



Qualitätsbericht

Qualitätsbericht



2004

HELIOS Klinik Volkach



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Kontakte.....	4
Einleitung	5
Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	6
Fachabteilungen	
Chirurgie.....	11
Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	15
Qualitätssicherung	16
Qualitätspolitik	18
Qualitätsmanagement und dessen Bewertung.....	21
Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	27
Zahlen – Daten – Fakten.....	29
Klinik-Spezial	32
Informationsschriften.....	33
So erreichen Sie uns	34
Impressum.....	35



Vorwort

**Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Patientin, lieber Patient,**

auch 2004 galt es für die deutschen Krankenhäuser erneut, sich auf Veränderungen des Gesundheitsmarktes einzustellen. Die Abrechnungen nach Fallpauschalen (DRG-System) hat dazu geführt, dass Untersuchungen und Behandlungen schneller in die Wege geleitet werden und die Liegezeiten sinken.

Anders als von manchen Kritikern befürchtet, kam es dabei nicht zu Nachteilen für die Patienten. HELIOS hat gezeigt, dass sogar das Gegenteil der Fall ist: Um die gleiche Behandlung wie früher in kürzerer Zeit durchzuführen, bedarf es eines Qualitätsmanagements – und das kommt jedem Patienten zugute.

Wer die HELIOS-Kliniken kennt, weiß dass wir dies bereits seit Jahren erfolgreich praktizieren und regelmäßig dokumentieren. Daher freuen wir uns, dass die Politik jetzt mit dem künftig von jeder Klinik verlangten Qualitätsbericht unserem Vorbild folgt. Verglichen mit unseren Vorstellung von Transparenz zu denen auch die Dokumentation der Todeszahlen gehört, sind die staatlich verordneten Qualitätsberichte allerdings erst der Anfang.

Die HELIOS Klinik Volkach umfasst 46 Belegbetten. Die in der Klinik ansässigen Gemeinschaftspraxen der Chirurgie und Anästhesiologie erlauben es, ambulante und stationäre Behandlung optimal miteinander zu verzahnen und so die Bevölkerung bestmöglich zu versorgen. Die minimalinvasive Chirurgie, auch „Schlüssellochchirurgie“ genannt, bildet einen Schwerpunkt im operativen Behandlungsspektrum unseres Hauses. Zu dieser Art von Eingriffen

zählen vor allem endoskopische Gallen-, Leistenbruch- und Blinddarmoperationen sowie arthroskopische Operationen der Gelenke. Erweitert wird das chirurgische Spektrum durch die Fußchirurgie, die Handchirurgie, die Unfallchirurgie und die Unfallendoprothetik.

In unserem Institut für Physiotherapie sorgen wir mit individuell abgestimmten Anwendungen für Ihre schnelle Genesung und sind in ambulanten Therapieprogrammen auch nach Ihrem stationären Aufenthalt für Sie da.

Wenn Sie eine Privat- oder Zusatzversicherung abgeschlossen haben, können Sie weitere Wahlleistungen in unserem Hause in Anspruch nehmen. Diese sind in ärztliche und nichtärztliche Leistungen unterteilt, wie die Entscheidung für einen Belegarzt Ihrer Wahl und die Inanspruchnahme von zusätzlichen Serviceleistungen wie z. B. Bademantel, Pflegeset, Handtücher, kostenfreie Bereitstellung von Telefon und TV (ohne Einheiten) Tageszeitung und vieles mehr. Selbstverständlich können Sie all diese Leistungen auch als Selbstzahler in Anspruch nehmen.

Das Ziel der Klinik eine funktionelle, ansprechende und patientenorientierte Gestaltung zu verleihen und darüber hinaus Hotelkomfort umzusetzen, ist gelungen. Jedes Jahr bestätigen uns die Ergebnisse der regelmäßig durchgeführten Patientenbefragungen, dass wir diesen Anspruch einlösen.

Claudia Gerber
Verwaltungsleiterin



Kontakte

Namen der Geschäftsführung/Direktion:

Claudia Gerber
Verwaltungsleitung

HELIOS Klinik Volkach

Schaubmühlstraße 2 · 97332 Volkach
Telefon: (0 93 81) 4 04 - 0
Telefax: (0 93 81) 4 04 - 4 99
E-Mail: postmaster@volkach.helios-kliniken.de
Internet: www.helios-kliniken.de

Gemeinschaftspraxis Chirurgie:

Dr. med. Georg Klose
Chirurg/Durchgangsarzt

Dr. med. Bernhard Weber
Chirurg/Unfallchirurgie/Durchgangsarzt

Dr. med. Thomas Steppat
Chirurg

Sprechzeiten:

Montag bis Freitag 10–12 Uhr
Montag, Dienstag, Donnerstag 14–16 Uhr
und nach Vereinbarung

Gemeinschaftspraxis Anästhesie:

Dr. med. Gerhard Menger
Anästhesist

Dr. med. Rudolf Wirsing
Anästhesist

Sprechzeiten:

Sprechstunden
Montag bis Donnerstag von 14–16 Uhr
und nach Vereinbarung



Einleitung

In der Vereinbarung zum strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss, bestehend aus der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Spitzenverbänden der Deutschen Krankenkassen unter Beteiligung der Bundesärztekammer sowie des deutschen Pflegerates die Veröffentlichung eines Qualitätsberichtes in zweijährigem Abstand durch alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser zur Information von Kassen, Patienten und einweisenden Ärzten beschlossen. Für alle HELIOS-Kliniken ist die Veröffentlichung von medizinischen Jahresberichten eine seit Jahren geübte Selbstverständlichkeit. Unser Konzern ist beispielgebend im Bereich des Qualitätsmanagements. Somit wird die HELIOS Klinik Volkach die bisherige Tradition aufgrund der neuen gesetzlichen Vorgaben in leicht veränderter Form fortsetzen, ohne auf Erreichtes zu verzichten. Unsere Jahresberichte waren auch bisher schon umfassender als es die neue gesetzliche Vorgabe fordert. Wir werden für den Patienten und unsere einweisenden Ärzte wesentliche Informationen wie beispielsweise die Krankenhaussterblichkeit für wichtige Krankheitsbilder und Operationsverfahren auch in Zukunft weiter veröffentlichen. Dazu ergänzen wir den gesetzlich geforderten Bericht um wesentlich weiter reichende Angaben.

Im vorliegenden Qualitätsbericht sind die umfangreichen Aktivitäten zur Qualitätssicherung auf Krankenhaus- und Konzernebene nur sehr kurz dargestellt. Der Grund dafür liegt in der Beschränkung des Umfangs dieses Berichts durch die Vertragspartner in der „Vereinbarung zum strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 SGB V“. Der interessierte Leser kann sich in unserem ebenfalls

jährlich erscheinenden Medizinischen Jahresbericht ausführlich über die konzernweit standardisierten Projekte und vor allem über die Ergebnisse unserer Qualitätspolitik informieren.

Die im strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 SGB V vorgesehene, aufzählende Darstellung von Qualitätssicherungsprojekten erscheint uns zur Information über die Ergebnisqualität der im Berichtsjahr geleisteten Arbeit als unzureichend. Für den Patienten ist das Behandlungsergebnis entscheidend. Daher haben wir wesentliche Parameter der Ergebnisqualität, wie zum Beispiel die Krankenhaussterblichkeit, in unseren Bericht aufgenommen. Diese stellen wir nicht nur für die häufigsten DRGs dar, sondern unabhängig davon auch für die von uns definierten Konzernziele, die im Medizinischen Jahresbericht 2004 der HELIOS Kliniken GmbH näher erläutert sind. Die Konzernziele geben Auskunft über die Behandlungsergebnisse für einige der wichtigsten Krankheiten und Operationen.

Anhand von Zahlen, Fakten, Texten und Bildern enthält der vorliegende neue Qualitätsbericht zahlreiche Informationen zu unserer Klinik, die dem Leser eine umfangreiche Darstellung der Aktivitäten im Jahr 2004 in der HELIOS Klinik Volkach geben. Die Veröffentlichung der Ergebnisse unserer Qualitätspolitik ermöglicht es dem Leser, unseren Patienten, den einweisenden Ärzten und den Krankenkassen, die Qualität der medizinischen Versorgung anhand von konkreten Zahlen nachzuvollziehen. Die angegebenen Daten beruhen auf den nach § 21 KHEntgG übermittelten Daten, Stand März 2005.



Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

HELIOS Klinik Volkach
Schaubmühlstr. 2
97332 Volkach
postmaster@volkach.helios-kliniken.de
www.helios-kliniken.de

Akademisches Lehrkrankenhaus: Nein

Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach §108/109 SGB V: 46

Institutionskennzeichen des Krankenhauses:
260961149

Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten 2.047
Ambulante Patienten 698

Name des Krankenhausträgers:
HELIOS Kliniken GmbH

Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl stationäre Fälle	Hauptabt.(HA) oder Belegabt.(BA)	Poliklinik/ Ambulanz ja/ nein
1500	Allgemeine Chirurgie	46	2.047	BA	Nein



