



HUFELAND KRANKENHAUS GMBH

BAD LANGENSALZA

Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V
für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

inkl. Erweiterungen zur Datensatzbeschreibung

Standort: [Hufeland Krankenhaus GmbH Bad Langensalza](#)

Lfd. Nr.: 01

Anschrift:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Internet:

Krankenhaus: [Hufeland Krankenhaus GmbH Bad Langensalza](#)

Anschrift: Rudolph- Weiss- Str. 1-5
99947 Bad Langensalza

Telefon: 03603/855-0

Telefax: 03603/855-100

E-Mail: info@hufeland.de

Internet: www.hufeland.de

Berichtsjahr: 2004



Inhaltsverzeichnis

Basisteil	3
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	3
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	10
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	24
C Qualitätssicherung	27
C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	27
C-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	28
C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)	28
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V	28
C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	29
Systemteil	30
D Qualitätspolitik	30
E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	33
F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	38
G Weitergehende Informationen	42



Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses (Anschrift, E-Mail, Internetadresse)

Rudolph- Weiss- Str. 1-5

99947 Bad Langensalza

info@hufeland.de

www.hufeland.de

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

261600521

A-1.2 / 1.1.3 Sonstige verwendete Institutionskennzeichen

keine

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Hufeland Krankenhaus GmbH Bad Langensalza

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

ja nein

A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

198

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten: 8007

Ambulante Patienten: 7922



A-1.7 A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)	Poliklinik/ Ambulanz ja (j) /nein(n)	DARzt-Verfahren ja (j) /nein(n) (A-2.0)
0100	Innere Medizin	81	3373	HA	Ja	Nein
0103	I.M. SP Kardiologie				Ja	Nein
0105	I.M. SP Hämatologie/Internist. Onkologie.				Ja	Nein
0107	I.M. SP Gastroenterologie				Ja	Nein
0153	I.M. SP Diabetes				Ja	Nein
1500	Allgemeine Chirurgie-Visceralchirurgie	80	2726	HA	Ja	Nein
1516	Allg. Chirurgie/SP Unfallchirurgie				Ja	Ja
1519	Allg. Chirurgie/SP Plast. Chirurgie				Ja	Nein
1550	Allg. Chirur./SP Abdom.-/Gefäßschir.				Ja	Nein
1551	Allg. Chirurgie/SP Handchirurgie				Ja	Nein
2200	Urologie	8	334	BA	Ja	Nein
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	24	1717	HA	Ja	Nein
2700	Augenheilkunde	2	5	BA	Ja	Nein
3600	Intensivmedizin	3	1401	HA	Nein	Nein
3751	Radiologie				Nein	Nein



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	P67	Neugeborenes, Aufnahmegewicht über 2499g, ohne größeren operativen Eingriff oder Langzeitbeatmung	341
2	O60	Normale Entbindung	318
3	F62	Herzermüdung, d. h. Unvermögen des Herzens, den erforderlichen Blutausswurf aufzubringen (= Herzinsuffizienz) oder Kreislaufkollaps)	264
4	G60	Krebserkrankung der Verdauungsorgane	161
5	K60	Zuckerkrankheit (= Diabetes)	156
6	F67	Bluthochdruck	154
7	N04	Gebärmutterentfernung, jedoch nicht wegen Gebärmutterkrebs	153
8	G67	Speiseröhrentzündung, Magen- Darm- Infekt oder verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane	152
9	B70	Schlaganfall	148
10	O40	Fehlgeburt mit Gebärmutterdehnung, Ausschabung, Absaugen oder Schnittbindung	146
11	G07	Blinddarmentfernung	142
12	G48	Dickdarmspiegelung	129
13	H08	Gallenblasenentfernung mittels Schlüsselloch- Operation (=laparoskopische Gallenblasenentfernung)	128
14	F60	Kreislaufkrankung mit akutem Herzinfarkt, ohne invasive kardiologische Diagnostik (z. B. Herzkatheter)	120
15	I13	Operationen am Oberarm, am Schienbein, am Wadenbein oder am Sprunggelenk	120
16	E65	Krankheiten der Atemwege mit erschwelter Ausatmung und vermehrter Luftansammlung im Lungengewebe (= Asthma, COPD)	110
17	K10	Sonstige Operationen an der Schilddrüse, Nebenschilddrüse oder Halsfistel; jedoch nicht bei Krebserkrankung (z. B. ernährungsbedingte Jod- Mangel Schilddrüsenvergrößerung= Struma)	109
18	G09	Operationen von Eingeweidebrüchen (= Hernien); die am Leisten- oder Schenkelkanalband auftreten	107
19	E71	Krebserkrankung der Luftröhre, der Lunge und des Brustfells	100
20	N07	Sonstige Gebärmutter- oder Eileiteroperationen; jedoch nicht wegen Krebs (z. B. Eierstockzysten, gutartige Gebärmuttergeschwülste= Myom)	98

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
21	B80	Sonstige Kopfverletzungen (z. B. Gehirnerschütterung)	97
22	N10	Spiegelung und/ oder Gewebeprobeentnahme an der Gebärmutter; Sterilisation oder Eileiterdurchblasung	96
23	Z62	Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung	96
24	F72	In kurzer Zeit zunehmende anfallartige Schmerzen der Herzgegend (= Instabile Angina pectoris)	94
25	G47	Sonstige Magenspiegelung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	93
26	H61	Krebserkrankung der Leber, Gallenwege oder Bauchspeicheldrüse	92
27	I04	Kniegelenkersatz, Versteifung des Kniegelenks oder Wiederholungsoperationen am Knie bei komplizierten Krankheiten (z. B. bei Kniegelenkverschleiß)	92
28	O65	Sonstige vorgeburtliche stationäre Aufnahme	92
29	I03	Hüftgelenkersatz, Versteifung des Hüftgelenks oder Wiederholungsoperationen an der Hüfte bei komplizierten Krankheiten (z. B. bei Hüftgelenkverschleiß)	89
30	F71	Nicht schwere Herzrhythmusstörung oder Erkrankung der Erregungsleitbahnen des Herzens	88

A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung

ja nein

A-1.8 / 1.1.1.1 Medizinisch-therapeutische Versorgungsschwerpunkte

Besonderer Versorgungsschwerpunkt

Kardiologie
 Allgemeinchirurgie einschließlich Tumorchirurgie
 Urologie
 Hand- und periphere Nerven Chirurgie
 Minimalinvasive Chirurgie
 Brusterhaltende Chirurgie
 Plastische Chirurgie- Adipositaschirurgie
 Ambulantes Zentrum
 Diabetesbehandlung
 Onkologie



A-1.8 / 1.1.1.2 Serviceorientierte Leistungsangebote

Nr	Besonderes Leistungsangebot	Wird angeboten
01	Keine	Nein
02	Aufenthaltsräume	Ja
03	Beschwerdemanagement	Ja
04	Beschwerdestellen	Ja
05	Besondere Verpflegung möglich (vegetarisch, kosher...)	Ja
06	Besuchsdienste	Ja
07	BG-Sprechstunde	Ja
08	Bibliothek	Ja
09	Bringdienste	Ja
10	Cafeteria	Ja
11	computergestützte Patienteninformationssysteme	Nein
12	Dolmetscherdienste	Ja
13	Elektrisch verstellbare Betten	Ja
14	Fax auf dem Zimmer verfügbar	Nein
15	Fernsehanschluss am Bett/ im Zimmer	Ja
16	Fernsehen und Radio kostenlos	Ja
17	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	Ja
18	Fernsehraum auf der Station	Nein
19	Fortbildungsangebote für Patienten bzw. Öffentlichkeit	Ja
20	Freie wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	Ja
21	Friseur im Haus	Ja
22	Fußpflege im Haus	Ja
23	Internetanschluss am Bett/ im Zimmer	Nein
24	Internetzugang	Ja
25	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten	Ja
26	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)	Nein
27	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	Ja
28	Kulturelle Angebote (Klinikeigene Fernseh- und Rundfunkangebote)	Ja
29	Modem/ Notebook auf dem Zimmer verfügbar	Nein
30	Parkanlagen	Ja
31	Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventionellen / operativen Verfahren	Ja
32	Regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen für Hausärzte	Ja
33	Rundfunkempfang am Bett/ im Zimmer	Ja
34	Seelsorge/ Grüne Damen	Ja
35	Stereoanlage am Bett/ im Zimmer	Ja
36	Telefon	Ja
37	Unterbringung Begleitperson	Ja
38	Videogerät am Bett/ im Zimmer	Nein
39	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	Ja
40	Zweibettzimmer mit eigener Nasszelle Regelleistung	Ja
00	Wöchnerinnenwintergarten, Wandelhalle, Dachterasse	Ja



A-1.9 / 1.1.1.3 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten durch Krankenhäuser

Angebotene Leistung

Ambulante Operationen nach §115b SGBV
Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte nach §116 SGBV
Notfallbehandlung

A-1.9 / 1.1.1.5 Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte

Angebotenes Fachgebiet

Unfallchirurgie/Handchirurgie
Innere Medizin - Gastroenterologie
Innere Medizin - Kardiologie
D- Arzt- Sprechstunde

