seit dem Gültigkeit. Der Bereich der Ausbildungsverpflichtung des Trägers wurde hier mit einbezogen. 2005 wurden nochmals alle Mitarbeitern durch die Personalzeitung umfassend informiert.

Qualitätsziele

Unsere Qualitätsziele orientieren sich an unserem Leitbild. Sie werden ergänzt durch Patientenbefragungen, Umfragen bei den niedergelassenen Ärzten und Auswertungen des Beschwerdemanagements. Die gesetzlichen und ökologischen Vorgaben vervollständigen diese Ziele. Ihre korrekte Übermittlung an alle Mitarbeiter erfolgt durch vorgegebene Kommunikationsstrukturen und -wege.

Patientenorientierung

Die Patientenorientierung ist der Grundgedanke unserer Leitbilder. Als primäres Ziel für den Patienten steht die qualitätsgerechte medizinische und pflegerische Versorgung, als Unterstützung des Menschen, seine größtmögliche Selbstständigkeit zu erhalten, zu fördern oder wieder zu erlangen. Respekt und Würde gegenüber dem Patienten als auch seinen Angehörigen und Freunden sind in einer vertrauensvollen Zusammenarbeit unabdingbar.

Verantwortung und Führung

Alle Leitungspersönlichkeiten sehen sich durch verantwortungsbewusstes Handeln als Vorbilder, und tragen damit zur Mitarbeitermotivation bei. Respekt, Wertschätzung, Pünktlichkeit, Pflicht zur Informationsweitergabe, abteilungs- und hausübergreifendes

Denken und Handeln, Einhaltung von Vereinbarungen, Umgang mit Anregungen aus dem Mitarbeiterpool sowie die Einführung neuer Mitarbeiter sind grundsätzliche Punkte .

Wirtschaftlichkeit

Die Wirtschaftlichkeit ist im Leitbild manifestiert und beinhaltet sowohl den gezielten ressourcenorientierter Mittel- und Personaleinsatz sowie den Umweltgedanken. Jeder Mitarbeiter in jedem Bereich unseres Klinikums weiß, dass dies zur langfristigen Sicherung und Weiterentwicklung unserer Einrichtung unabdingbar ist.

Prozessorientierung

Berufs- und abteilungsübergreifende Projektgruppen arbeiten systematisch die am Patienten orientierten Arbeitsabläufe im Klinikum auf. Die Leitungsgremien unterstützen und fördern dies.

Mitarbeiterorientierung und -beteiligung

Auf der Basis eines erstellten Budgets erfolgt die Personalplanung für jeden einzelnen Bereich. Der tatsächliche, auch hausübergreifende, Personaleinsatz ist von den aktuellen Anforderungen abhängig und erfordert eine große Flexibilität von allen Mitarbeitern. Die Information und Beteiligung der Mitarbeiter an Entscheidungsprozessen wird durch die Hierarchie der Kommunikationsebenen sichergestellt. Für die Personalentwicklung sind Beurteilungskriterien festgelegt. Die Fluktuation unseres Klinikums ist sehr gering.

Zielorientierung und Flexibilität

Jährlich am Ende des Geschäftsjahres werden die Qualitätsziele überprüft und ggf. den neuen Anforderungen angepasst. Sie orientieren sich am Leitbild und am Versorgungsauftrag des Trägers unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit des Gesamtklinikums. Die monatliche Budgetüberwachung in allen Bereichen lässt jedoch auch eine, wenn auch begrenzt, schnelle Korrektur der Sach- und Personalmittel innerhalb des Jahres zu.

Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

Nicht nur der Fehler selbst, sondern die Ursache der Fehler muss beseitigt werden. Dies ist in den Qualitätszielen schriftlich fixiert. Dazu befindet sich zur Zeit ein Fehlermanagement im Aufbau. Das dazugehörige Formularwesen ist bereits erstellt und wird voraussichtlich im Herbst dieses Jahres implementiert, damit für die Zukunft ein Gefahrenpotential ausgeschaltet werden kann.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Das Erkennen von Defiziten ist der erste Schritt zur Verbesserung. Beziehen wir uns auf den vorausgegangenen Punkt der Fehlervermeidung und dem Umgang mit Fehlern und berücksichtigen wir die Befragung der Patienten und niedergelassenen Ärzte, so lässt sich mit diesen Erkenntnissen durch Projektgruppen eine weitere Verbesserung unserer Prozesse erreichen.