Mindestens Top-30-DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text	Fallzahl	Todesfälle Volkach 2004 Anzahl	Erwartete Todesfälle Deutsch- land (3M)
1	G09	Operationen von Eingeweidebrüchen (= Hernien), die am Leisten- oder Schenkelkanalband austreten	467	0	0,5
2	I20	Operationen am Fuß	413	0	0,0
3	H08	Gallenblasenentfernung mittels Schlüsselloch-Operation (= laparoskopische Gallenblasenentfernung)	213	0	0,1
4	F20	Entfernung von Krampfadern	187	0	0,0
5	I18	Sonstige Operationen an Kniegelenk, Ellenbogengelenk oder Unterarm	176	0	0,0
6	G08	Operationen von Eingeweidebrüchen (= Hernien), die an Bauchwand oder Nabel austreten	132	0	0,1
7	G07	Blinddarmentfernung	75	0	0,0
8	G11	Sonstige Operationen am After	39	0	0,0
9	G04	Durchtrennung abschnürender Verwachsungen vom Bauchfell	32	0	0,1
10	I13	Operationen am Oberarm, am Schienbein, am Wadenbein oder am Sprunggelenk	32	0	0,0
11	I23	Operation zur Entfernung von Schrauben oder Platten an sonstigen Körperregionen; jedoch nicht an Hüfte oder Oberschenkel	21	0	0,0
12	K10	Sonstige Operationen an der Schilddrüse, Nebenschilddrüse oder Halsfistel; jedoch nicht bei Krebserkrankung (z. B. ernährungsbedingte Jod-Mangel Schilddrüsenvergrößerung = Struma)	21	0	0,0
13	I30	Komplexe Operationen am Kniegelenk (z. B. Schlüssellochoperation bei Meniskusschäden)	18	0	0,0
14	J09	Operationen einer angeborenen Hautfalte am Kreuzbein oder in der Umgebung des After	14	0	0,0
15	I27	Operationen am Weichteilgewebe (z. B. an Gelenkbändern und Sehnen sowie an Schleimbeuteln)	11	0	0,0
16	I03	Hüftgelenkersatz, Versteifung des Hüftgelenks oder Wiederholungsoperationen an der Hüfte bei komplizierteren Krankheiten (z. B. bei Hüftgelenkverschleiß)	9	0	0,2
17	I32	Komplexe Operationen an Handgelenk oder Hand	9	0	0,0
18	I16	Sonstige Operationen am Schultergelenk (z. B. Schlüssellochoperation am Dach des Schultergelenks)	8	0	0,0
19	I24	Spiegelung von Gelenkhöhlen (= Arthroskopie) einschließlich Gewebeprobeentnahme zur mikroskopischen Untersuchung	8	0	0,0
20	I28	Sonstige Operationen am Bindegewebe (z. B. bei Schlüsselbeinbrüchen)	8	0	0,0
21	J11	Sonstige Operationen der Haut, Unterhaut oder weiblichen Brust	8	0	0,0
22	I12	Kleinere Operationen (z. B. Gelenkspülung) bei Knochen- oder Gelenkentzündungen	7	0	0,0
23	F73	kurzdauernde Bewusstlosigkeit, Ohnmacht	6	0	0,0
24	J65	Verletzung der Haut, Unterhaut oder weiblichen Brust	6	0	0,0
25	B05	Operation zur Druckentlastung bei Nerveneinklemmung im Handgelenksbereich mit Empfindungsstörungen (= Karpaltunnelsyndrom)	5	0	0,0
26	B80	Sonstige Kopfverletzungen (z. B. Gehirnerschütterung)	5	0	0,0
27	G65	Passagehindernis im Verdauungstrakt (z. B. Darmverschluss, Verwachsungen, Gallensteinverschluss)	5	0	0,4
28	G67	Speiseröhrenentzündung, Magen-Darm-Infekt oder verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane	5	0	0,0
29	G71	Sonstige mäßig schwere Krankheiten der Verdauungsorgane (z. B. Schleimhautvorwölbung im Darm, Darmschlingenverklebung)	5	0	0,0
30	J15	Große Operationen an der weiblichen Brust außer bei Krebserkrankung	5	0	0,0

* Nähere Erläuterungen zur Berechnung der erwarteten Todesfälle in Deutschland sind im Medizinischen Jahresbericht 2004, S. 30, unter www.helios-kliniken.de zu finden



Die Sterblichkeit als Qualitätsparameter

Die Sterblichkeit ist einer der wichtigsten Parameter der medizinischen Ergebnisqualität. Sie ist das Wichtigste für den Patienten, einer der wesentlichen Outcome-Parameter in wissenschaftlichen Studien und – dies mag in diesem Zusammenhang seltsam klingen – vor allem sicher messbar. Bei vielen der so genannten „weichen“ Qualitätsparameter sind wir auf die genaue Erfassung durch die Kliniken angewiesen. Wundinfektionen, Nahtinsuffizienzen und andere Komplikationen müssen, damit sie auswertbar werden, von denen, die daran gemessen werden sollen, kodiert werden. Wir bezweifeln, dass dies zuverlässig geschieht. Auch in den HELIOS-Kliniken werten wir viele derartige „weiche“ Qualitätsparameter aus. Wir stellen aber in vielen Fällen fest, dass die Anzahl der kodierten Komplikationen im Vergleich zu den oft bekannten zu erwartenden Komplikationsraten nicht plausibel ist. Dies muss nicht daran liegen, dass Komplikationen vorsätzlich nicht

kodiert werden. In vielen Fällen wird bei der Kodierung, die überwiegend bei der Entlassung des Patienten erfolgt, nicht an die Kodierung einer zwischenzeitlich erfolgreich behandelten Komplikation gedacht.

Aus diesen Gründen verfolgen wir zwar auch „weiche“ Qualitätsparameter, richten unser Hauptaugenmerk jedoch auf die Sterblichkeit. Da die Todesfälle standesamtlich gemeldet werden müssen, ist ihre zuverlässige Erfassung sichergestellt. In die Auswertung der Routinedaten, die für den Abrechnungs- und Verwaltungsprozess erfasst werden, gehen alle Todesfälle ein. Dies unterscheidet das Verfahren positiv von Registern oder z. B. der Erfassung über die BQS, wo insbesondere bei Eingriffen mit niedrigem Sterberisiko das (letztlich nicht nachweisbare) „Weglassen“ einiger weniger kritischer Fälle die Ergebnisse erheblich verfälschen kann.

Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte werden vom Krankenhaus wahrgenommen?

Bezeichnung
Operationen in Schlüssellochtechnik
Leistenbruchoperationen
Entfernung der Gallenblase
Schilddrüsenoperationen
Fußchirurgie
Krampfaderoperationen
Operationen am Kniegelenk



Welche Serviceorientierte Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen?

Bezeichnung
Beschwerdestellen
Besondere Verpflegung möglich (vegetarisch, kosher ...)
Besuchsdienste
Bibliothek
Cafeteria
Elektrisch verstellbare Betten
Fernsehgerät am Bett / im Zimmer
Fortbildungsangebote für Patienten bzw. Öffentlichkeit
Internetanschluss am Bett / im Zimmer
Kiosk / Einkaufsmöglichkeiten
Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)
Parkanlagen
Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventionellen/operativen Verfahren
Rundfunkempfang am Bett / im Zimmer
Seelsorge / Grüne Damen
Telefon
Unterbringung Begleitperson
Wertfach / Tresor am Bett / im Zimmer

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus

Bezeichnung
Arthroskopische Operationen am Gelenknorpel und an den Menisken
Diagnostische Arthroscopien: Kniegelenk
Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen
Operationen an Bändern und Nerven der Hand
Geschlossene Repositionen von Frakturen
Entfernung von Osteosynthesematerial

Welche Abteilungen haben die Zulassung zum D-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?

Bezeichnung
Allgemeine Chirurgie



Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

Apparative Ausstattung

Bezeichnung	Vorhanden	Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt
Computertomographie (CT)	Nein	Nein
Fahrbares Röntgengerät	Ja	Ja
Röntgen Aufnahmegerät	Ja	Ja
Ultraschallgerät	Ja	Ja
Magnetresonanztomographie (MRT)	Nein	Nein
Herzkatheterlabor	Nein	Nein
Szintigraphie	Nein	Nein
Positronenemissionstomographie (PET)	Nein	Nein
Elektroenzephalogramm (EEG)	Nein	Nein
Angiographie	Nein	Nein
Schlaflabor	Nein	Nein
Digitales Röntgengerät	Ja	Ja

Therapeutische Möglichkeiten

Bezeichnung	Vorhanden
Physiotherapie	Ja
Thrombolyse	Nein
Bestrahlung	Nein
Dialyse	Nein
Logopädie	Nein
Ergotherapie	Nein
Schmerztherapie	Ja
Eigenblutspende	Nein



Fachabteilungen

Allgemeine Chirurgie

Neuromonitoring der Stimmbandnerven Vermeidung von Stimmbandlähmungen bei der Schilddrüsenoperation

Das Neuromonitoring der Stimmbandnerven dient dazu, die Stimmbandnerven bei der Schilddrüsenoperation besser identifizieren zu können. Denn nur wenn der Chirurg den Verlauf dieser Nerven sicher kennt, kann er sie bei der Operation vor einer Schädigung durch Zug, Druck oder Quetschung schützen und damit eine Stimmbandlähmung vermeiden.

Seit März 2000 setzt die HELIOS Klinik Volkach die elektroakustische Auffindung der gefährdeten Stimmbandnerven (Neuromonitoring) routinemäßig ein. Darüber hinaus ist diese Art der Untersuchung als Maßnahme zur Sicherung der medizinischen Qualität und somit als Qualitätsstandard in allen chirurgischen Abteilungen mit einem Mindestaufkommen von 30 Schilddrüsenoperationen pro Jahr der HELIOS-Kliniken eingeführt worden.

Das Neuromonitoring bei Schilddrüsenoperationen stellt mit der Möglichkeit der Funktionsprüfung der „Sprechernerven“ einen entscheidenden Fortschritt für die Risikominderung dieser Operationen dar. Das Verfahren als solches ist für den Patienten die derzeit größtmögliche Sicherheit.

Wie funktioniert Neuromonitoring

Eine Vergrößerung der Schilddrüse wird als Kropf bezeichnet. Die Entfernung des Gewebes bei dieser Erkrankung stellt die häufigste Indika-

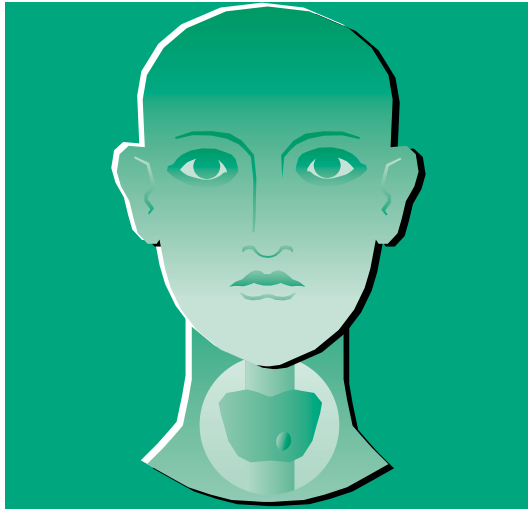
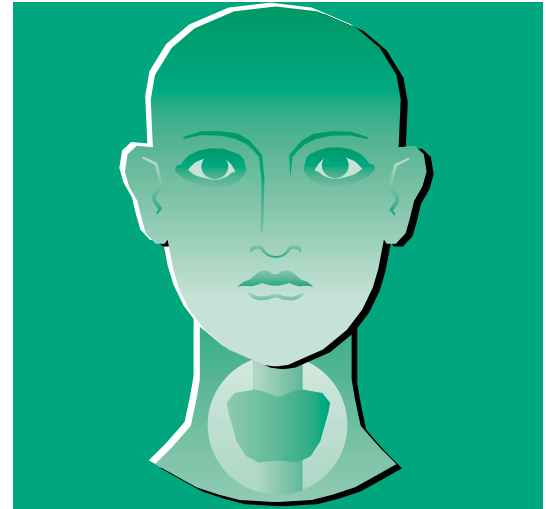
tion zur Operation an diesem Organ dar. Dicht dem Schilddrüsengewebe angelagert liegt der Sprachnerv (Nervus recurrens). Dieser muss bei dem Eingriff geschont werden. Die Überwachung des Nervus recurrens durch das Neuromonitoring gewährleistet eine genaue Ortung der gefährdeten Nerven. Das Ergebnis wird auf einem Monitor dargestellt und über Lautsprecher hörbar gemacht. Manipulationen am Nerv können so registriert werden. Zur Lokalisation der Nervenäste werden während der Operation spezielle Sonden eingesetzt.