A-1.9 / 1.1.1.6 Ambulante Behandlung wegen Unterversorgung durch Krankenhäuser

Keine ambulante Behandlung wegen Unterversorgung

A-2.0 Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs- Arztverfahren der Berufs- genossenschaft

Abteilung	Arzt
Unfallchirurgie	Chefarzt Prof.Dr.med.habil.Henke Oberarzt Dr.med.Moor



A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung	Vorhanden	Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt
Computertomographie	Ja	Ja
Magnetresonanztomographie	Ja	Nein
Herzkatheterlabor	Ja	Nein
Szintigraphie	Nein	Nein
Positronenemissionstomographie	Nein	Nein
Elektronenzephalogramm	Nein	Nein
Angiographie	Ja	Ja
Schlaflabor	Nein	Nein
Sonografie	Ja	Ja
Röntgen	Ja	Ja
Broncho-/Endoskopie	Ja	Ja
Mikrobiologie ¹	Ja	Ja

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Therapeutische Möglichkeit	Vorhanden
Physiotherapie	Ja
Dialyse ²	Ja
Logopädie	Nein
Ergotherapie	Nein
Schmerztherapie	Ja
Eigenblutspende	Ja
Gruppenpsychotherapie	Nein
Einzelpsychotherapie	Nein
Psychoedukation	Nein
Thrombolyse	Ja
Bestrahlung	Nein
Chemotherapie	Ja
Postoperative Intensivtherapie	Ja
Endoskopie/Gastroskopie	Ja
Bewegungstherapie nach Vojta	Ja

¹ In Kooperation mit Partnerkrankenhaus

² In Kooperation mit dem Dialysezentrum Mühlhausen und der Intensivstation



B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Innere Medizin

B-1.2 / 1.1.19.2 Medizinisches Leistungsspektrum/ Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
00	Gewährleistung einer breiten internistischen Grund- und Regelversorgung
00	Behandlung gastroenterologischer, pneumologischer, onkologischer, diabetologischer und kardiologischer Krankheitsbilder
12	Dialyse
02	Abteilungseigener Facharzt nachts und an Wochenenden im Haus
35	Thrombolyse

B-1.4 / 1.1.19.3 Leistungsangebot der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
00	Patientenschulungen (Diab.mell., orale Antikoagulanzen)
08	Unterbringungsmöglichkeit von Begleitpersonen
05	Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventionellen/operativen Verfahren
07	Spezialsprechstunden für spezifische Patientengruppen
03	Beratungsangebote für spezifische Patientengruppen

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	F62	Herzermüdung, d.h. Unvermögen des Herzens, den erforderlichen Blutausswurf aufzubringen (= Herzinsuffizienz) oder Kreislaufkollaps	250
2	K60	Zuckerkrankheit (= Diabetes)	153
3	G60	Krebserkrankung der Verdauungsorgane	152
4	F67	Bluthochdruck	150
5	B70	Schlaganfall	134
6	E65	Krankheiten der Atemwege mit erschwelter Ausatmung und vermehrter Luftansammlung im Lungengewebe (= Asthma, COPD)	108
7	G48	Dickdarmspiegelung	101
8	E71	Krebserkrankung der Luftröhre, der Lunge und des Brustfells	95
9	H61	Krebserkrankung der Leber, Gallenwege oder Bauchspeicheldrüse	91
10	F72	In kurzer Zeit zunehmende anfallartige Schmerzen in der Herzgegend (= instabile Angina pectoris)	90

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

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	I50	192	Herzschwäche (=Herzinsuffizienz)
2	E11	169	Zuckerkrankheit (=Typ II Diabetes, ohne Insulinabhängigkeit)
3	I20	143	anfallartige Schmerzen in der Herzgegend (=Angina pectoris, z.B. mit typischen Ausstrahlungen in den linken Arm)
4	I63	119	Schlaganfall aufgrund eines Hirngefäßverschlusses
5	I10	116	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
6	I11	109	Herzerkrankung aufgrund von Bluthochdruck
7	J44	109	Sonstige chronische Lungenkrankheiten mit erhöhtem Atemwegswiderstand
8	I48	91	Herzrhythmusstörung in den Herzvorhöfen (=Vorhofflattern oder Vorhofflimmern)
9	I21	88	Akuter Herzinfarkt
10	C78	79	Krebs-Absiedelungen (=Metastasen) in den Atmungs- und Verdauungsorganen (z.B. Gehirnkrebsabsiedelung in der Lunge)

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

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5377	59	Einpflanzung eines Herzschrittmachers und Defibrillator
2	8930	30	Bildliche Darstellung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Lungenarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
3	5378	25	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillator
4	5399	8	Andere Operationen an Blutgefäßen
5	5865	8	Operative Entfernung und Abtrennung eines Gliedes im Gelenk am Fuß
6	5511	6	Entfernung der Gallenblase
7	8800	6	Übertragung von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
8	8831	6	Legen, Wechsel und Entfernung eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
9	5455	4	teilweise chirurgische Entfernung des Dickdarms
10	5550	4	Harnableitung durch Nierenpunktion, Steinentfernung und Nierenbeckenoperation



B-1.1 I.M. SP Kardiologie

B-1.2 / 1.1.19.2 Medizinisches Leistungsspektrum/ Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
00	Herzkathetermessplatz
00	Herzschrittmacher- und Defibrillatorimplantation
00	Regelversorgung aller kardiologischen Krankheitsbilder
02	Abteilungseigener Facharzt nachts und an Wochenenden im Haus
00	Kardiologischer Wachbereich

B-1.1 I.M. SP Hämatologie/Internist. Onkologie

B-1.2 / 1.1.19.2 Medizinisches Leistungsspektrum/ Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
00	Chemotherapie
31	Schmerztherapie
32	Sozialdienst
37	Vermittlungshilfe zu Selbsthilfegruppen (z.B. bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Stomaträgern)
36	Überleitungspflege

B-1.1 I.M. SP Gastroenterologie

B-1.2 / 1.1.19.2 Medizinisches Leistungsspektrum/ Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
00	Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane in Kooperation mit der Chirurgie
00	24-Stunden pH- Metrie
16	Ernährungs-/Diätberatung
02	Abteilungseigener Facharzt nachts und an Wochenenden im Haus
28	Physiotherapie

B-1.1 I.M. SP Diabetes

B-1.2 / 1.1.19.2 Medizinisches Leistungsspektrum/ Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
02	Abteilungseigener Facharzt nachts und an Wochenenden im Haus
11	Diabetesschulung
16	Ernährungs-/Diätberatung
36	Überleitungspflege
37	Vermittlungshilfe zu Selbsthilfegruppen

B-1.1 Allgemeine Chirurgie

B-1.2 / 1.1.19.2 Medizinisches Leistungsspektrum/ Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
00	Gesamtspektrum der Allgemein- und Visceralchirurgie, Unfallchirurgie, Peripheren Nerven- und Handchirurgie, Kinderchirurgie
00	Plastische Chirurgie, Magenbandoperation , Fettabsaugung
24	Minimalinvasive Eingriffe
17	Facharzt 24 Std. in der Abteilung
05	Anästhesist 24 Std. im Haus

B-1.4 / 1.1.19.3 Leistungsangebot der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
00	Ambulantes Zentrum
08	Unterbringungsmöglichkeit von Begleitpersonen
05	Patienteninformationsmaterial: Falblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventionellen/operativen Verfahren
07	Spezialsprechstunden für spezifische Patientengruppen
03	Beratungsangebote für spezifische Patientengruppen

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	G07	Blinddarmentfernung	140
2	H08	Gallenblasenentfernung mittels Schlüsselloch- Operation (= laparoskopische Gallenblasenentfernung)	126
3	I13	Operationen am Oberarm, am Schienbein, am Wadenbein oder am Sprunggelenk	120
4	K10	Sonstige Operationen an der Schilddrüse, Nebenschilddrüse oder Halsfistel; jedoch nicht bei Krebserkrankung (z.B. ernährungsbedingte Jod- Mangel Schilddrüsenvergrößerung= Struma)	107
5	G09	Operationen von Eingeweidebrüchen (= Hernien), die am Leisten- oder Schenkelband austreten	105
6	G67	Speiseröhrenentzündung, Magen- Darm- Infekt oder verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane	97
7	B80	Sonstige Kopfverletzungen (z. B. Gehirnerschütterung)	94
8	I04	Kniegelenkersatz, Versteifung des Kniegelenks oder Wiederholungsoperationen am Knie bei komplizierten Krankheiten (z. B. bei Kniegelenkverschleiß)	89
9	I03	Hüftgelenkersatz, Versteifung des Kniegelenks oder Wiederholungsoperationen an der Hüfte bei komplizierten Krankheiten (z. B. bei Hüftgelenkverschleiß)	88
10	I32	Komplexe Operationen an Handgelenk oder Hand	85