Kommunikation und Qualitätspolitik

Die Organisationsstruktur ist in einem ausführlichen Organigramm dargestellt. Das Organigramm wird regelmäßig durch die Leitung aktualisiert. Alle aktuellen Funktionsträger sind namentlich unter der Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten genannt. Eine schriftlich fixierte Kommunikationsstruktur für alle Bereiche und Ebenen wird momentan neu überarbeitet.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus

Das Klinikum Main Spessart ist ein Eigenbetrieb des Landkreises mit seinen drei Standorten Karlstadt, Lohr und Marktheidenfeld und wurde Mitte des Jahres 2004 komplett neu strukturiert. Oberste Entscheidungsinstanz sind der Landrat und Kreistag mit Krankenhaus- und Altenheimausschuss. Die Leitung des Klinikums obliegt dem Direktorium unter dem Vorsitz des Klinikreferenten. Als Stabstelle sind ihm direkt das Qualitätsmanagement und das Medizinmanagement zugeordnet.

Qualitätsmanagement umfasst alle qualitätsbezogenen Tätigkeiten und dient der im Leitbild fixierten internen und externen Kundenzufriedenheit. Der Leitung des Qualitätsmanagements obliegt die Organisation und Durchführung der damit verbundenen Projekte bis hin zur Abwicklung der Zertifizierung. Die Mitarbeiter des Qualitätsmanagements treffen sich in der Regel einmal im Monat. Ihre Aufgaben beinhalten :

- Erstellung einer Prioritätenlisten für QM-Projekte,
- Beratung und Unterstützung der Moderatoren/Mitarbeiter der Arbeitsgruppen
- Interne und externe Präsentation der QM-Projekte und der Zertifizierung
- Bearbeitung von Verbesserungsvorschlägen
- Begleitung und Kontrolle der realisierten QM-Projekte
- Erstellung und Fortschreibung des Qualitätsberichtes

Das Lenkungsgremium bestehend aus Klinikreferenten, ärztlichem Direktor, Pflegedirektorin, Ltd. Belegarzt und Stabstellen, ist verantwortlich für die Beauftragung und Durchführung von Projekten und deren Umsetzung. Die letzte Entscheidung bei strategischen und strukturellen Änderungen trifft der Werkausschuss des Landkreises. Die wesentlichen Qualitätsziele werden in einem Workshop der Führungskräfte vereinbart. Teilnehmer sind der Klinikreferent, ärztlicher Direktor, Pflegedirektorin und ihre Stellvertreter, alle Chefärzte, Ltd. Belegarzt, Personalleiter und Leiter des Rechnungswesens/Controlling sowie der Geschäftsleiter des Seniorenbereiches. Der Klinikreferent erhält pro Quartal einen Bericht und einmal jährlich wird das politische Gremium über die Projekte im Qualitätsmanagement unterrichtet. Eine kontinuierliche Patientenbefragung, deren Ergebnisse hausintern besprochen werden, soll uns helfen, die größtmögliche Kundenzufriedenheit zu erreichen. Das externe und interne

Beschwerdemanagement, dass als Formblatt mit Anschreiben in jeder Patientenmappe bei Aufnahme in unseren Häusern ausgehändigt wird und auch jedem Mitarbeiter zur Verfügung steht, kann in jedem Haus in der Geschäftsleitung eingereicht werden. Eine Zentrale Stelle bearbeitet jede Beschwerde, klärt die Beschwerde mit den betroffenen Bereichen ab und ist verpflichtet innerhalb von drei Wochen eine abschließende Rückmeldung zugeben.