Vergrößerte Schilddrüse (Struma)

Die Schilddrüse ist ein hormonproduzierendes Organ. Die hier gebildeten Hormone sind für die Regulation des Stoffwechsels und für den Energiehaushalt des Körpers von entscheidender Bedeutung. Ein wichtiger Bestandteil dieser Hormone ist das Element Jod.

Ursache/Beschwerdebild

Eine Struma kann mit einer Unter-, Normal- oder Überfunktion des Organs einhergehen. Die Überfunktion äußert sich durch Symptome wie plötzliches Herzrasen, Hände zittern, Schweißneigung, Haarausfall, Gewichtsabnahme, Durchfall und Nervosität. Sollten Sie derartige Symptome zum Hausarzt führen, so wird dieser in der Regel zunächst die Schilddrüse untersuchen. Hierzu wird er den Hals abtasten, Blut abnehmen und eine Ultraschalluntersuchung sowie eine nuklearmedizinische Untersuchung veranlassen, bei der ein speziell ausgebildeter Arzt die Funktion der Schilddrüse anhand verschiedener Tests misst.


vorher

nachher

Behandlung

Eine vergrößerte Schilddrüse ist zu behandeln, wenn sie Luft- und Speiseröhre verdrängt, wenn sie oberen Halsvenen einengt und dadurch die Herzleistung schwächt, wenn der Verdacht auf eine bösartige Schilddrüsenerkrankung besteht oder nicht ausgeschlossen werden kann, aber auch dann, wenn eine Überfunktion der Schilddrüse vorliegt und, schließlich wenn die Struma kosmetisch stört.

Die Behandlung der gutartigen Struma erfolgt zunächst meist medikamentös. So kann die Gabe von Schilddrüsenhormonen das Wachstum stoppen. Es ist unbedingt erforderlich, eine Überfunktion durch entsprechende Arzneimittel in eine Normalfunktion zu überführen.

Operation

Bei der Operation setzt der Chirurg einen kleinen Hautschnitt in einer Halsbeugefalte. Er legt die Schilddrüse auf beiden Seiten frei und entnimmt entweder nur die erkrankten Teile aus der Schilddrüse, oder er entfernt die Schilddrüse bis auf wenige Reste vollständig. Hierbei achtet er sorg-

fältig darauf, die Kehlkopfnerve und die Nebenschilddrüsen, die den Kalziumstoffwechsel regeln, zu schonen. Der Operateur verschließt die Wunde unter kosmetischen Gesichtspunkten.

Nach der Operation

Die Operation ist heute komplikations- und risikoarm. Die kosmetischen Ergebnisse sind sehr gut. Bluttransfusionen sind in der Regel nicht notwendig.

Wundverschluss nach der Operation

Der weitere stationäre Aufenthalt hängt von der körperlichen Verfassung des Operierten ab. Patienten mit guter Konstitution können das Krankenhaus bereits nach wenigen Tagen wieder verlassen. Die Erholungsphase nach einer solchen Operation ist – wie bei anderen Operationen – etwa 2 bis 3 Wochen. Ist die Wunde verheilt, braucht sich der Patient bei sportlichen Aktivitäten nicht mehr einzuschränken. Das Risiko einer erneuten Schilddrüsenvergrößerung ist gering. Allerdings sollte eine sorgfältige ärztliche Nachuntersuchung und Nachkontrolle des Befunds erfolgen.



Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Bezeichnung
Akupunktur und traditionelle chinesische Medizin
Ernährungs-/Diätberatung
Fortbildungsangebote für Patienten bzw. Öffentlichkeit (z. B. Geburtsvorbereitungskurse, Diabetesschulung, etc.)
Minimal-invasive Eingriffe
Physiotherapie
Schmerztherapie

Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Bezeichnung
Akupunktur und traditionelle chinesische Medizin
Ernährungs-/Diätberatung
Fortbildungsangebote für Patienten bzw. Öffentlichkeit (z.B. Geburtsvorbereitungskurse, Diabetesschulung, etc.)
Minimal-invasive Eingriffe
Physiotherapie
Schmerztherapie

Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Bezeichnung
Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventionellen/operativen Verfahren
Unterbringungsmöglichkeit von Begleitpersonen

Mindestens die Top-10- DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text	Fallzahl
1	G09	Operationen von Eingeweidebrüchen (= Hernien), die am Leisten- oder Schenkelkanalband austreten	467
2	I20	Operationen am Fuß	413
3	H08	Gallenblasenentfernung mittels Schlüssellochoperation (= laparoskopische Gallenblasenentfernung)	213
4	F20	Entfernung von Krampfadern	187
5	I18	Sonstige Operationen an Kniegelenk, Ellenbogengelenk oder Unterarm	176
6	G08	Operationen von Eingeweidebrüchen (= Hernien), die an Bauchwand oder Nabel austreten	132
7	G07	Blinddarmentfernung	75
8	G11	Sonstige Operation am After	39
9	G04	Durchtrennung abschnürender Verwachsungen vom Bauchfells	32
10	I13	Operationen am Oberarm, am Schienbein, am Wadenbein oder am Sprunggelenk	32



Mindestens die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	ICD-10 3-stellig	Text	Fallzahl
1	K40	Leistenbruch	467
2	M20	Erworbene Deformation (Formänderung) der Finger und Zehen	401
3	K80	Gallensteine	209
4	I83	Krampfadern der unteren Gliedmaßen	184
5	M23	Verletzung von Strukturen innerhalb des Kniegelenkes	138
6	K42	Nabelbruch	97
7	K35	Akute Entzündung des Blinddarmes	61
8	S83	Ausrenken, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	40
9	K66	Sonstige Krankheiten des Bauchfells	34
10	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	33

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

Rang	OPS-301 4-stellig	Text	Fallzahl
1	5-788	Operationen an Mittelfußknochen und Zehenendglied des Fußes	1.298
2	5-530	Verschluss eines Leistenbruches	705
3	5-385	Unterbindung, Herausschneiden und Ausschälen (Ziehen) von Krampfadern	367
4	5-786	Knochenvereinigung	292
5	5-511	Gallenblasenentfernung	220
6	5-812	Operation (durch Gelenkspiegelung) am Gelenkknorpel und an den Gelenkzwischen-scheiben (Menisken)	189
7	5-534	Verschluss eines Nabelbruches	104
8	5-800	Offen chirurgische Korrekturoperation eines Gelenkes	94
9	5-470	Blinddarmentfernung	79
10	5-787	Entfernung von Knochenvereinigungsmaterial (Osteosynthesematerial)	66



Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Ambulante Operationen nach §115b SGB V Gesamtzahl (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr: 698

Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr

Rang	EBM-Nr. (vollständig)	Text	Fallzahl
1	2447	Resezierende arthroskopische Operation und/oder arthroskopische Kapsel Band-Spaltung und/oder arthroskopisch-instrumentelle Entfernung freier Gelenkkörper und/oder (sub-)totale Synovektomie, einschl. Kosten	64
2	2381	Exostosen-Abmeißelung bei Hallux valgus, einschl. Sehnenverpflanzung, ggf. einschl. Bursektomie, ggf. einschl. plastischem Hautverschluss	27
3	2220	Operation eines Ganglions an einem Hand-, Fuß- oder Fingergelenk, eines Tumors der Finger- oder Zehenweichteile (z. B. Hämangiom) oder Sehnnenscheidenstenosenoperation, ggf. einschl. Probeexzision oder Operation der Tendosynovitis im Bereich eines Handgelenks	25
4	2275	Operation des Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms mit Dekompression von Nerven oder Spaltung der Loge de Gyon, ggf. einschl. Neurolyse und/oder Tendosynovektomie und/oder Entfernung benigner Neubildungen	24
5	2445	Diagnostische arthroskopische Operation, ggf. einschl. Entnahme von Gewebeproben aus Weichteilen, Knorpel oder Knochen und/oder Plica-(Teil-) Resektion, Entfernung von Synovialzotten, (Teil-)Resektion des Hoffa'schen Fettkörpers, Knorpelglättung und/oder	16

Fachgebiet/Klinken mit Hochschulambulanz gemäß §117 SGB V : keine

Psychiatrische Institutsambulanz gemäß §118 SGB V: nein

Sozialpädiatrisches Zentrum gemäß § 119 SGB V: nein

Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
1500 Allgemeine Chirurgie	5	2	3
Anästhesie	3	1	2
Gesamt	8	3	5

Anzahl Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 4

Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

Abteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Anteil der examinierten Krankenschwestern/-pfleger (3 Jahre)	Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mitentsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Anteil Krankenpflegehelfer/in (1 Jahr)
1500 Allgemeine Chirurgie	29	86,2%	6,9%	13,8%
Gesamt	29	86,2%	6,9%	13,8%



