



AGAPLESION
DIAKONIEKRANKENHAUS
SEEHAUSEN

QUALITÄTSBERICHT 2010

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V
für das Berichtsjahr 2010

erstellt am 30.06.2011



Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| | Einleitung..... | 4 |
| A | Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses | 6 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 6 |
| A-2 | Institutionskennzeichen des Krankenhauses | 6 |
| A-3 | Standort(nummer) | 6 |
| A-4 | Name und Art des Krankenhausträgers..... | 6 |
| A-5 | Akademisches Lehrkrankenhaus..... | 6 |
| A-6 | Organisationsstruktur des Krankenhauses | 7 |
| A-7 | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie | 8 |
| A-8 | Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses | 8 |
| A-9 | Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 8 |
| A-10 | Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses..... | 9 |
| A-11 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 11 |
| A-12 | Anzahl der Betten im Krankenhaus nach §108/109 SGB V | 11 |
| A-13 | Fallzahlen des Krankenhauses | 11 |
| A-14 | Personal des Krankenhauses..... | 12 |
| A-15 | Apparative Ausstattung | 12 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen.. | 14 |
| B-1 | Allgemeine Chirurgie | 14 |
| B-2 | Innere Medizin CA Dr. J. Jahnke | 22 |
| B-3 | Frauenheilkunde | 29 |
| B-4 | Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin | 34 |
| B-5 | HNO Dr. C. Müller | 37 |
| C | Qualitätssicherung..... | 68 |
| C-1 | Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 Abs.1 Satz 3 Nr.1 SGB V (QS-Verfahren) | 68 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß §112 SGB V..... | 68 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 68 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 68 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V | 68 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V („Strukturqualitätsvereinbarung“) | 68 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V.. | 68 |
| D | Qualitätsmanagement..... | 69 |
| D-1 | Qualitätspolitik..... | 69 |
| D-2 | Qualitätsziele..... | 70 |
| D-3 | Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements..... | 70 |
| D-4 | Instrumente des Qualitätsmanagements | 72 |

| | |
|---|-----------|
| Patientenbefragung | 74 |
| D-5 Qualitätsmanagement-Projekte | 74 |
| Öffentlichkeitsarbeit | 75 |
| D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements | 77 |
| Interne Bewertungen zum Qualitätsmanagement-System | 78 |

Einleitung

Vorwort des Vorstandes der AGAPLESION gAG

Die AGAPLESION gemeinnützige Aktiengesellschaft wurde am 26. Juni 2002 gegründet. Sie bildet gemeinsam mit beteiligten Unternehmen einen christlichen Gesundheitskonzern mit mehr als 80 Unternehmen, darunter 22 Krankenhäuser und 32 Wohn- und Pflegeeinrichtungen. Das Ziel der AGAPLESION gAG ist der Erhalt und die Stärkung von diakonischen und sozialen Einrichtungen in einer zunehmend angespannten Wirtschafts- und Wettbewerbssituation. Mit der Integration in die AGAPLESION gAG übernehmen die örtlichen Gesellschafter eine Mitverantwortung für den Gesundheitskonzern, bei gleichzeitigem Erhalt der Identität und Selbstständigkeit der einzelnen Einrichtungen.

AGAPLESION stellt ihren Einrichtungen Managementleistungen und zentrale Dienstleistungen, wie z. B. Personalverwaltung, Unternehmenskommunikation, Qualitätsmanagement (QM), Budgetmanagement, Zentraleinkauf und Informationstechnologie etc. zur Verfügung. Dadurch werden Synergieeffekte erzielt und die Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen des Gesundheitskonzerns gesichert.

Die AGAPLESION Akademie in Heidelberg hält für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie externe Interessierte ein breites Angebot an Aus-, Fort- und Weiterbildungen für medizinische, pflegerische und therapeutische Berufe sowie in Managementthemen vor. Zur wirksamen Ausübung der Aufgaben und zur Weiterentwicklung der persönlichen und fachlichen Kompetenz unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurde ein auf die einzelnen Aufgabengebiete abgestimmtes Personalentwicklungskonzept entwickelt. Die standortübergreifenden Fort- und Weiterbildungen stärken die interdisziplinäre Zusammenarbeit und fördern die Vernetzung der Einrichtungen.