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

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	K80	145	Gallensteinleiden
2	K35	114	Akute Blinddarmentzündung
3	M17	113	Chronischer Kniegelenksverschleiß mit zunehmender Gelenkversteifung (=Arthrose)
4	K40	107	Eingeweidebruch (=Hernie) an der Leiste
5	S06	98	Verletzungen innerhalb des Schädels
6	S82	89	Unterschenkelbruch, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
7	E04	86	Vergrößerung der Schilddrüse, ohne Überfunktion der Schilddrüse (z.B. wegen Jodmangel)
8	S72	74	Oberschenkelbruch
9	M16	71	Chronischer Hüftgelenksverschleiß mit zunehmender Gelenkversteifung (=Arthrose)
10	Z08	69	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen Krebserkrankung

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

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5511	155	Eröffnung u. Ausräumung einer entzündeten steingefüllten Gallenblase
2	5470	139	operative Entfernung des entzündeten Wurmfortsatzes
3	5062	108	Andere teilweise chirurgische Entfernung der Schilddrüsen
4	5893	107	Chirurgische Wundtoilette und Entfernung von erkranktem Gewebe der Haut und Unterhaut
5	5530	102	Verschluss eines Leistenbruches
6	5822	92	Einpflanzung eines Ersatzstückes (= Endoprothese) am Kniegelenk
7	5820	88	Einpflanzung eines Ersatzstückes (= Endoprothese) am Hüftgelenk
8	5790	84	Geschlossene Wiedereinbringung eines Knochenbruch oder Knochenlösung durch operative Behandlung
9	5800	55	Offen chirurgische Prüfung eines Gelenkes
10	5787	49	Entfernung von Knochenbruchmaterial



B-1.1 Allg. Chirurgie/ SP Unfallchirurgie

B-1.2 / 1.1.19.2 Medizinisches Leistungsspektrum/ Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
38	Versorgung von Schädel- Hirn- Verletzen
00	Unfallverletztenverfahren
00	Hand- und periphere Nerven Chirurgie
00	Hüft-, Schulter- und Kniegelenkersatz
00	Cell- Saver- Verfahren

B-1.1 Allg. Chirurgie/ SP Plast. Chirurgie

B-1.2 / 1.1.19.2 Medizinisches Leistungsspektrum/ Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
00	Magenbandoperation
00	Fettschürzenreduktion
00	Fettabsaugung

B-1.1 Allg. Chirur./ SP Abdom.-/Gefäßchirurgie

B-1.2 / 1.1.19.2 Medizinisches Leistungsspektrum/ Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
00	Minimalinvasive visceralchirurgische Verfahren
00	Fast trac - Chirurgie
00	Krampfaderoperationen
00	Strumachirurgie
00	Tumorchirurgie

B-1.1 Allg. Chirurgie/ SP Handchirurgie

B-1.2 / 1.1.19.2 Medizinisches Leistungsspektrum/ Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
00	OP des Carpaltunnelsyndrom
00	OP der dupuytrenschen Kontraktur
00	Fingergelenkendoprothetik
00	Sehnenganglienentfernung
00	Korrekturoperationen

B-1.1 Urologie

B-1.2 / 1.1.19.2 Medizinisches Leistungsspektrum/ Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
00	Tumorchirurgie der Harnblase
00	Tumorchirurgie der Prostata
00	Inkontinenzoperation bei Frauen (TVT)
00	TUR der Prostata
00	Operationen an Nieren und ableitenden Harnwegen

B-1.4 / 1.1.19.3 Leistungsangebot der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
00	Umfassende Inkontinenztherapie
08	Unterbringungsmöglichkeit von Begleitpersonen
05	Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventinellen/ operativen Verfahren
07	Spezialsprechstunden für spezifische Patientengruppen
03	Beratungsangebote für spezifische Patientengruppen (z.B. Inkontinenzberatung)

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	M01	Große Operationen an den Beckenorganen beim Mann	52
2	N06	Wiederherstellungsoperation der weiblichen Geschlechtsorgane	46
3	M02	Entfernung der Vorsteherdrüse (= Prostata) oder Teilen der Prostata mittels einer Operation durch die Harnröhre	43
4	L07	Operationen durch die Harnröhre, jedoch nicht an der Prostata	41
5	M04	Operationen am Hoden	27
6	L08	Operationen an der Harnröhre	15
7	M03	Operationen am Penis	12
8	L06	Kleine Operationen an der Harnblase	11
9	L03	Operationen an Nieren, Harnleitern oder große Operationen an der Harnblase bei Krebs	9
10	N04	Gebärmutterentfernung, jedoch nicht wegen Gebärmutterkrebs	9

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

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	N40	85	Vergrößerung der Vorsteherdrüse (=Prostata)
2	C67	39	Harnblasenkrebs
3	N39	39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems (.z.B. Harnwegsinfektion, unfreiwilliger Harnverlust)
4	C61	22	Vorsteherdrüsenkrebs
5	N81	19	Vorfall von Genitalorganen der Frau (z.B. der Gebärmutter) durch die Scheideöffnung
6	N13	18	Erkrankung mit Harnverhalt und/oder Harnrücklauf in den Harnleiter
7	N35	15	Verengung der Harnröhre
8	N43	13	Wasser- und Samenbruch
9	N20	10	Nieren- und Harnleitersteine
10	N32	7	Sonstige Krankheiten der Harnblase

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

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5601	54	Transurethrale chirurgische Entfernung und Vernichtung von Prostatagewebe
2	5573	44	Transurethrale Einschnitt, chirurgische Ausschneidung, Vernichtung und Entfernung von (erkranktem) Gewebe der Harnblase
3	5603	41	Offen chirurgische Entfernung und Vernichtung von Prostatagewebe
4	5594	23	suprapubische Zügeloperation
5	5604	16	Radikale Prostatavesikulektomie
6	8137	16	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Harnleiterschiene
7	5554	13	Operative Entfernung einer Niere
8	5593	13	Zügeloperation durch die Scheide
9	5704	13	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenplastik
10	5585	11	Transurethrale Einschnitt von (erkranktem) Gewebe der Urethra

B-1.1 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-1.2 / 1.1.19.2 Medizinisches Leistungsspektrum/ Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
00	Operative Therapie von gut- und bösartigen Veränderungen des weiblichen Genitale mit großem Anteil an laparoskopischen und vaginalen OP-Methoden
00	Mammachirurgie bei bösartiger Erkrankung der Mamma
00	Mammareduktionsplastiken
25	Misgav- Ladach- Kaiserschnitt
00	Periduralanästhesie bei Sectio

B-1.4 / 1.1.19.3 Leistungsangebot der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
00	Ambulantes Operieren und Entbindung
08	Unterbringungsmöglichkeit von Begleitpersonen
05	Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventionellen/operativen Verfahren
06	Rooming in
03	Beratungsangebote für spezifische Patientengruppen (z.B. Stillberatung, Inkontinenzberatung.)

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	P67	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht über 2499g, ohne größeren Operativen Eingriff oder Langzeitbeatmung	341
2	O60	Normale Entbindung	318
3	O40	Fehlgeburt mit Gebärmutterdehnung; Ausschabung; Absaugen oder Schnittbindung	146
4	N04	Gebärmutterentfernung, jedoch nicht wegen Gebärmutterkrebs	144
5	N07	Sonstige Gebärmutter- oder Eileiteroperationen; jedoch nicht wegen Krebs (z.B. Eierstockzysten, gutartige Gebärmuttergeschwülste= Myom)	97
6	N10	Spiegelung und/ oder Gewebeprobeentnahme an der Gebärmutter; Sterilisation oder Eileiterdurchblasung	96
7	O65	Sonstige vorgeburtliche stationäre Aufnahme	91
8	J13	Kleine Operationen an der weiblichen Brust außer bei Krebserkrankung	70
9	J06	große Operationen an der weiblichen Brust bei Krebserkrankung	52
10	N09	Sonstige Operationen an Scheide, Gebärmutterhals oder Schamlippen	46



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

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	O70	117	Dammriss unter der Geburt
2	D25	85	Gutartige Geschwulst des Gebärmuttermuskels (=Myom)
3	O40	85	Fehlgeburt mit Gebärmutterdehnung, Ausschabung, Absaugen oder Schnittbindung
4	O80	74	Spontangeburt eines Einlings
5	N92	65	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation
6	C50	63	Brustkrebs
7	O48	63	Übertragene Schwangerschaft
8	N83	61	Nichtentzündliche Krankheiten der Eierstöcke, der Eileiter und der Gebärmutterbänder (v.a. Eierstockzysten)
9	N81	46	Vorfall von Genitalorganen der Frau (z.B. der Gebärmutter) durch die Scheideöffnung
10	D24	42	Gutartige Neubildung der Brustdrüse

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

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5683	141	Entfernung der Gebärmutter
2	5690	95	Therapeutische Gewebsentfernung aus der Gebärmutter
3	5870	90	teilweise chirurgische Entfernung der Brustdrüse und Vernichtung von Brustdrüsen-gewebe ohne Entfernung von Lymphknoten an der seitlichen Brustwand
4	1471	89	Untersuchung von Gewebe, ohne Einschnitt in das Gewebe an der Schleimhaut des Gebärmutterkörper
5	5751	61	Entfernung von Gewebe zur Beendigung der Schwangerschaft
6	5651	44	okale chirurgische Entfernung und Vernichtung von Eierstockgewebe
7	5681	35	chirurgische Entfernung und Vernichtung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter
8	5871	33	teilweise chirurgische Entfernung der Brustdrüse und Vernichtung von Brustdrüsen-gewebe mit Entfernung von Lymphknoten an der seitlichen Brustwand
9	5671	25	Entnahme eines kegelförmigen Gewebestückes aus dem Gebärmutterhals zur histolog. Untersuchung
10	5740	24	Klassische Schnittbindung