Qualitätssicherung

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	Leistungs- bereich wird erbracht	Teilnahme an der externen Qualitäts- sicherung	Dokumen- tationsrate Kranken- haus	Dokumen- tationsrate Bundes- Durch- schnitt
(HCH) Isolierte Aortenklappenchirurgie	Nein	Nein		
(12/1) Cholezystektomie	ja	ja	100,0%	100,0%
(15/1) Gynäkologische Operationen	Nein	Nein		
(09/1) Herzschrittmacher-Erstimplantation	Nein	Nein		
(09/2) Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Nein	Nein		
(09/3) Herzschrittmacher-Revision/-Explantation	Nein	Nein		
(HTX) Herztransplantation	Nein	Nein		
(17/1) Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	ja	ja	85,7%	95.85%
(17/3) Hüfttotalendoprothesen-Wechsel	Nein	Nein		
(10/2) Karotis-Rekonstruktion	Nein	Nein		
(17/5) Knieendoprothesen-Erstimplantation (TEP)	Nein	Nein		
(17/6) Knieendoprothesen-Wechsel	Nein	Nein		
(HCH) Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Nein	Nein		
(21/3) Koronarangiografie/Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	Nein	Nein		
(HCH) Isolierte Koronarchirurgie	Nein	Nein		
(18/1) Mammachirurgie	Nein	Nein		
(16/1) Geburtshilfe	Nein	Nein		
(DEK) Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	Nein	Nein		
(17/2) Hüftendoprothesen-Erstimplantation	ja	ja	100,0%	98,44%
Gesamt			99,1%	98.09%



Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V

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

Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V): nein

Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease Management-Programmen (DMP): nein

Mindestmengen

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

Lebertransplantation

Mindestmenge Krankenhaus: 10

Erbracht: Nein

Nierentransplantation

Mindestmenge Krankenhaus: 20

Erbracht: Nein

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus

Mindestmenge Krankenhaus: 5

Mindestmenge pro Arzt: 5

Erbracht: Nein

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas

Mindestmenge Krankenhaus: 5

Mindestmenge pro Arzt: 5

Erbracht: Nein

Stammzelltransplantation

Mindestmenge Krankenhaus: 10

Erbracht: Nein

Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V: entfällt



Qualitätspolitik

Konzernweites Qualitätsmanagement der HELIOS Kliniken GmbH

Die HELIOS Klinik Volkach ist Teil der HELIOS Kliniken GmbH und somit in das bundesweit führende, konzernweite Qualitätsmanagementsystem der HELIOS Kliniken GmbH integriert. Die Einbindung in ein über die Grenzen des eigenen Krankenhauses hinausreichendes Qualitätsmanagementsystem ist gegenüber einem nur hausintern etablierten System von erheblichem Vorteil, da vom Haus unabhängige Kontrollmechanismen etabliert werden und durch offene Vergleiche mit anderen Kliniken des Konzerns ein konstruktiver Qualitätswettbewerb gefördert wird.

Die HELIOS Kliniken GmbH hat in den letzten Jahren einen neuartigen Qualitätsmanagementprozess entwickelt und etabliert. Im Mittelpunkt steht das messbare Behandlungsergebnis. Wir kontrollieren monatlich die Ergebnisse der medizinischen Behandlung in allen Kliniken des Konzerns anhand von jeweils über 400 Kennzahlen. Unsere Erfahrungen mit diesem System sind ausgesprochen positiv. So konnten wir durch Anwendung dieses Qualitätsmanagementsystems die u. a. in unseren Konzernzielen formulierten, an externen Standards orientierten Qualitätsvorgaben erreichen bzw. in den meisten Fällen übertreffen. Die Definition medizinischer Ziele und die regelmäßige, zeitnahe Rückmeldung der Ergebnisse an alle Chefarzte des Konzerns führen zu einer intensiven Beschäftigung von Ärzten und Management mit den eigenen Ergebnissen und deren Verbesserung. Verstärkt wird dies durch Transparenz. So publizieren wir die medizinischen Konzernziele und -ergebnisse im Internet unter www.helios-kliniken.de. Ausführliche Auswertungen veröffentlichen wir seit dem Jahr 2000 in unseren Medizinischen Jahresberichten. Ausgehend von unseren Erfahrungen haben wir ein

gemeinsames Projekt mit dem AOK Bundesverband begonnen, um Qualitätssicherungsinformationen aus den Routinedaten der Krankenkassen herzuleiten. Dadurch ergeben sich Möglichkeiten, die über ein krankenhausesinternes Verfahren weit hinausgehen, indem sich Langzeitergebnisse verfolgen und qualitätsverbessernde Maßnahmen ableiten lassen.

Aus der Sicht unserer Patienten kommt es vor allem auf das Ergebnis der Krankenhausbehandlung an. Jeder Patient erwartet eine fehlerfreie, risikoarme Behandlung, die ihn möglichst gesund macht oder aber – wenn dies nicht möglich ist – seinen Gesundheitszustand bessert bzw. stabilisiert. Bisherige Qualitätssicherungsverfahren in Deutschland zielen vor allem auf die Strukturqualität. Ob eine gute Strukturqualität allerdings auch zu einem guten Ergebnis führt, bleibt offen. Daher steht im Mittelpunkt unserer Qualitätspolitik das messbare Behandlungsergebnis. Damit erfüllen wir bereits jetzt eine aus Patientensicht zentrale Anforderung an den Qualitätsbericht, die zum Beispiel auch im Rahmen des Büros der Patientenbeauftragten für Berlin in Zusammenarbeit mit dem Berliner Selbsthilfeforum chronisch kranker und behinderter Menschen und dem Berliner Arbeitskreis Patienteninformation erarbeitet wurde.

Die wesentlichen Schritte bei der Entwicklung des neuartigen Qualitätssicherungsprozesses im Rahmen der Qualitätspolitik der HELIOS Kliniken GmbH sind:

- Die Definition messbarer Ergebnisziele
- Die regelmäßige Messung des tatsächlichen Behandlungsergebnisses der Kliniken anhand von Kennzahlen
- Eine für alle Beteiligten transparente, monatliche Rückmeldung der Ergebniskennzahlen an die Ärzte und die Geschäftsführung sowie die interne und externe Veröffentlichung der wichtigsten Kennzahlen



- Ein mittlerweile gut etablierter interner Managementprozess zur messbaren Verbesserung der Ergebnisse durch eine konzernweite offene Fehlerdiskussion, durch interne Leitlinien sowie insbesondere durch Peer-Review-Verfahren, in denen die Behandlungsprozesse in den Kliniken auf Fehler bzw. Verbesserungsmöglichkeiten untersucht werden.

Die von uns im Jahr 2000 im HELIOS-Konzern eingeführte Qualitätssicherung mit Routinedaten erfordert keinen zusätzlichen Dokumentationsaufwand vor Ort – was vor allem unsere Ärzte begrüßen – da ihnen somit mehr Zeit für ihre eigentliche Aufgabe, die Betreuung der Patienten, bleibt. Die Daten sind qualitativ sehr verlässlich, da sie direkt aus den zu Abrechnungszwecken in den Klinikinformationssystemen erfassten Informationen gewonnen werden und auch extern durch Krankenkassen und MDK geprüft werden. Damit ist die Auswertung aller behandelten Fälle garantiert, das heißt auch mögliche Problemfälle werden ausgewertet. Mit unserer internen Fehleranalyse bzw. dem daraus folgenden Verbesserungsprozess haben wir bereits jetzt ein Qualitätsmanagement fest etabliert, wie es in vielen medizinischen und politischen Gremien in Deutschland erst seit kurzem in ersten Diskussionen erörtert wird. Wir haben damit einen mehrjährigen Vorsprung in der erfolgreichen Anwendung derartiger Verfahren.

Auf der Basis der Erfahrungen mit der Auswertung medizinischer Daten hat unser Krankenhaus als Mitglied der Helios Kliniken GmbH erstmals in Deutschland medizinische Unternehmensziele definiert. Prinzipielles Ziel ist es, mit Hilfe fokussierter Unternehmensziele:

1. Die Qualität beeinflussbarer Behandlungsprozesse weiter zu verbessern,
2. Die Umsetzung von Innovationen im Konzern zu verfolgen und zu beschleunigen,
3. Erkannte Qualitätsdefizite in bestimmten Bereichen zu beseitigen und
4. Mindestens die Qualität der Vergleichsgruppe (je nach Verfügbarkeit deutsche Vergleichswerte oder internationale Bestwerte) zu erreichen bzw. zu überschreiten.

An der Formulierung der jährlich neu definierten Unternehmensziele sind die Geschäftsführung, der Medizinische Beirat und die jeweiligen medizinischen Fachgruppen des Konzerns beteiligt. Zusammenfassend lassen sich die Erfolgsfaktoren der Qualitätspolitik der HELIOS Kliniken GmbH folgendermaßen beschreiben:

- Die Veröffentlichung aller, auch der schlechten Ergebniskennzahlen verbunden mit einer kompletten internen Transparenz hat die Bemühungen zur Verbesserung innerhalb des Konzerns forciert und einen internen Qualitätswettbewerb ausgelöst. Im Gegensatz zu den offiziellen Qualitätssicherungsverfahren erhält in den HELIOS-Kliniken nicht nur der betroffene Chefarzt selbst seine Ergebnisse, sondern alle Chefarzte des Konzerns sowie alle Geschäftsführungsebenen.
- Das Qualitätsmanagement ist nicht allein Sache der Ärzte. Die Verwaltungsleiter und alle Geschäftsführungsebenen sind für die Qualitätsergebnisse mitverantwortlich.
- Das Kennzahlensystem wurde ergänzt durch ein internes Peer-Review-Verfahren, in dem bei fraglichen Ergebnissen vor Ort anhand der Aktenlage Problemfälle untersucht, Schwachstellen analysiert und ggf. Verbesserungsmaßnahmen definiert und umgesetzt werden.
- Die anfänglich bestehende erhebliche Skepsis hinsichtlich der Kennzahlen („keine hinreichende Risikoadjustierung, schwere Fälle werden nicht erkannt“) konnte gerade aufgrund der Einzelfallanalysen vor Ort durchbrochen werden.

- Das Verfahren wird insbesondere von den beteiligten Ärzten akzeptiert und – im Gegensatz zu vielen der laufenden externen Qualitätssicherungsaktivitäten – als Auseinandersetzung mit tatsächlicher medizinischer Qualität verstanden.
- Die Methodik der Auswertung auf der Basis der Routinedaten ist für alle Beteiligten das



beste Verfahren. Die auf Routinedaten basierenden Analysen sind vollständig, behandeln alle betroffenen Kliniken methodisch gleich und verursachen vor allem keinen zusätzlichen Erfassungsaufwand.

- Die relevanten Ergebniskennzahlen sind nicht von der (Daten-)Erfassung abhängig. Kennzahlen, die von der Vollständigkeit der Erhebung bei den Betroffenen abhängen, werden in der Regel nicht angewandt. Dadurch wird vermieden, dass „der Ehrliche der Dumme“ ist. Aus diesem Grunde kommt der Sterblichkeit eine zentrale Position im Kennzahlensystem zu.