E-2 Qualitätsbewertung

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt (Selbst- oder Fremdbewertungen):

Es erfolgte keine Selbst- oder Fremdbewertung.

E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

Das Krankenhaus kann hier Ergebnisse aus dem externen Qualitätssicherungsverfahren in tabellarischer Form darstellen.

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Im Krankenhaus sind folgende ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum durchgeführt worden:

Angleichung und Überarbeitung der Hygienestandards:

Kurzbeschreibung: Auf Grund der Zusammenführung dreier Häuser war es notwendig die Standards anzupassen und die Arbeit der Hygienebeauftragten auf eine einheitliche Basis zu stellen.

Maßnahme: Unter der Leitung des Hygienebeauftragten wurden alle Hygieneordner gesichtet und nach dem neuesten Stand überarbeitet.

Ergebnis: Alle Hygieneordner wurden in eine einheitliche Form mit identischem Inhalt gebracht. Verfahrensanweisungen für Patienten mit besonderen Erregern werden für alle Häuser gleich aufgebaut und zur Verfügung gestellt. Das Projekt ist noch nicht abgeschlossen.

Pflegestandards:

Kurzbeschreibung: Durch die Zusammenlegung der drei Häuser zu einem Klinikum war es notwendig geworden, auch in der Standardisierung nach gleichem Muster zu verfahren und zu vereinheitlichen.

Maßnahme: In einer häuserübergreifenden Projektgruppe werden die vorhandenen Pflegestandards gesichtet und überarbeitet. Die Krankenpflegeschule wurde hier mit eingebunden.

Ergebnis: Die Standards sind etwa zu einem Drittel überarbeitet und stehen den Mitarbeitern in Druckform zur Verfügung. Die Übertragung ins Intranet ist beschlossen aber noch nicht umgesetzt. Das Projekt ist noch nicht abgeschlossen.

Einführung neuer Mitarbeiter:

Kurzbeschreibung: Durch die Zusammenlegung wurde auch die Anpassung der Checkliste „Einarbeitung neuer Mitarbeiter“ incl. Verfahrensanweisung notwendig. Alle Mitarbeiter des Klinikums sollen nach den gleichen Kriterien eingewiesen werden.

Maßnahme: Eine Projektgruppe befasste sich mit der vorhandenen Checkliste. Für die Intensivstation wurde ein eigenes Ergänzungsteil beschlossen.

Ergebnis: Die „Checkliste Einarbeitung neuer Mitarbeiter“ incl. Anhang für die Intensivstation wurde überarbeitet und den neuen Gegebenheiten angepasst. Das Projekt ist abgeschlossen.

Fortbildungsmaßnahmen:

Im Rahmen einer Kooperation absolvierte, wie schon die Jahre vorher, eine Mitarbeiterin erfolgreich die Weiterbildung zur Fachschwester für Anästhesie und Intensivmedizin. Weitere Mitarbeiter qualifizierten sich zur Kodierfachkraft bzw. nahmen an einer mehrtägigen Fortbildung zur Erstellung Klinische Pfade teil. Weitere Tagesfortbildungen finden innerhalb des Jahres nach Bedarf statt.

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht

Klinikreferent: Ottmar Kliegl

Ansprechpartner (z.B. Qualitätsbeauftragter, Patientenfürsprecher, Pressereferent; Leitungskräfte verschiedener Hierarchieebenen):

Qualitätsbeauftragte: Gabriele Frings

Medizinmanagement: Brigitte Götz

Krankenhausbetriebsleitung:

Klinikreferent: Ottmar Kliegl

Ärztlicher Direktor: Dr. Walter Kestel

Pflegedirektorin: Erika Pott

Geschäftsleiterin: Bettina Schäffer-Johnson

Stellv. PDL Ute Kirchner

Chefarzt Innere Medizin: Dr. Walter Kestel

Chefarzt Chirurgie: Dr. Stefan Vögeli

Chefarzt Anästhesie: Dr. Henning Fischer

Links (z.B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage):

Homepage: www.klinikum-msp.de

www.karlstadt@klinikum-msp.de