B-1.1 Augenheilkunde

B-1.2 / 1.1.19.2 Medizinisches Leistungsspektrum/ Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
00	Hornhauttransplantationen
00	Kataraktoperationen
00	Glaukomoperationen
00	Schielopoperationen
00	Lidoperationen

B-1.4 / 1.1.19.3 Leistungsangebot der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
00	Spezielle mikrochirurgische Techniken
02	Allgemeine Sprechstunden
03	Beratungsangebote für spezifische Patientengruppen
05	Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventinellen/operativen Verfahren
08	Unterbringungsmöglichkeit von Begleitpersonen

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	C10	Operationen bei Schielen	4
2	C13	Operationen an Tränendrüse oder Tränenwegen des Auges	1

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

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	H50	3	sonstiges Schielen
2	H49	1	Lähmungsschielen
3	Q10	1	Angeborene Fehlbildungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Augenhöhle

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

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klerschrift (deutsch)
1	5100	3	Verstärkende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel
2	5086	1	Wiederherstellung des Tränenkanals und Tränenpunktes
3	5102	1	Schwächende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel

B-1.1 Intensivmedizin

B-1.2 / 1.1.19.2 Medizinisches Leistungsspektrum/ Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
00	Intensivtherapie- und Überwachung nach modernsten Verfahren
00	Beatmungstherapie
00	Nierenersatztherapie
00	Bedarfsadaptierte Infusions- und Sondenernährung
00	Spezielle schmerztherapeutische Verfahren

B-1.4 / 1.1.19.3 Leistungsangebot der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
00	Eigenblutspende
03	Beratungsangebote für spezifische Patientengruppen
05	Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventinellen/operativen Verfahren
00	Spezielle Angsttherapie bei diagnostischen Maßnahmen

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	F60	Kreislaufkrankungen mit akutem Herzinfarkt, ohne invasive kardiologische Diagnostik (z.B. Herzkatheter)	34
2	B70	Schlaganfall	14
3	F62	Herzermüdung, d.h. Unvermögen des Herzens, den erforderlichen Blutausswurf aufzubringen (= Herzinsuffizienz) oder Kreislaufkollaps	12
4	V60	Alkoholvergiftung oder -entzug	9
5	X62	Vergiftungen/ giftige Wirkungen von Drogen, Medikamenten oder anderen Substanzen	9

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
6	A13	Langzeitbeatmung über 95 und unter 144 Stunden	8
7	A12	Langzeitbeatmung über 143 und unter 264 Stunden	6
8	E40	Krankheiten der Atmungsorgane mit maschineller Beatmung	6
9	F70	Schwere Herzrhythmusstörung oder Herzstillstand	5
10	G02	Große Operationen an Dünn- oder Dickdarm	5

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

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klerschrift (deutsch)
1	I21	56	Akuter Herzinfarkt
2	I50	17	Herzschwäche (=Herzinsuffizienz)
3	F10	9	Psychische und/oder Verhaltensstörungen durch Alkohol
4	I20	9	anfallartige Schmerzen in der Herzgegend (=Angina pectoris, z.B. mit typischen Ausstrahlungen in den linken Arm)
5	I63	7	Schlaganfall aufgrund eines Hirngefäßverschlusses
6	I61	6	Blutungen aus den Hirngefäßen in das Gehirn oder in dessen Ventrikelsystem
7	T42	6	Vergiftung durch Medikamente (z.B. Antiepileptika, Hypnotika und Antiparkinsonmittel)
8	K56	5	Lebensbedrohliche Unterbrechung der Darmpassage aufgrund einer Darmlähmung und/oder eines Passagehindernisses
9	A41	4	Sonstige Blutvergiftung
10	E11	4	Zuckerkrankheit (=Typ II Diabetes, ohne Insulinabhängigkeit)

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

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5377	2	Einpflanzung eines Herzschrittmachers und Defibrillator
2	8930	2	Bildliche Darstellung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Lungenarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
3	1699	1	Anderer diagnostische Endoskopie durch Punktion, Einschnitt und während der Operation
4	5311	1	vorübergehender Luftröhrenschnitt
5	5312	1	dauerhafter Luftröhrenschnitt
6	5389	1	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen
7	5511	1	Eröffnung u. Ausräumung einer entzündeten steingefüllten Gallenblase
8	5576	1	operative Entfernung einer Zyste
9	5790	1	Geschlossene Wiedereinbringung eines Knochenbruch oder Knochenlösung durch operative Behandlung

B-1.1 Radiologie

B-1.2 / 1.1.19.2 Medizinisches Leistungsspektrum/ Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
00	Gesamtes Spektrum der konventionellen Röntgendiagnostik
00	Spiral- CT
00	Durchleuchtung
00	Mammografie
00	MRT, Angio- MRT

B-1.4 / 1.1.19.3 Leistungsangebot der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
05	Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventionellen/operativen Verfahren

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 / 1.1.1.4 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

EBM	Erbrachte Fallzahl gesamt
2275	565
2220	308
2273	139
2361	128
2256	89
1741	80
2449	69
1104	63
2276	52
2105	45
2445	40
2467	37
2351	26
1111	18
2420	15
2930	14
2300	13
183	12
1768	9
195	5

B-2.2 (je FA) Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilungen im Berichtsjahr

Schl. nach § 301 SGB V	Fachabteilung		EBM- Nummer (vollstel- lig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
1500	Allgemeine Chirurgie	1	2275	Druckentlastung des Armgeflecht	565
		2	2220	erkrankte Sehnenscheidenentfernung	233
		3	2273	Durchtrennung des Kontrakturstrangs	139
		4	2361	Implantatenentfernung	128
		5	2256	Sehnen Operation Hand	89
2200	Urologie	1	1741	Operation bei Verengung der Vorhaut des Penis	63
		2	183	Entfernung eines 2-3 cm langen Stückes aus dem Samenleiter	12
		3	1768	Leistenhoden	9
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1	1104	unterteilte Ausschabung	63
		2	1111	endoskopische Untersuchung der Gebärmutterhöhle mit Ausschabung	18
		3	195	Unterbrechung	5
		4	95	undefinierter Eingriff	5
		5	1111	endoskopische Untersuchung der Gebärmutterhöhle mit Polypenentfernung	4
2700	Augenheilkunde	1	1306	Korrekturoperationen	5

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl für das Berichtsjahr)

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V) 0
 Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V) 0

B-2.3 / 1.1.1.7 Fachgebiet/Kliniken mit Hochschulambulanz §117 SGB V

Fachgebiet / Kliniken mit Hochschulambulanz Fallzahl

keine / keine



B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl der Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
0100	Innere Medizin	16,00	10,00	6,00
1500	Allgemeine Chirurgie	14,00	3,00	11,00
2200	Urologie			
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	6,00	3,00	3,00
2700	Augenheilkunde			
3600	Intensivmedizin	6,00	3,00	3,00
	Gesamt	42,00	19,00	23,00

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 7

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil der examinierten Krankenschwestern/-pfleger (3 Jahre)	Prozentualer Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/ in (1 Jahr)
0100	Innere Medizin	42	100	6,86	
1500	Allgemeine Chirurgie	28	96,43	15,69	3,57
2200	Urologie		100		
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13	100	3,92	
2700	Augenheilkunde		100		
3600	Intensivmedizin	19	100	6,86	
	Gesamt	102,00	99	6	1



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	
				Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie	Nein	Nein		
2	Cholezystektomie	Ja	Ja	100,00	100,00
3	Gynäkologische Operationen	Ja	Ja	100,00	94,7
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation	Ja	Ja	100,00	95,5
5	Herzschrittmacher- Aggregatwechsel	Ja	Ja	100,00	100,00
6	Herzschrittmacher-Revision	Ja	Ja	100,00	74,00
7	Herztransplantation	Nein	Nein		
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	Ja	Ja	78,26	95,9
9	Hüft- Totalendoprothesen-Wechsel	Ja	Ja	83,58	92,4
10	Karotis-Rekonstruktion	Nein	Nein		
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	Ja	Ja	84,62	98,6
12	Knie- Totalendoprothesen-Wechsel	Ja	Ja	100,00	97,4
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen- Chirurgie	Nein	Nein		
14	Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	Nein	Nein		
15	Koronarchirurgie	Nein	Nein		
16	Mammachirurgie	Ja	Ja	100,00	91,7
17	Perinatalmedizin	Nein			
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	Nein			
19	Totalendoprothese (TEP bei Koxarthrose)	Nein			
20	Gesamt			94,65	



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

C-3 / 1.1.1.16 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)

QS Ja/ Nein Leistungsbereich
Nein

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

C-4 / 1.1.1.17 Leistungsbereiche Krankenhaus QS-DMP

Leistungsbereich
DMP Diabetes mellitus Typ 2
DMP Koronare Herzerkrankung

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

Leistung ¹	OPS der einbezogenen Leistungen ¹	Mindestmenge ¹ (pro Jahr)	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
		pro KH / pro gelistetem Operateur ²		pro KH (4a)/ pro gelistetem Operateur (4b) ²		
1a	1b	2	3	4a	4b	5
01 Lebertransplantation		10	Nein			
02 Nierentransplantation		20	Nein			
03 Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus		5/5	Nein			
04 Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	5-521.0 5-521.1	5/5	Ja Ja Ja	1 1	1 1	
05 Stammzellentransplantation		12+/- 2 [10-14]	Nein			

¹ Jeweils entsprechend der im Berichtsjahr geltenden Anzeige 1 zur Vereinbarung über Mindestmengen nach § 137 Abs.1 S.3 Nr.3 SGB V.