- Der Fokus des Qualitätsmanagements liegt bei den medizinischen Ergebnissen. Die Verbesserung der Strukturqualität ist dabei „Mittel zum Zweck“, aber niemals Selbstzweck. Damit hebt sich die Qualitätsstrategie der HELIOS Kliniken von vielen offiziellen Verfahren ab, in denen die Strukturqualität (z. B. Zertifizierung) ohne Ergebnisbezug im Vordergrund steht.
- Die Auswahl der Schwerpunkte für eine Qualitätsverbesserung betraf und betrifft wesentliche, zum Teil sehr komplexe Krankheitsbilder, bei denen Qualitätsprobleme verschiedener Art auftreten können bzw. sichtbar werden. Eine Verbesserung der Sterblichkeit bei diesen Erkrankungen bzw. Prozeduren macht eine umfassende Qualitätsverbesserung der Behandlungsabläufe zwingend erforderlich.

Unser strategisches Ziel für das Berichtsjahr 2004 lautete: Qualitätsführerschaft im Akutklinikmarkt – im Medizinischen Jahresbericht der HELIOS Kliniken GmbH ebenso wie im vorliegenden Bericht der HELIOS Klinik Volkach haben wir die Ergebnisse unserer Arbeit dokumentiert..



Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

Aufbau eines einrichtungs- internen Qualitätsmanagements

Organisationsstruktur und Ziele

Das Qualitätsmanagement der HELIOS Klinik Volkach ist in seiner Organisationsstruktur untrennbar mit dem Qualitätsmanagement des gesamten Konzerns verbunden. Daher können wir den Aufbau unserer Organisationsstrukturen nur im Zusammenhang mit dem konzernweiten Qualitätsmanagementsystem darstellen.

Das Qualitätsmanagement in der HELIOS Klinik Volkach wie in allen anderen HELIOS-Kliniken ist eine gemeinsame Aufgabe der leitenden Ärzte und der Geschäftsführung. Auf ärztlicher Seite werden die Aktivitäten im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung durch den medizinischen Beirat und die Fachgruppen in Kooperation mit der Geschäftsführung und dem zentralen Bereich Medizinische Entwicklung vorangetrieben.

Der medizinische Beirat besteht aus vier ernannten Mitgliedern, die alle Chefärzte mit langjähriger Zugehörigkeit zum Konzern sind. Der medizinische Beirat ist an der Definition und Umsetzung der Qualitätsziele beteiligt. Die Mitglieder des medizinischen Beirats, die jeweils einzelne Regionen betreuen, sind insbesondere in neu hinzukommenden Kliniken aktiv, beraten dort die Ärzte in allen Fragen der Konzernintegration und vermitteln die qualitativen Zielsetzungen der HELIOS-Kliniken. Der medizinische Beirat organisiert ferner in Zusammenarbeit mit dem zentralen Bereich Medizinische Entwicklung die – im nächsten Kapitel erläuterten – Peer-Review-Verfahren im Konzern.

Die medizinischen Fachgruppen sind entsprechend den jeweiligen Fachgebieten organisiert. In den medizinischen Fachgruppen arbeiten jeweils

alle leitenden Ärzte eines Fachgebiets aus allen Kliniken des Konzerns zusammen. Fachgruppenleiter ist jeweils einer der Chefärzte. Jeder medizinischen Fachgruppe ist ferner jeweils ein Geschäftsführer aus der erweiterten Geschäftsführung des Konzerns zugeordnet. Der jeweilige Fachgruppenleiter ist zusammen mit dem Geschäftsführer verantwortlich für die im Folgenden kurz skizzierten Aktivitäten der Fachgruppen:

- Festlegung HELIOS-interner Behandlungsleitlinien
- Weiterentwicklung und Umsetzung der Konzernziele
- Definition und Umsetzung weiterer fachgruppenspezifischer medizinischer Ziele
- Organisation des fachgruppeninternen Selbst-Review-Verfahrens
- Diskussion und Nachverfolgung der Ergebnisse der Selbst-Review- und der Peer-Review-Verfahren und der sich daraus ergebenden Verbesserungsmöglichkeiten (gegebenenfalls mit Rückwirkung auf die Leitlinien)
- Zentrale Verfolgung und Nachuntersuchung aller Todesfälle bei bestimmten Eingriffen mit niedrigem Operationsrisiko
- Verfolgung neuer, fachgruppenspezifischer medizinischer Entwicklungen und rasche Umsetzung von Innovationen im eigenen Fachgebiet
- Interdisziplinäre Abstimmung von Behandlungsverfahren und Umsetzung organisatorischer Verbesserungen
- Verbesserung der Weiterbildung im Konzern
- Standardisierung der Verfahrensabläufe, der Verbrauchsmaterialien sowie der Medikamente (in Zusammenarbeit mit den Apotheken und dem zentralen Einkaufsbereich).

In der Fachgruppenarbeit wird Wert darauf gelegt, die medizinischen Ziele so zu definieren, dass eine quantitative Messung über die im Konzern – in der Regel zu Abrechnungszwecken –



erhobenen medizinischen Routinedaten möglich ist. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass es sich bei den Zielvereinbarungen nicht allein um Absichtsbekundungen handelt. Soweit irgend möglich wird vielmehr verfolgt, ob und wann interne Festlegungen tatsächlich umgesetzt werden. Dies gilt äquivalent auch für die internen Leitlinien. Auch diese werden daran gemessen, ob sie zu Verbesserungen in den Ergebnissen führen.

Qualitätsbewertung

Die HELIOS Kliniken GmbH hat in Deutschland erstmals Routinedaten zur Messung der Ergebnisqualität eingesetzt. Aufgrund der Umstellung der Abrechnungsverfahren stehen uns alle wichtigen medizinischen Daten des Behandlungsfalles in den Abrechnungssystemen der Kliniken zur Verfügung. Wir exportieren die anonymisierten Datensätze für die Krankenhaufälle, die u. a. die Diagnosen, Prozeduren, demographische Merkmale und Abrechnungsinformationen enthalten und leiten einerseits das betriebswirtschaftliche Controlling, andererseits die Qualitätskennzahlen aus diesen Datensätzen ab. Wir sind so in der Lage, alle Qualitätskennzahlen zu ermitteln, die sich aus den nach ICD und OPS-301 verschlüsselbaren Informationen und den demographischen Daten bzw. aus Kombinationen dieser Merkmale ableiten lassen.

Auf diese Weise verfolgen wir derzeit kontinuierlich über 400 statistische Kennzahlen, die die Ergebnisqualität in den verschiedensten Fachgebieten betreffen. Die prioritären Konzernziele 2004 sind eine Teilmenge dieser Gesamtanalyse. Sie betreffen derzeit 10 Krankheitsbilder mit 22 Kennzahlen.

Alle Kennzahlen werden monatlich ermittelt, vergleichend über alle Kliniken des Konzerns dargestellt und den Chefärzten aller Kliniken, der Geschäftsführung und den Verwaltungsleitern zur Verfügung gestellt. Auf diese Weise besteht komplette Transparenz, d. h. jeder leitende Arzt kann auch die Ergebnisse seiner Kollegen einsehen. Schon dadurch entsteht hinsichtlich der Qualitätskennzahlen eine konstruktive interne Wettbewerbssituation.

In Deutschland stehen nach Einführung der DRG mit den Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz zwar erstmals sehr umfassende Informationen über alle Krankenhaufälle zur Verfügung. Diese werden aber bisher nur begrenzt genutzt. Die Sterblichkeit wird in der Veröffentlichung der § 21-Statistiken durch das InEK nicht mit publiziert. Aus diesem Grunde kann sich ein Qualitätswettbewerb auf dieser Basis derzeit nicht entwickeln.

Das zentrale Ziel der Verbesserung der Ergebnisqualität hat auch Vorrang vor der Mindestmengen Diskussion. Die Mindestmengen sind ein Surrogatparameter, der zur Zeit in Deutschland sehr unkritisch diskutiert wird. Es gibt Eingriffe, bei denen der statistische Zusammenhang zwischen Menge und Ergebnisqualität (in der Regel gemessen über die Sterblichkeit) hoch ist (z. B. Ösophagusoperationen). Bei diesen Eingriffen ist es unbestritten gerechtfertigt, die Zusammenfassung in Zentren zu fördern. Es gibt jedoch Verfahren, bei denen ein statistischer Zusammenhang von Menge und Qualität gemessen über alle Einrichtungen zwar nachweisbar ist, die Streubereiche der Sterblichkeit in Einrichtungen mit niedriger und hoher Fallzahl sich aber sehr weit überschneiden. Es gibt folglich Einrichtungen mit geringerer Fallzahl, die eine sehr gute



Ergebnisqualität vorweisen können und umgekehrt Einrichtungen mit hoher Fallzahl, bei denen sich eine vergleichsweise schlechte Ergebnisqualität zeigt. Es ist daher nicht gerechtfertigt, allein aufgrund der Mengen eine Zentralisierung zu fordern. Es ist vielmehr unverzichtbar, dass gerade die Einrichtungen mit hoher Fallzahl ihre tatsächliche Ergebnisqualität belegen. Dies muss nach unserer Auffassung anhand der Routinedaten geschehen, um zu vergleichbaren Daten zu kommen und die Ausgrenzung von Problemfällen zu verhindern. Es sei hier auch angemerkt, dass geringere Fallzahlen gelegentlich auch ein Indiz für eine vorsichtiger Indikationsstellung sein können. Dies muss nicht die Vermeidung risikoreicher Operationen bedeuten, sondern kann die medizinisch sinnvolle Vermeidung von Eingriffen kennzeichnen, bei denen das Risiko nicht in angemessenem Verhältnis zum zu erwartenden Ergebnis steht. Die Fallzahl kann demnach zwar ein mittelbares Indiz für Qualität sein, muss es aber nicht. Es ist kaum verständlich, warum in Deutschland so viel über die Mindestmengen diskutiert wird. Da die direkte Messung der Ergebnisqualität auf der Basis von Routinedaten auch in Deutschland möglich ist, ist die Diskussion der Surrogatparameter im Prinzip obsolet. Wir bewerten daher die Ergebnisqualität z. B. der anhand DRG -adjustierten relativen Sterblichkeit.

Die Sterblichkeit ist einer der wichtigsten Parameter der medizinischen Ergebnisqualität. Sie ist das Wichtigste für den Patienten, sie ist einer der wesentlichen Outcome-Parameter in wissenschaftlichen Studien und sie ist – dies mag in diesem Zusammenhang seltsam klingen – vor allem auch sicher messbar. Bei vielen der so genannten „weichen“ Qualitätsparameter sind wir darauf angewiesen, dass diese von den Kliniken genau

erfasst werden. Wundinfektionen, Nahtinsuffizienzen und andere Komplikationen müssen, damit sie auswertbar werden, von denen, die daran gemessen werden sollen, kodiert werden. Wir bezweifeln, dass dies zuverlässig geschieht. Auch in den HELIOS Kliniken messen wir viele derartige „weiche“ Qualitätsparameter. Wir stellen aber in vielen Fällen fest, dass die Anzahl der kodierten Komplikationen im Sinne der oft bekannten zu erwartenden Komplikationsraten nicht plausibel ist. Dies muss nicht daran liegen, dass sie vorsätzlich nicht kodiert werden. In vielen Fällen wird bei der Kodierung, die überwiegend bei der Entlassung des Patienten erfolgt, nicht an die Kodierung einer zwischenzeitlich erfolgreich behandelten Komplikation gedacht.

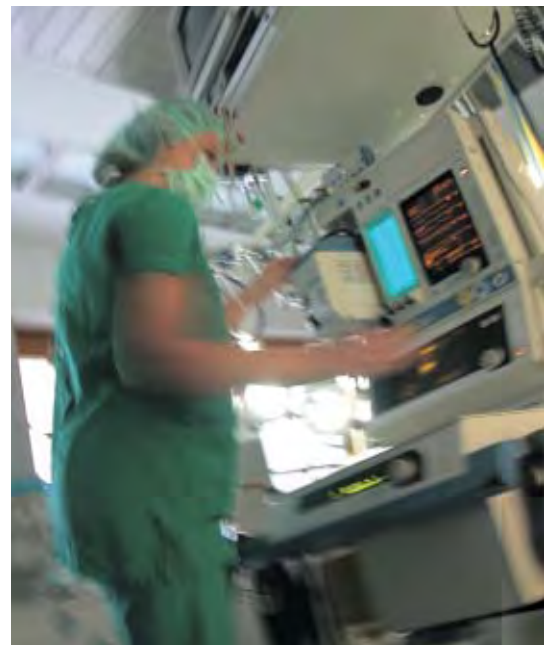
Aus diesen Gründen verfolgen wir zwar auch „weiche“ Qualitätsparameter, legen unser Hauptaugenmerk aber auf die Sterblichkeit und andere sicher messbare Ergebniskennzahlen. Da die Todesfälle standesamtlich gemeldet werden müssen, ist ihre zuverlässige Erfassung sichergestellt. In die Auswertung der Routinedaten, die für den Abrechnungs- und Verwaltungsprozess erfasst werden, gehen alle Todesfälle ein. Dies unterscheidet das Verfahren positiv von Registern oder zum Beispiel der Erfassung über die BQS, wo insbesondere bei Eingriffen mit niedrigem Sterberisiko das (letztlich nicht nachweisbare) „Weglassen“ einiger weniger Fälle die Ergebnisse erheblich verfälschen kann.

Die Bewertung des Qualitätsmanagements in der HELIOS Klinik Volkach erfolgt also anhand konzerneigener, definierter Ergebnisparameter (Konzernziele, Sterblichkeit), die monatlich analysiert und ausgewertet werden. Festgestellte Qualitätsmängel lassen sich so unverzüglich erkennen und beheben.

Ergebnisse der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Alle HELIOS-Kliniken beteiligen sich gemäß den externen Vorschriften an dem Qualitätssicherungsverfahren nach § 137 SGB V, welches über die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) bzw. die Landeseinrichtungen durchgeführt wird. Dieses Verfahren eignet sich aus verschiedenen Gründen nur wenig für das interne Qualitätsmanagement: Die Rückmeldungen erfolgen nicht zeitnah und häufig genug (ein monatliches Reporting und damit ein sachgerechtes internes Qualitätsmanagement sind auf diesem Wege nicht zu organisieren). Die Auswertungen erfolgen ferner teilweise landesspezifisch nach unterschiedlichen Methoden und sind daher nicht konzernweit vergleichbar. Außerdem haben wir aufgrund des Meldeverfahrens prinzipiell Bedenken, ob gerade bei seltenen Ereignissen die Vollständigkeit der Meldungen sichergestellt werden kann. Es ist dabei wenig hilfreich, wenn beispielsweise die BQS für das Modul 17/2 (Hüft-TEP bei Koxarthrose) für die einzelnen Bundesländer für 2003 Vollständigkeitswerte von bis zu 318 % angibt (13 der 16 Bundesländer liegen über 100 %, der Bundesdurchschnitt liegt bei 112 %). Es handelt sich bei diesem diskussionswürdigen Vollständigkeitsbegriff um die Anzahl der Meldungen im Verhältnis zu den Vereinbarungen (V2/V3-Statistik der LKA) und nicht um die Meldungen im Verhältnis zu den tatsächlich erbrachten Leistungsmengen. Für andere Module ergeben sich ähnliche Werte.

Im Sinne unserer Qualitätsauswertungen, die sich am Ist-Leistungsvolumen orientieren, kann die Vollständigkeit natürlich nicht über 100 % liegen. Die Vollständigkeit in diesem Sinne wäre nur anhand der Routinedaten überprüfbar. Die BQS kann eine solche Prüfung zurzeit nicht durchführen. Wir haben auch Zweifel, ob die Angaben zu den vielen „weichen“, sicher strategieanfälligen Qualitätsindikatoren, die im BQS-Verfahren gemessen werden, immer zutreffend sind. Dennoch wollen wir versuchen, in Zukunft auch vergleichende Auswertungen dieser Ergebnisse zu gewinnen und darstellbar zu machen.



Momentan halten wir die Veröffentlichung dieser aus der externen Qualitätssicherung gewonnenen Daten für nicht aussagekräftig und verzichten daher auf ihre Darstellung. Wir haben aber die Ergebnisse unseres Qualitätsmanagements anhand des „härtesten“ Ergebnisparameters, der Sterblichkeit, ausführlich dargestellt.



Medizinische Ergebnisqualität: Die HELIOS Konzernziele

Krankenhausindividuelle Kennzahlen der Ergebnisqualität:
Erfüllung der medizinischen Unternehmensziele in der HELIOS Klinik Volkach

Medizinische Unternehmensziele für 2005, kumuliert 01.01.2003 bis 31.12.2004		Ziel	HELIOS Kliniken 2004	Volkach 2003 und 2004	HELIOS Fallzahl 2004 (100 %)	Volkach Fallzahl 2003 -2004 (100 %)
Low-risk-Operationen						
1 Cholezystektomie						
1.1	Anteil laparoskopischer Gallenblasenentfernungen mit OPS 5-511 in DRG H11/H12/H13/H14 ohne Tumorfälle	> 90 % ⁸	92,3 %	99,6 %	5.886	485
1.2	Anteil Umstieg von laparoskopischer auf offene Gallenblasenentfernung mit OPS 5-511 in DRG H11/H12/H13/H14 ohne Tumorfälle	< 3 % ⁸	2,9 %	0,2 %	5.886	485
1.3	Verweildauer bei unkomplizierten Gallenblasenentfernungen in DRG H13B+H14B (Tage)	< 3 ⁸	4,6	4,6	3.868	451
1.4	Anteil Todesfälle bei Gallenblasenentfernungen mit OPS 5-511 in DRG H11/H12/H13/H14	< 0,4 % ⁸	0,2 %	0,0 %	6.006	487
2 Herniotomie						
2.1	Verweildauer bei Leisten-, Schenkel-, Bauchwand- und Nabelhernie in DRG G09+G24+G25 (Tage)	< 3 ⁸	4,3	4,3	9.203	1.374
2.2	Anteil Todesfälle bei Leisten-, Schenkel-, Bauchwand- und Nabelhernie in DRG G09+G24+G25	< 0,13 % ⁵	0,2 %	0,0 %	9.203	1.374
High-risk-Operationen						
3 Kolorektale Operationen						
3.1	Anteil Todesfälle bei kolorektalen Operationen bei Karzinom 2003 bis 2004	< 6 % ⁷	3,9 %	0,0 %	2.394	1
4 Aortenaneurysma						
4.1	Anteil Todesfälle bei nicht rupturiertem Aortenaneurysma 2002 bis 2004	< 5 % ⁷	5,2 %		464	
Schwere Krankheitsbilder mit beeinflussbarer Sterblichkeit						
5 Herzinfarkt						
5.1	Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinfarkt	< 11,1 % ⁶	10,2 %		6.955	
6 Herzinsuffizienz						
6.1	Anteil Todesfälle bei Herzinsuffizienz in DRG F62A	< 38 % ⁵	33,7 %		294	
6.2	Anteil Todesfälle bei Herzinsuffizienz in DRG F62B	< 13,9 % ⁵	10,6 %		2.568	
6.3	Anteil Todesfälle bei Herzinsuffizienz in DRG F62C	< 9,9 % ⁵	8,3 %		2.685	
6.4	Anteil Todesfälle bei Herzinsuffizienz in DRG F62D	< 8,8 % ⁵	5,9 %		1.995	



Medizinische Unternehmensziele für 2005, kumuliert 01.01.2003 bis 31.12.2004		Ziel	HELIOS Kliniken 2004	Volkach 2003 und 2004	HELIOS Fallzahl 2004 (100 %)	Volkach Fallzahl 2003 -2004 (100 %)
7	Pneumonien					
7.1	Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie Altersgruppe <15 Jahre	< 0,14 % ⁶	0,1 %		1.593	
7.2	Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie Altersgruppe 15-44 Jahre	< 1,65 % ⁶	2,0 %		637	
7.3	Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie Altersgruppe 45-64 Jahre	< 6,81 % ⁶	6,0 %		1.097	
7.4	Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie Altersgruppe 65-84 Jahre	< 14,12 % ⁶	13,6 %		2.979	
8	Schlaganfall					
8.1	Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose intrazerebrale Blutung (ICD I61)	< 23,1 % ⁶	29,6 %		998	
8.2	Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Hirninfarkt (ICD I63)	< 7,97 % ⁶	8,9 %		6.002	
8.3	Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall n. n. bez. (ICD I64)	⁹	13,1 %		1.132	
Komplexe, heterogene Krankheitsbilder (Tracer für Peer-Review)						
9	Beatmung					
9.1	Anteil Todesfälle bei Beatmung > 24 Stunden	< 35 % ⁸	34,2 %		6.047	
10	Sepsis					
10.1	Anteil Todesfälle bei Sepsis in DRG T60	< 25,7 % ⁵	25,4 %		1.662	

Die vorgegebenen Zielwerte beruhen auf:

5) Bundesdurchschnitt der Krankenhäuser der 3M-Stichprobe

6) Bundesdurchschnitt der deutschen Krankenhäuser laut Statistischem Bundesamt

7) Wissenschaftliche Studien (Birkmeyer et al.)