² Angabe jeweils bezogen auf den Arzt/Operateur, der diese Leistung erbringt.

C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung, die erbracht werden, obwohl das Krankenhaus/der Arzt die dafür vereinbarten Mindestmengen unterschreitet, sind an dieser Stelle unter Angabe des jeweiligen Berechtigungsgrundes zu benennen (Ausnahmetatbestände gem. Anlage 2 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V, Votum der Landesbehörde auf Antrag nach § 137 Abs. 1 S. 5 SGB V)

Für diese Leistungen ist hier gem. § 6 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 jeweils auch darzustellen, mit welchen ergänzenden Maßnahmen die Versorgungsqualität sichergestellt wird.

04 Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas

Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand

Teilnahme an der Prospektiven Evaluationsstudie Elektive Pankreaschirurgie (PEEP) der Ostdeutschen Arbeitsgruppe für „Qualitätssicherung und regionale Entwicklung der Chirurgie“ e.V. mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung

Über die PEEP- Studie

Befreiendes Votum der Landesbehörde nach Antrag: Nein



Systemteil

Im ersten Teil dieses Berichts wurden Ihnen im Wesentlichen die „in Zahlen messbaren“ Leistungen unseres Klinikums aufgezeigt.

Der zweite Teil stellt nun dar, wie und mit welchen Mitteln wir diese Leistungen erbringen und wie wir sicherstellen, dass dies auch qualitativ hochwertig geschieht.

D **Qualitätspolitik**

Unter Qualitätspolitik verstehen wir die Gesamtheit der Maßnahmen zur Förderung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, Patienten- bzw. Kundenzufriedenheit, Wirtschaftlichkeit, Mitarbeiterzufriedenheit und gesellschaftlichem Ansehen unserer Klinik.

Die Qualitätspolitik hat Leitbildfunktion und trägt dazu bei, den Bestand des Unternehmens langfristig zu sichern.

Qualitätsphilosophie/ Leitbild

Die Grundsätze unserer Qualitätspolitik und die Inhalte unserer Qualitätsphilosophie sind in unseren Leitbildern und damit auf höchster Ebene verankert. Ziel und Zweck unserer leitbildorientierten Arbeit ist die grundlegende Ausrichtung an übergeordneten Wertmaßstäben zum Wohle von Patienten und Mitarbeitern.

Die Leitbilder unserer Klinik wurden von den Mitarbeitern mitgestaltet und sind eine Richtschnur für unser tägliches Handeln.

„Unser umfassendes, von allen Mitarbeitern getragenes Qualitätsmanagement, führt zu kontinuierlicher Qualitätsverbesserung und zur optimalen Nutzung vorhandener Ressourcen zum Wohl unserer Patienten...“

(aus unserem Leitbild)

Qualitätsmanagementansatz des Klinikums

Ausgehend von unserem Zentralen Leitbild verfolgt unser Qualitätsmanagementansatz u.a. folgende Ziele:

• Patienten- und Kundenorientierung

„Im Interesse einer stetigen Optimierung der Patientenversorgung arbeiten wir eng mit niedergelassenen Ärzten, benachbarten Kliniken und Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen zusammen.“

Grundlage unseres Dienstleistungsverständnisses ist eine umfassende Patienten- und Kundenorientierung. Dabei verstehen wir neben unseren Patienten auch Angehörige, einweisende Ärzte und Kostenträger sowie alle weiteren Kooperationspartner als Kunden unseres Hauses.

Unsere Patienten in ihrer Individualität und mit ihren körperlichen und seelischen Bedürfnissen stehen im Mittelpunkt unseres Denkens und Handelns. Dabei wird die Persönlichkeit des Menschen von uns in seiner gesamten Lebensspanne geachtet.



„Das Hufeland Krankenhaus und das Unstrut-Hainich Kreiskrankenhaus sind der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Region und über diese hinaus verpflichtet. Die Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit der Patienten sind unsere vorrangigen Ziele. Dabei steht der Patient in seiner Eigenschaft als Mensch im Mittelpunkt all unseres Handelns.“

• Verantwortung und Führung

„Wir pflegen einen berufsgruppenübergreifenden kollegialen Umgang, der geprägt ist von gegenseitiger Achtung und Teamgeist im Interesse unserer Patienten und der Zukunft beider Häuser; wir tolerieren dabei kein egoistisches und unkollegiales Verhalten“

Unsere Führungskräfte wissen um ihre Vorbildfunktion hinsichtlich der Ziele und des Leitbildes unseres Hauses.

Führung beinhaltet für uns, zukunftsorientiert und offen für Neues zu sein. Unsere Führungskräfte sind verantwortlich für einen kooperativen Führungsstil. Das beinhaltet auch, das eigene Verhalten selbstkritisch zu reflektieren sowie die Leistungen der Mitarbeiter zu würdigen und deren Motivation und Fähigkeiten zu fördern.

• Wirtschaftlichkeit

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseres Klinikums sind sich ihrer hohen Verantwortung im Umgang mit den bereitgestellten Finanz- und Sachmitteln bewusst. Sie sind bemüht, hierfür den größtmöglichen gesundheitlichen Nutzen für die Patientinnen und Patienten zu erwirtschaften.

• Prozessorientierung

Bei unserer Arbeit denken wir in Prozessabläufen, haben diese strukturiert und arbeiten regelmäßig an ihrer Verbesserung. Prozesse werden so strukturiert, dass unsere Ziele möglichst effizient erreicht werden. Die Prozesse werden mittels Bewertung und Messung regelmäßig evaluiert.

• Mitarbeiterorientierung und -beteiligung

„Unsere Mitarbeiter identifizieren sich mit den Krankenhäusern und ihren Zielen. Die Krankenhäuser bieten jedem Mitarbeiter die Möglichkeit zu einer seinen Fähigkeiten entsprechenden Entwicklung und fördern ihn individuell.“

Jeder Mitarbeiter ist ein wichtiger Teil des Unternehmens. Wir können unsere Aufgaben nur gemeinsam erfüllen, indem jeder seine Fähigkeiten einbringt, die Kompetenz des jeweils anderen wertschätzt und ihn dabei mit Respekt und Höflichkeit begegnet. Konflikte und Probleme werden offen angesprochen und in einem partnerschaftlichen Dialog gelöst.

Die berufliche und persönliche Weiterentwicklung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und deren Kreativität werden mit den Entwicklungsplanungen des Unternehmens abgestimmt und von diesem unterstützt.

• Zielorientierung und Flexibilität

Ziel aller Aktivitäten des Klinikums ist es, gemäß dem gesetzlichen Auftrag nach §12 SGB V für die Menschen der Stadt, der Region und auch darüber hinaus medizinische Dienstleistungen in Diagnostik, Therapie, Pflege und allgemeinem Service wirtschaftlich und in hoher Qualität nach dem jeweiligen Stand wissenschaftlicher Erkenntnis, zu erbringen und den Wünschen bzw. Erfordernissen seiner Kunden gerecht zu werden.



• Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

Unser Ziel ist es, durch die Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie durch Optimierung der Strukturen und Prozesse, Fehler zu vermeiden. Schwachstellen werden analysiert, um sie durch geeignete Maßnahmen zu beheben.

• Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Nach dem Prinzip: „Nur was wir messen, können wir verbessern“ vergleichen wir unsere Leistungen im Rahmen des „Regionalen Qualitätsverbund Nordhessen“ mit anderen Mitgliedshäusern, um von den besten zu lernen.

Vierteljährliche Treffen der Qualitätsbeauftragten aller Mitgliedshäuser fördern außerdem den Erfahrungs- und Informationsaustausch zu aktuellen Gesundheitsthemen.

Qualitätsziele

Vor dem Hintergrund von Leitbild und QM-Ansatz definieren Klinikleitung und Führungskräfte jährlich sowohl übergeordnete als auch bereichsbezogene Qualitätsziele.

Für jedes Ziel werden konkrete Maßnahmen, Verantwortlichkeiten und Laufzeiten für die Umsetzung festgelegt.

Auszug aus unseren Qualitätszielen 2004

1. Übergeordnete Ziele:

- Fortführung des 2. Bauabschnittes des Erweiterungsbaues
- Vorbereitung zur Implementierung einer Intermediate-Care-Station
- Neustrukturierung der Inneren Medizin mit kardiologischem Schwerpunkt
- Verbesserung der Diagnostik durch Einrichtung eines Linksherzkatheter-Messplatzes
- Erwerb eines offenen MRT in neuester Technologie
- Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums mit niedergelassenen Radiologen/ Urologen
- Öffnung für ambulantes Operieren
- Ausweitung der Kooperation mit niedergelassenen Ärzten
- Einführung eines Qualitätsmanagementsystems unter Einbeziehung aller Bereiche und Ebenen
- Weiterentwicklung der Zusammenführung mit der Tochtergesellschaft Unstrut- Hainich Kreiskrankenhaus gGmbH

2. Bereichsbezogene Ziele:

- Erarbeitung eines strukturierten Konzeptes zu Informationsinhalten und Informationswegen von der Geschäftsleitung zu den Führungskräften; Dezember 2004 - Februar 2005
- Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Pflege- und Funktionsabteilungen; November 2004 - Februar 2005
- Entwicklung eines Kommunikationsleitbildes mit konkreten Umsetzungsvorschlägen; November 2004 - März 2005
- Vorbereitung und Durchführung einer Einweiserbefragung; November 2004 - Mai 2005
- Vorbereitung und Durchführung einer Mitarbeiterbefragung; November 2004 - Juni 2005



Kommunikation der Qualitätspolitik

Die Kommunikation der Qualitätspolitik orientiert sich am zentralen Kommunikationsleitbild und unseren Qualitätszielen.

„Wir entwickeln unsere beiden Krankenhäuser zu einem Gesundheitszentrum, das mehr ist als ein Krankenhaus. Dazu brauchen wir eine gute Kommunikationskultur.“

Für eine umfassende interne und externe Information unserer Qualitätspolitik wurden neue Informationsstrukturen geschaffen und bewährte Informationswege erweitert. Auf jährlich stattfindenden interprofessionellen Zielkonferenzen beschließen die Führungskräfte beider Häuser gemeinsam mit Belegärzten und kooperierenden Ärzten künftige Qualitätsziele und beurteilen die erreichten Ergebnisse. Diese sowie alle anderen Aktivitäten des QM-Projektes werden über Intranet und Aushänge bekannt gemacht. Ferner ist unsere Qualitätspolitik auch auf der Homepage einsehbar und wird auf Flyern im Foyer des Klinikums ausgelegt.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

Im Folgenden werden der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in unserem Klinikum beschrieben und die Maßnahmen von Selbst- oder Fremdbewertungen, z.B. einer externen Zertifizierung, dargestellt.

E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Das Klinikum begann im Frühjahr 2004 mit der Einführung eines Qualitätsmanagements (QM).

Aufbauschritte des Qualitätsmanagements

• Startphase

In der Startphase (2 Monate) wurden mit der Benennung der QM-Projektleitung die Weichen für den inhaltlichen und zeitlichen Ablauf Richtung QM-Zertifizierung gestellt. Anschließend wurden alle Klinikmitarbeiter auf Informationsveranstaltungen über die Ziele und Wege des QM-Systems informiert.

• Pilotphase

In der anschließenden Pilotphase (ca. 8-10 Monate) beantworteten speziell geschulte Mitarbeiter den umfangreichen Fragenkatalog (700 Fragen), bei dem Struktur- und Ablaufqualität der Klinik auf dem Prüfstand stehen. Sich hier ergebende Schwachstellen werden als Verbesserungsbedarf benannt und priorisiert. Für wichtige Schwachstellen werden in Qualitätsteams Lösungen erarbeitet, die auch in der QM-Managementdokumentation festgehalten werden.



Beispiele für erarbeitete Lösungen von Q-Teams:

Strukturierte Informationsweiterleitung von der Geschäftsführung an die Führungskräfte schafft Transparenz und Motivation

Einführung einer PC-gestützten Leistungsanforderung für Physiotherapie und Röntgen spart personelle und materielle Ressourcen

• Zertifizierungsphase

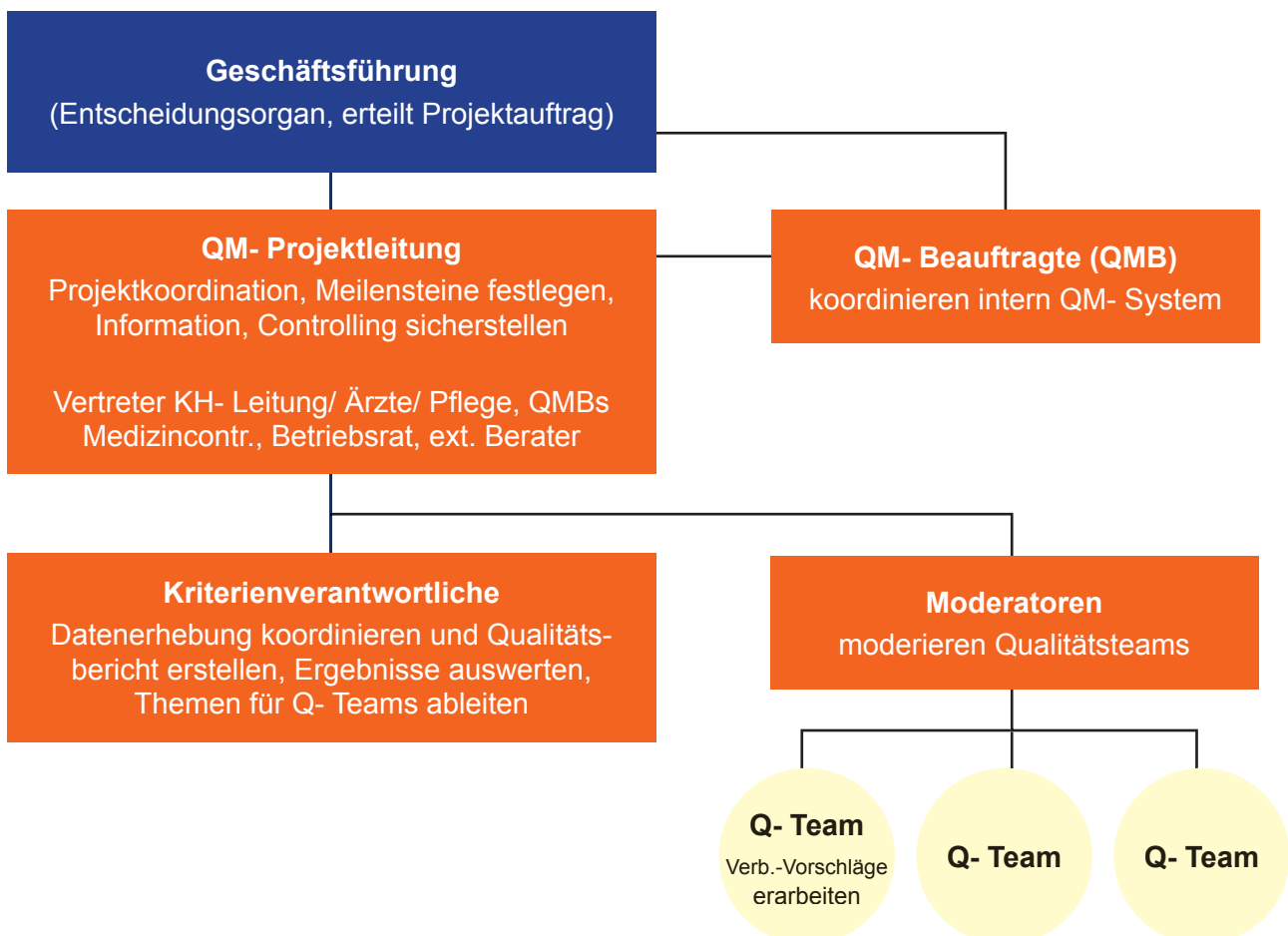
In der Zertifizierungsphase stehen die Vorbereitungen zur QM- Zertifizierung im Vordergrund. Mit der Qualifikation und aktiven Einbindung von ca. 70 Mitarbeitern in diverse Aufgabengebiete im QM- System wurde ein hoher Durchdringungsgrad bei den Mitarbeitern erreicht und das QM- Projekt berufsgruppenübergreifend im Haus verankert.

Aufgaben der Gremien im Qualitätsmanagement-System

Das QM- System hilft, Abläufe und Prozesse transparenter und optimaler zu gestalten. Eine eigens für das QM- System formulierte Geschäftsordnung regelt Strukturen, Verantwortlichkeiten und Aufgaben der hierfür erforderlichen QM- Gremien.

Aufgabe der QM- Gremien ist es, das QM- System einzuführen und nach erfolgter Einführung im Routinebetrieb ständig zu verbessern und den veränderten Anforderungen anzupassen.

QM- Projektorganisation im Überblick





• **Geschäftsführung**

Die Klinikleitung ist Entscheidungsgremium für durchzuführende QM- Maßnahmen und veranlasst die Umsetzung von Lösungsvorschlägen.

• **QM- Projektleitung/Kommission**

Die QM- Projektleitung ist Steuerorgan und Koordinator für durchzuführende Projektschritte und bestimmt Verantwortliche für einzelne Projektschritte.