8) Eigene Vorgaben nach wissenschaftlichen Studien und internationalen Vergleichen

9) Bei Verwendung der unspezifischen Kodierung:

Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet, ist die Festlegung eines Zieles aufgrund der Unspezifität nicht sinnvoll.

Das Ziel besteht in der durch verbesserte Diagnostik mögliche Eingruppierung in die spezifischeren Gruppen 8.1. bzw. 8.2., bei denen Zieldefinitionen existieren.

Die Angaben enthalten für die HELIOS Klinik Volkach die Ergebnisse für die kumulierten Fallzahlen von 2003 bis 2004, um auch bei niedrigen Fallzahlen die statistische Streuung zu reduzieren. Die Werte für die HELIOS Kliniken GmbH stellen den (gewichteten) Durchschnitt der Ergebnisse für die 22 deutschen Akutkliniken des Konzerns dar. Die Zielwerte wurden anhand der deutschen Durchschnittswerte oder – wenn verfügbar – anhand internationaler Standards festgelegt.

Ausführliche Informationen zu den HELIOS-Konzernzielen, insbesondere eine Erläuterung der Auswahlkriterien, der medizinischen Hintergründe, der Zielwerte und der genauen Definitionen sind im Medizinischen Jahresbericht 2004 der HELIOS Kliniken GmbH, S. 34 ff. zu finden (www.helios-kliniken.de).

Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Qualitätssicherungs-Projekt mit dem AOK-Bundesverband

QM-Projektname	Qualitätssicherungs-Projekt mit dem AOK-Bundesverband
Kurzbeschreibung	Methode der Qualitätsanalyse anhand von Routinedaten
Abteilung	HELIOS Medizinische Entwicklung, AOK-Bundesverband, WIdO, FEISA
Verantwortlicher	PD Dr. med. Th. Mansky
Projektziel	Verfolgung von Langzeitverläufen zur Gewinnung von Informationen zur Verbesserung der langfristigen Ergebnisqualität
Zeitraum	seit 01.01.2003, derzeit 2. Projektphase
Ergebnis/Zwischenstand	Die HELIOS Klinik Volkach beteiligt sich an einem Projekt, welches in Hinblick auf zukünftige Wege der Qualitätsmessung anhand von Routinedaten neue Möglichkeiten erschließt. Die HELIOS-Kliniken sind wegen der Methode der Qualitätsanalyse mit Routinedaten an den AOK-Bundesverband herangetreten. Einen wesentlichen Vorteil bei der Zusammenarbeit mit einer großen Krankenkasse sehen wir in der Gewinnung von Qualitätsinformationen, die für alle Krankenhäuser nach der gleichen Methodik ausgewertet werden und somit direkt vergleichbar sind. Noch wichtiger ist, dass die Krankenkassen anhand ihrer Routinedaten im Gegensatz zum Krankenhaus auch Langzeitverläufe verfolgen können. Somit können mit begrenztem und durchaus vertretbarem Ressourcenverbrauch Ergebnisse von hervorragender Qualität erzielt werden, die teilweise mit keinem anderen derzeit verfügbaren Verfahren so ökonomisch darstellbar wären. Erste Ergebnisse sind im Medizinischen Jahresbericht der HELIOS Kliniken GmbH 2004 veröffentlicht.

Die DRG-adjustierte relative Sterblichkeit als globale Ergebniskennzahl

QM-Projektname	Die DRG-adjustierte relative Sterblichkeit als globale Ergebniskennzahl
Kurzbeschreibung	Vergleich erwarteter und beobachteter Krankenhaussterblichkeit als Ergebnisparameter für die Qualitätssicherung
Abteilung	Medizinische Entwicklung
Verantwortlicher	PD Dr. med. Th. Mansky
Projektziel	Ergebnisqualitätsbeurteilung
Zeitraum	01.01.2004 bis 31.12.2004
Ergebnis/Zwischenstand	Die Sterblichkeit in verschiedenen Krankenhäusern ist nicht direkt vergleichbar. Um die Qualität beurteilbar machen zu können, muss für die beiden gedachten Kliniken die tatsächliche (beobachtete) Sterblichkeit der Anzahl an Todesfällen gegenüber gestellt werden, die beispielsweise im deutschen Durchschnitt bei der Behandlung einer gleichen Zahl vergleichbarer Erkrankungen zu erwarten wären. Man spricht vom Vergleich der beobachteten mit der erwarteten Krankenhaussterblichkeit. Bildet man daraus einen Quotienten (beobachtet/erwartet), so liegt das Ergebnis einer Klinik unter 1, wenn weniger Patienten als im Durchschnitt versterben und über 1 bei höherer Sterblichkeit. Anhand dieses Parameters können wir jährlich die Ergebnisse unserer Prozessoptimierung und die Qualität der in der HELIOS Klinik Volkach geleisteten Arbeit objektivieren und unsere Ergebnisse mit den aus Benchmarkprojekten gewonnenen Daten zur Deutschland weiten durchschnittlichen Krankenhaussterblichkeit vergleichen.

Ergebniskennzahlen und Konzernziele 2004

QM-Projektname	Konzernziele 2004
Kurzbeschreibung	Die Erreichung von definierten Ergebniskennzahlen bei ausgewählten Krankheitsbildern wird von Fachgruppen und Geschäftsführung jährlich als Qualitätsziel vorgegeben
Abteilung	Medizinische Entwicklung
Verantwortlicher	Chefärzte, Geschäftsführung
Projektziel	Erreichen bzw. Verbessern der vorgegebenen Sollwerte
Zeitraum	01.01.2004
Ergebnis/Zwischenstand	Neben den kontinuierlich verfügbaren Statistiken auf der Basis von DRGs, ICD- oder OPS-Kodierungen messen die HELIOS Kliniken derzeit regelmäßig 440 Kennzahlen, die zur Beurteilung der Ergebnisqualität oder zum Teil auch der Mengenentwicklung in medizinisch kritischen Bereichen dienen. Alle diese Kennzahlen werden monatlich in Form von EXCEL-Tabellen an alle Chefärzte, Verwaltungsleiter und Geschäftsführer des Konzerns versandt. Die medizinischen Konzernziele (2004: 10 Krankheitsbilder) sind ein herausgehobener Teil dieses Kennzahlensystems. Da es auch in der Qualitätssicherung darauf ankommt, sich auf Managementschwerpunkte zu fixieren, wurden hier besonders wichtige Krankheiten oder Verfahren exemplarisch herausgehoben, bei denen Verbesserungen für dringlich gehalten werden. Die Konzernziele sind so gewählt, dass sie meist über die eigentliche Kennzahl hinaus eine exemplarische Beurteilung eines Bereichs erlauben. Die Ergebnisse der HELIOS Klinik Volkach finden Sie unter Punkt E4.

Peer-Review- und Selbst-Review-Verfahren

QM-Projektname	Peer-Review-Verfahren
Kurzbeschreibung	Selbst-Review-Verfahren und externes Review-Verfahren zur Analyse von Verbesserungspotenzialen anhand von Todesfällen und anderen definierbaren Problemfällen
Abteilung	Alle Krankenhausabteilungen
Verantwortlicher	Alle Chefärzte
Projektziel	Erkennen von Optimierungspotenzialen in den Behandlungsabläufen anhand von Analysen stattgehabter bzw. real stattfindender Abläufe
Zeitraum	01.01.2004 bis 31.12.2004
Ergebnis/Zwischenstand	In der HELIOS Klinik Volkach wie auch in allen anderen HELIOS-Kliniken werden zwei Arten interner Fall-Review-Verfahren eingesetzt. Diese Review-Verfahren orientieren sich an Krankheitsbildern bzw. Operationen, die Gegenstand der Qualitätssicherung sind. Bei dem Verfahren ist der gesamte Behandlungsablauf eines Falles Gegenstand der Analyse, auch wenn bei komplexen Krankheitsbildern mehrere Abteilungen involviert sein können. In diesem Fall stehen bei der retrospektiven Durchsicht der Akten und dem Gespräch mit den leitenden Abteilungsärzten die Behandlungsabläufe über alle beteiligten Fachabteilungen hinsichtlich möglicher Verbesserungen zur Debatte. Neben den durch jeweils mindestens zwei Chefärzte anderer Kliniken durchgeführten externen Peer-Reviews werden regelmäßige Selbst-Reviews innerhalb der einzelnen Kliniken durchgeführt. In den klinikübergreifend gebildeten Fachgruppen werden die Ergebnisse beider Verfahren analysiert und ggf. Verbesserungsmöglichkeiten diskutiert bzw. entsprechende Leitlinien zu ihrer Umsetzung entwickelt und beschlossen. Der Qualitätsmanagementprozess läuft hier folgendermaßen ab: <ol style="list-style-type: none"> 1. Problemdefinition 2. Problemanalyse 3. Ursachenforschung 4. Definition von verbesserten bzw. optimalen Behandlungsabläufen (ggf. Änderung der Standards) 5. Umsetzung 6. Kontrolle anhand der Ergebniskennzahlen und ggf. Wiederholung der Schritte 2 bis 6.