In der QM- Projektleitung sind Vertreter der Klinikleitung aus Verwaltung, Ärzteschaft und Pflege, die Qualitätsmanagementbeauftragten, der Betriebsrat und der Medizincontroller vertreten. Die ständige Präsenz der Klinikleitung in der Projektleitung sorgt für die Bereitstellung notwendiger Ressourcen bei der Umsetzung von QM- Projekten und Arbeitsaufträgen.

• **Qualitätsmanagementbeauftragter (QMB) und Kriterienverantwortliche**

Der QMB koordiniert interne Arbeitsschritte zum Aufbau / zur Pflege des QM und ist verantwortlich für Förderung und Aufrechterhaltung der Dokumentation des QM- Systems. Unterstützt wird der QMB durch weitere Mitarbeiter/- innen des Klinikums, die Kriterienverantwortlichen. Sie beantworten den umfangreichen Fragenkatalog für die QM- Zertifizierung, leiten hieraus Verbesserungspotenziale ab und formulieren daraus eine Themenliste für mögliche Q-Teams, die der Zielkonferenz vorgestellt werden.

• **Zielkonferenz**

Jährlich stattfindende Zielkonferenzen, an denen allen Führungskräfte teilnehmen, wählen qualitätsrelevante Verbesserungsthemen im Konsens aus. Ferner legt die Zielkonferenz mit Budget und Zeitdauer konkret den Arbeitsrahmen der Qualitäts-Teams fest.

• **Moderierte Qualitätsteams**

Unsere Q-Teams können praxisnahe Lösungen erarbeiten, weil sie berufsgruppenübergreifend und fachkompetent zusammengesetzt sind. Q-Teams werden themenbezogen für einen vorgegebenen Zeitraum gebildet, um in ihren Tätigkeitsbereichen konkrete Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Die Q-Teams werden dabei von Moderatoren aus dem Haus geleitet. Hierfür wurden zu Beginn der QM- Einführung 6 bis 8 Mitarbeiter speziell geschult. Die Q-Teams präsentieren ihre Lösungsvorschläge der Projektleitung. Diese stimmt die Umsetzung mit der Klinikleitung ab.

• **QM- Dokumentation**

Wichtiger Baustein für unser umfassendes Qualitätsmanagement ist eine intranet-basierte QM- Dokumentation. Hier werden in übersichtlicher Form und für alle Mitarbeiter/- innen die im Klinikalltag benötigten Dokumente, wie z.B. Pflegestandards, schnell und immer in aktueller Version zugänglich gemacht. Hier sind auch qualitätsrelevante Prozesse, Tätigkeiten und Strukturen beschrieben.

E-2 Qualitätsbewertung

Verbesserungs-Zyklus oder PDCA- Zyklus

Die kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung im Rahmen des Qualitätsmanagements erfolgt nach dem **PDCA**- Zyklus:

Plan:

Qualitätsteams und Projektgruppen planen Optimierungen, die Klinikumleitung prüft Vorschläge und gibt sie zur Umsetzung frei.

Do:

Die betroffenen verantwortlichen Abteilungsleitungen sind verantwortlich für die Umsetzung.

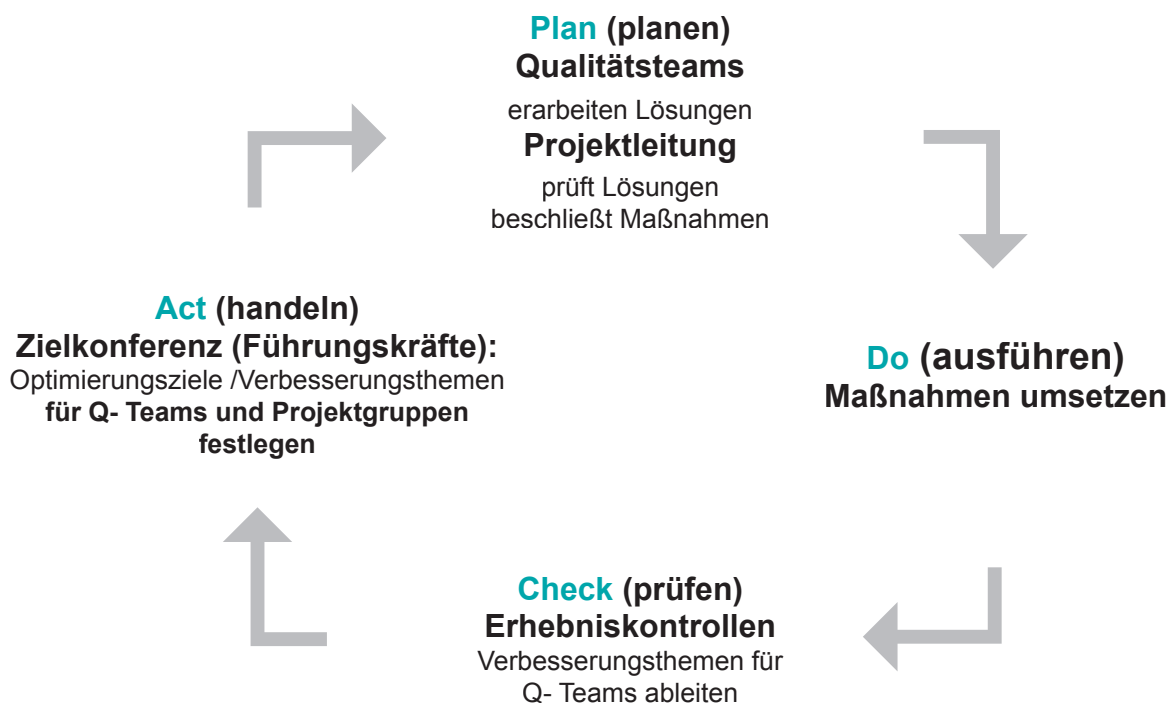
Check:

Im Rahmen von Ergebniskontrollen, KTQ - Selbstbewertungen und internen Audits wird der Erfolg geprüft.

Kriterienverantwortliche und QM- Projektleitung zeigen Verbesserungsvorschläge auf.

Act:

Die Klinikumleitung erstellt auf dieser Grundlage jährlich die Qualitätszielplanung, die auf einer Zielkonferenz im Konsens mit allen Führungskräften ausgestaltet wird.





Das Klinikum hat im Berichtszeitraum folgende Instrumente zur Bewertung von Qualitätsmanagement eingesetzt:

• Selbstbewertung nach KTQ

Das Klinikum hat sich entschieden, ein umfassendes QM- System einzuführen, das das Anforderungsprofil von KTQ erfüllt. KTQ steht für „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ und ist ein mögliches Zertifizierungssystem, nach dem Krankenhäuser ihr QM zertifizieren lassen können. Um zu ersehen, ob unser Klinikum schon „reif“ für eine Zertifizierung ist, wurde vor der Fremdbewertung durch die Zertifizierungsgutachter eine Selbstbewertung durch die Qualitätsmanagementbeauftragten des Hauses durchgeführt. Bei dieser Selbstbewertung werden alle Antworten eines ca. 700 Fragen umfassenden Fragenkatalogs bewertet. Nach dem Bewertungsschema der KTQ erreichten wir eine ausreichende Punktzahl, dokumentierten damit unsere Zertifizierungsreife und werden uns 2005 einer Fremdbewertung durch die Gutachter im Rahmen der KTQ- Zertifizierung stellen.

• Managementbewertung

Neben der Selbst- und Fremdbewertung und der Erstellung eines Qualitätsberichts erfolgt eine regelmäßige Durchführung von Bewertungen durch die Führungsgremien der Einrichtung, um die fortdauernde Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit des QM- Systems sicherzustellen. Im Rahmen der Managementbewertungen durch die QM- Projektleitung wird auch die Erreichung der jeweils gesetzten Qualitätsziele überprüft und die Ziele für die zukünftige Arbeit im QM- System nach aktuellen Gegebenheiten priorisiert.

• Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen

Die Qualität der Arbeit des Klinikums und ihrer Ergebnisse zeigt sich natürlich ganz besonders in der Zufriedenheit von Patienten und ihren Angehörigen als auch von Mitarbeitern und Kooperationspartnern. Das Klinikum hat sich daher darauf festgelegt, regelmäßige Befragungen seiner Patienten, Mitarbeiter und einweisenden Ärzte durchzuführen. Diese Befragungen erfolgen anonym mittels Fragebogen und werden teilweise von einem unabhängigen Institut ausgewertet. Durch die Befragungen werden die Erfolge von Verbesserungskonzepten messbar gemacht, vor allem aber geben ihre Ergebnisse richtungweisende Impulse für die weitere Verbesserung von Behandlungs- und Arbeitsprozessen im Klinikum.

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Im Klinikum wurden folgende Projekte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum durchgeführt:

Verbesserung der Pflegeüberleitung

Ziel des Projektes:	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhte Patientenzufriedenheit • Weiterbehandelnde Einrichtung kann besser koordinieren und damit ist die weiter behandelnde Person zufriedener • keine Unterbrechung bei speziellen Pflegeverrichtungen, da eine weitläufige Planung zwischen beiden versorgenden Einrichtung statt findet • Angebot einer Brückenpflege für weiterversorgende Person um die Pflegequalität auch außerhalb des Hauses aufrecht zu erhalten • vollständige Informationsweitergabe für weiterversorgende Einrichtung mit Hilfe des Pflegeüberleitungsbogen • Evaluationsbogen zum Abchecken der Entlassungsqualität
Verantwortlich:	Interprofessionelles Q-Team unter Leitung von Frau Windischmann (Sozialarbeiter), Frau Falk (stellv. PDL, QMB)
Zeitraum:	Dezember 2004 bis Mai 2005
Umsetzungs-/Veränderungsinhalte:	<ul style="list-style-type: none"> • Entwurf eines Pflegeüberleitungsstandards • Überarbeitung der Pflegeüberleitungsbögen und Entwurf eines Pflegeüberleitungsbogens für das gesamte Haus • Angebot der Brückenpflege • Kontakt Patient, Angehörige mit Sozialarbeiter der Visitenkarte hinterlegt • Evaluationsbogen • Stammdatenerfassungsbogen für Patienten, die keine Auskunft zur eigenen Person geben können • Formblatt für die Dokumentation der Sozialarbeiter
Nutzen für den Patienten:	<ul style="list-style-type: none"> • Informationssicherheit der Patienten und der Angehörigen über die Planung und Organisation der Pflegeüberleitung • Gibt für Patient, Angehörige, seinem soziales Umfeld, und weiterversorgende Einrichtung eine bessere Orientierung • Vermeidung von Komplikationen • Versorgungsverbesserung für die Nachbehandlung



Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Stationen und der Physiotherapie

Ziel des Projektes:	Effektivere und transparente Gestaltung des Leistungsmanagements der Physiotherapie
Verantwortlich:	Interprofessionelles Q-Team unter Leitung von Herr Dr. Nestmann, Herr Volgenandt
Zeitraum:	November 2004 bis Februar 2005 (3 Sitzungen)
Umsetzungs-/Veränderungsinhalte:	<ul style="list-style-type: none">• Erarbeitung eines gemeinsamen physiotherapeutischen Leistungsbaumes für beide Häuser• Freigabe der Krankengeschichte für die Einsicht durch Physiotherapie und Pflege• EDV- gestützte Dokumentation der Physiotherapie als Information zum täglichen Therapieverlauf• Schulung aller Beteiligten zum Leistungsmanagement/Leistungsbaum
Nutzen für den Patienten:	<ul style="list-style-type: none">• Einsparung von materiellen, zeitlichen und personellen Ressourcen führt zu einem zügigen Behandlungsbeginn• Lückenlose Informationsweitergabe und Dokumentation schafft Transparenz und Sicherheit für eine optimale Therapie

Strukturierung der Informationsinhalte und Informationswege zwischen Geschäftsleitung und Führungskräften

Ziel des Projektes:	Herstellung einer einheitlichen, transparenten und differenzierten Informationsweitergabe
Verantwortlich:	Interprofessionelles Q-Team unter Leitung von Frau Dr. Fiedler, Frau Saafeld
Zeitraum:	Dezember 2004 bis Februar 2005 (2 Sitzungen)
Umsetzungs-/Veränderungsinhalte:	<ul style="list-style-type: none">• Definition der Führungskräfte: Geschäftsführung, Geschäftsleitung, Pflegedienstleitung, Chefärzte, Oberärzte, Stationsärzte, nichtärztliche Abteilungsleiter• Definition der Informationswege: Wochengespräche zwischen Geschäftsführung und Geschäftsleitung, monatliche Chefarztsitzungen, Sitzungen nichtärztlicher Abteilungsleiter, jährliche Ärztevollversammlungen, Abteilungsgespräche, Intranet• Definition der Informationsinhalte: Personalentscheidungen, fachspezifische Strukturveränderungen, langfristige prognostische Abteilungsveränderungen, Anschaffung von Großgeräten, strategische Ausrichtung, berufsspezifische Veränderungen, Gesetzesänderungen, Budgetveränderungen
Nutzen für den Patienten:	Vertrauensbildende und motivierende Maßnahme mit positiver Rückkopplung für alle Patienten

Entwicklung eines Kommunikationsleitbildes

Ziel des Projektes:	Entwicklung eines Kommunikationsleitbildes durch Integration aller Mitarbeiter und Erarbeitung konkreter Umsetzungsvorschläge
Verantwortlich:	Interprofessionelles Q-Team unter Leitung von Frau Peterseim, Frau Kruspe
Zeitraum:	November 2004 bis März 2005 (8 Sitzungen)
Umsetzungs-/Veränderungsinhalte:	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung eines Kommunikationsleitbildes als Wertmaßstab und verbindliche Orientierung für alle Mitarbeiter • Entwicklung einer Verfahrensregelung zur Informationspflicht der Mitarbeiter bei Unternehmensein- und austritt • Entwicklung einer Prozessbeschreibung zur Anforderung von Altakten • Analyse der Kommunikationsprozesse bei Aufnahme, Aufenthalt und Entlassung der Patienten und Ableitung/Umsetzung konkreter Verbesserungsvorschläge (Bsp. Verbesserung Empfangsatmosphäre in der Stationären Aufnahme)
Nutzen für den Patienten:	Erhöhung der Patientenorientierung

Vorbereitung und Koordination einer Einweiserbefragung

Ziel des Projektes:	Verbesserung der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und Entwicklung eines qualitätsrelevanten Messinstrumentes
Verantwortlich:	Arbeitsauftrag an Herrn Dr. Streckenbach und Frau Stollberg
Zeitraum:	November 2004 bis März 2005
Umsetzungs-/Veränderungsinhalte:	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung eines individuellen KTQ- relevanten Fragebogens bis Februar 2005 • Versand der Fragebögen an alle Einweiser bis März 2005 • Auswertung der Befragung bis Juni 2005 • Präsentation der Ergebnisse im Haus und bei den Einweisern bis November 2005
Nutzen für den Patienten:	Verbesserung der Patientenversorgung durch Schwachstellenanalyse und Ableitung konkreter Verbesserungsmaßnahmen



Vorbereitung und Koordination einer Mitarbeiterbefragung

Ziel des Projektes:	Entwicklung eines qualitätsrelevanten Messinstrumentes zur Analyse und Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit- und Motivation
Verantwortlich:	Arbeitsauftrag an Frau Kleidt und Frau Artes (Betriebsrat)
Zeitraum:	November 2004 bis Mai 2005
Umsetzungs-/ Veränderungsinhalte:	<ul style="list-style-type: none">• Entwicklung eines individuellen KTQ- relevanten Fragebogens bis März 2005• Information aller Mitarbeiter im Mai 2005• Versand der Fragebögen an alle Mitarbeiter im Mai 2005• Auswertung der Befragung durch ein unabhängiges Institut bis Juli/August 2005• Präsentation der Ergebnisse im September 2005
Nutzen für den Patienten:	Verbesserung der Patientenversorgung durch Schwachstellenanalyse und Ableitung konkreter Verbesserungsmaßnahmen

Festlegung regelmäßiger Leitungssitzungen

Ziel des Projektes:	Strukturierte Planung und Durchführung von Leitungssitzungen
Verantwortlich:	Arbeitsauftrag an Herrn Dr. Ostlinning, Herrn Dr. Litzkow, Herrn Prof. Dr. Henke, Frau Falk
Zeitraum:	November 2004 bis Dezember 2004
Umsetzungs-/ Veränderungsinhalte:	Festlegung des Personenkreises und des Zeitrahmens: Geschäftsführer, Prokurist, Leiter Medizincontrolling, Ärztlicher Direktor, Pflegedirektion in wöchentlichen Geschäftsleitungssitzungen; alle nichtärztlichen Abteilungsleiter in 2- monatlichen Leitungssitzungen
Nutzen für den Patienten:	Vertrauensbildende und motivierende Maßnahme mit positiver Rückkopplung für alle Patienten



G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Qualitätsmanagementbeauftragte:	Fr. Schollmeier, Fr. Falk
Geschäftsleitung:	Hr. Dr. med. Streckenbach
Abteilung Controlling:	Hr. Kapell, Herr Degner
Personalabteilung:	Fr. Dielenschneider

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

Geschäftsführung:	Hr. Dr. rer. nat. Bohn (03603/855-196)
Geschäftsleitung:	Hr. Dr. jur. Ostlinning (03603/855-244), Hr. Dr. med. Streckenbach (03603/855-278)
Ärztlicher Direktor:	Hr. Prof. Dr. med. Henke (03603/855-284)
Pflegedirektion:	Fr. Hiemer (03603/855-216), Fr. Mogk (03603/855-296)
Chefärzte:	siehe Homepage
Qualitätsmanagementbeauftragte:	Fr. Schollmeier (03601/41-1110), Fr. Falk (03601/41-1196)
Öffentlichkeitsarbeit:	Fr. Stollberg (03603/855-370)

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

www.hufeland.de
www.uh-kkh.de
www.qv-krankenhaus.de

Informationsbroschüren über das gesamte Krankenhaus sowie über einzelne Abteilungen, bzw. Angebote des Krankenhauses können unter der Telefonnummer 03603/855-196 angefordert werden.