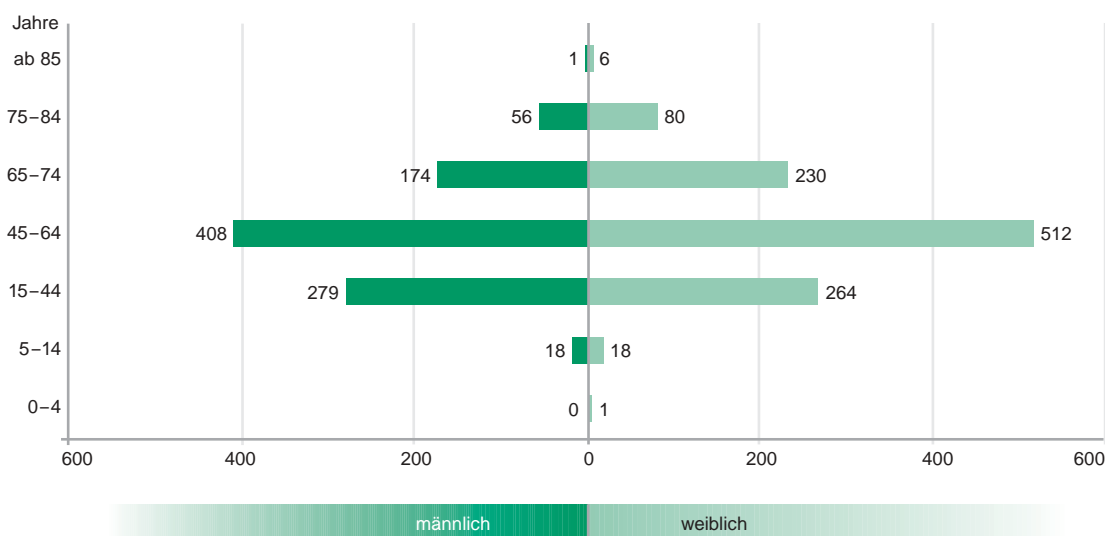


Zahlen – Daten – Fakten

Wichtigste Kennzahlen

	2002	2003	2004
Betten	46	46	46
Fälle	2.047	2.323	2.422
Verlegungen	2	8	24

Altersstruktur der Patienten 2004



Anästhesieleistungen

Fälle Gesamt	2.814*
Regionalanästhesien	543
davon Spinalanästhesien	197
Vollnarkosen	2.227
sonstige Anästhesien	44

Darüber hinaus kamen Schmerztherapiestandards bis hin zum Einsatz von Schmerzpumpen (PCA) zur Anwendung.

* betrifft ambulante und stationäre Leistungen



Belegungsanteile der Sozialleistungsträger

AOK	32 %
VdAK	38 %
BKK	21 %
LKK	4 %
Sonstige	5 %

Weiterbildungsermächtigungen

Folgende Facharztausbildungen können in unserem Hause absolviert werden:

Fach	Dauer	ermächtigter Arzt
Anästhesie	12 Monate	Dr. med.G. Menger/Dr. med. R. Wirsing
Chirurgie	30 Monate	Dr. med. G. Klose/Dr. med. B. Weber

Einzugsgebiete

Stadt/Landkreis Schweinfurt	31 %
Stadt/Landkreis Kitzingen	22 %
Stadt/Landkreis Würzburg	13 %
Stadt/Landkreis Bad Kissingen	5 %
Stadt/Landkreis Bamberg	6 %
Übriges Bundesgebiet	23 %

Die Ausfallzeit unserer Mitarbeiter wegen Krankheit, Mutterschutz und Rehabilitation betrug im Jahr 2004 rund 4,8 %.

Mitarbeiter pro Dienstart

* Personen (Köpfe)
** Für unsere Klinik sind fünf Belegärzte tätig

Gesamt	96
Ärztlicher Dienst**	–
Pflegedienst	27
Med.-techn. Dienst	10
Funktionsdienst	18
Klinisches Hauspersonal	5
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	20
Technischer Dienst	2
Verwaltungsdienst	13
Sonstiges Personal	1



Investitionen

Im Jahr 2004 investierten wir in Baumaßnahmen, Großprojekte sowie in den IT-Bereich 102.164 €.

Gesamt:	82.889 €
davon Einrichtungsinvestitionen	13.876 €
davon Medizintechnik	31.673 €
davon IT	33.955 €
davon Sonstiges	3.385 €

Wir für die Region

Unsere Klinik gehört in der Region zu einem der größten Arbeitgeber. Derzeit zählen wir 96 Beschäftigte. Der maßgebliche Anteil unserer Arbeitnehmer stammt aus der Region Mainschleife. Dorthin fließen auch 40,34 % unserer Lohn- und Gehaltszahlungen.

Region Mainschleife	40,34 %
Ldkr. Würzburg, Schweinfurt, Kitzingen	59,66 %

Aufteilung der Gehaltszahlungen auf die genannten Regionen.



Klinik-Spezial

Ausblick 2005

Auch im Jahr 2005 werden wir in der HELIOS Klinik Volkach wieder eine Patientenbefragung durchführen. In den letzten Jahren hatte unser Haus hinsichtlich Service und in fast allen weiteren Bereichen die beste Bewertung von insgesamt über 205 weiteren Kliniken im gesamten Bundesgebiet.

Im Rahmen eines Gesundheitsforums bieten wir Ihnen im Monat Oktober aktuelle Themen aus der Medizin und nützliche Tipps für die Erhaltung Ihrer Gesundheit.

Unser traditioneller „Tag der offenen Tür“ findet am Sonntag den 16.10.2005 statt.

Die Cafeteria wird Sie ganzjährig mit Gourmetwochen und verschiedenen Aktionen (Spargelzeit, Ostern, Sommerthemen etc.) verwöhnen.





Informationsschriften

Unser Haus hat für Sie Informationsbroschüren bezüglich medizinischer Schwerpunkte erarbeitet und zusammengestellt.

Folgende Broschüren senden wir Ihnen gerne auf Anfrage kostenlos zu:

Struma
Gallenoperation
Arthrose Knie-/Hüftgelenk
Leistenbruchoperation
Akupunktur
Hand-/Fußchirurgie
Schmerztherapie
Vollnarkose
Physikalische Therapie
Regionalanästhesie
Röntgen
Darmkrebs
Wahlleistungen





So erreichen Sie uns

HELIOS Klinik Volkach

Schaubmühlstraße 2 · 97332 Volkach

Telefon: (0 93 81) 4 04 - 0

Telefax: (0 93 81) 4 04 - 4 99

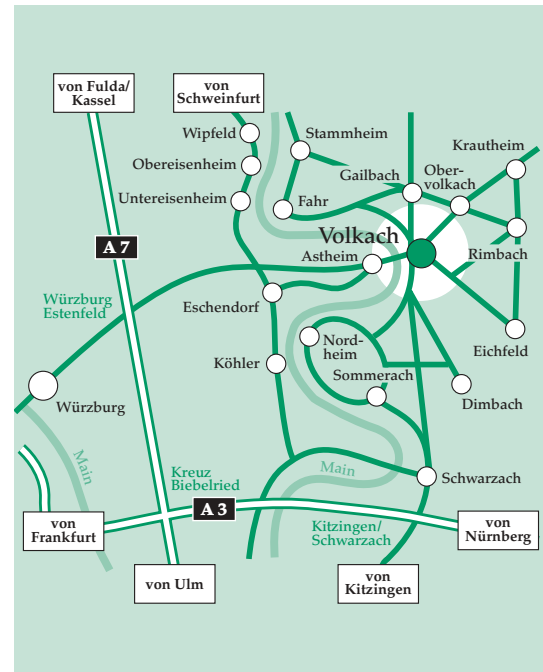
E-Mail: postmaster@volkach.helios-kliniken.de

Internet: www.helios-kliniken.de

Telefon-Durchwahlen

Physiotherapie: -1 80

Gemeinschaftspraxis Chirurgie: -2 18





Impressum

Herausgeber

HELIOS Klinik Volkach

Claudia Gerber

PD Dr. med. Thomas Mansky

Dr. med. Katrin Mügge

Redaktion

Heike Brezina

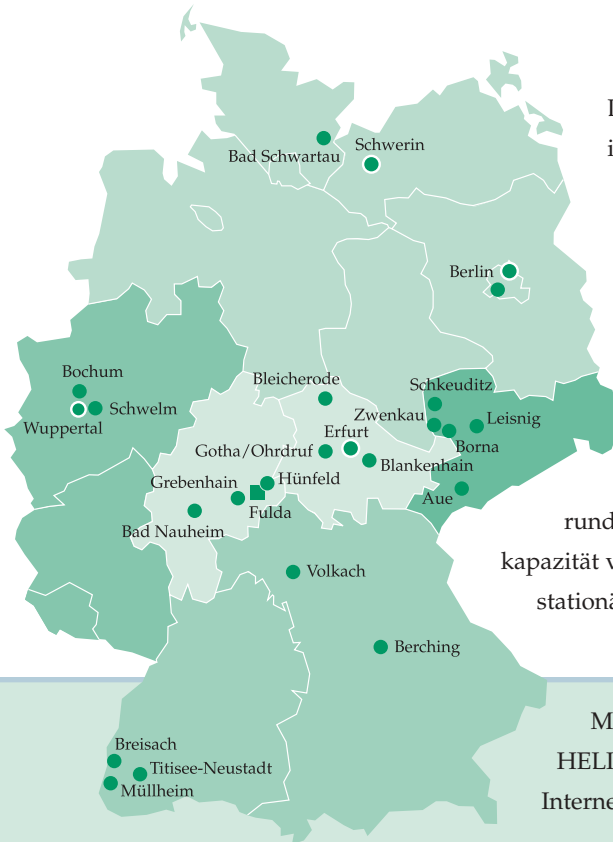
Dr. med. Thomas Steppat

Gestaltung

s-company.de

© HELIOS Kliniken GmbH, Fulda, 2005

Kompetenz in Medizin



Die HELIOS Kliniken GmbH ist einer der großen privaten Träger von Akutkliniken in Deutschland.

Derzeit gehören zum Konzern 24 Kliniken, darunter vier Krankenhäuser der Maximalversorgung in Erfurt, Berlin-Buch, Wuppertal und Schwerin.

Zur Zeit beschäftigt der Konzern rund 18.000 Mitarbeiter bei einer Gesamtkapazität von 9.400 Betten und jährlich über 330.000 stationär behandelten Patienten.

Mehr Informationen über die HELIOS Kliniken GmbH erhalten Sie im Internet unter www.helios-kliniken.de.

HELIOS Klinik Volkach

Schaubmühlstraße 2 · 97332 Volkach

Telefon: (0 93 81) 4 04 - 0 · Telefax: (0 93 81) 4 04 - 4 99

E-Mail: postmaster@volkach.helios-kliniken.de

Internet: www.helios-kliniken.de/volkach