Das nach DIN EN ISO 9001 aufgebaute, AGAPLESION weit eingeführte QM-System ermöglicht die kontinuierliche Verbesserung der Prozesse und die Erreichung einer guten Ergebnisqualität. Ausgehend vom Leitbild der AGAPLESION wurden für alle Einrichtungen verbindliche Führungs- und Verhaltensgrundsätze verabschiedet sowie Qualitätsziele formuliert. Die Instrumente und Methoden des QM fördern die Kommunikation, helfen bei der Lösung komplexer Aufgaben und Probleme, tragen zur Kundenzufriedenheit (z. B. Patienten, Bewohner, Angehörige, Einweiser, Lieferanten) bei und stärken die gemeinsame Wertegrundlage. QM ist Führungsaufgabe und gleichzeitig gelebtes Instrument in der täglichen Arbeit.

Die Wirksamkeit des QM-Systems und die Umsetzung der Qualitätsanforderungen werden kontinuierlich intern und extern durch Audits überprüft und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet. Im Rahmen der verpflichtenden, sektorenübergreifenden Qualitätssicherung wird unter Leitung des Referates Medizincontrolling konzernweit die Behandlungsqualität verglichen und in fachbezogenen Qualitätszirkeln diskutiert. AGAPLESION bietet den verantwortlichen Qualitätsmanagementbeauftragten der Einrichtungen durch die Organisationsstrukturen konkrete Unterstützung bei der Einführung und Weiterentwicklung der QM-Systeme und beim Zertifizierungsprozess.

Weitere Informationen unter www.agaplesion.de.

Frankfurt am Main, den 30.06.2011



Bernd Weber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Gerhard Hallenberger
Vorstand
AGAPLESION gAG

Einleitung

Sehr geehrte Leserinnen, sehr geehrte Leser,

das AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS SEEHAUSEN freut sich, Ihnen den Qualitätsbericht vorstellen zu dürfen. Wir sehen die gesetzliche Verpflichtung zur Erstellung dieses Berichtes als eine Chance, allen Patienten, einweisenden Ärzten, interessierten Kooperationspartnern und Kostenträgern, die sich stetig verbessernde Qualität unserer Leistungen zu belegen.

Das AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS SEEHAUSEN ist ein Krankenhaus der Basisversorgung mit 134 Betten zur Betreuung von stationären Patienten. Die Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Anästhesie/Intensivmedizin bieten eine breite medizinische Leistungspalette an, die noch durch eine HNO-Belegabteilung, eine Orthopädische und eine Urologische Konsiliarabteilung ergänzt wird. Ebenso unterhält das Haus eine Notfallambulanz und ist Notarztstandort für den Bereich des nördlichen Landkreises Stendal. Bei der Ausbildung in der Krankenpflege und im Verwaltungsbereich ist sich das Krankenhaus seiner Verantwortung bewusst und stellt jährlich Ausbildungsplätze zur Verfügung.

Qualitätsmanagement ist bei uns ein Instrument der Organisationsentwicklung und Bestandteil der Leistungserbringung, mit dem Ziel der kontinuierlichen Optimierung der Behandlungsprozesse. Neben der medizinischen Qualität unserer Leistungen stehen das Patientenwohl und die Patientenzufriedenheit im Mittelpunkt unserer Arbeit. Der Erfolg dieser Bemühungen wurde uns durch die erneute Verleihung des KTQ®-Qualitätssiegels im Dezember 2009 bestätigt. Dieses Zertifikat bescheinigt unserem Krankenhaus auf Grundlage einer fundierten Analyse eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung und die erfolgreiche Einrichtung eines umfassenden Qualitätsmanagement-Systems, durch das die Qualität unserer Leistungen nachhaltig gesichert, effektiv weiterentwickelt und anhand von Kennzahlen und Messgrößen kontinuierlich überprüft wird.

Auch als Basisversorger verfügen wir über ein umfangreiches Leistungsspektrum, das in dem folgenden Qualitätsbericht detailliert dargestellt wird.

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Christoph Maier, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.



Christoph Maier
Geschäftsführer



Dr. med. Andreas Eckmann
Ärztlicher Direktor



Oberin Henrike Fiedler
Pflegedienstleiterin



Heike Leue
Verwaltungsleiterin



Zertifiziert nach den Regeln der Kooperation für
Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
GmbH (KTQ-GmbH) Zertifikatsnummer: 2009 – 0125 K



Krankenhausdirektorium (v.l.): Dr. Andreas Eckmann, Henrike Fiedler, Heike Leue, Christoph Maier

A Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhausname: AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS SEEHAUSEN

Hausanschrift: Lindenstraße 32
39615 Seehausen / Altmark

Telefon: 039386 6-0
Fax: 039386 6-269

URL: www.dkhseehausen.de
E-Mail: info@dkhseehausen.de

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen: 261500018
Weitere Institutionskennzeichen: 261530014

A-3 Standort(nummer)

Standort: 00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Diakoniekrankenhaus Seehausen gemeinnützige GmbH
Art: freigemeinnützig

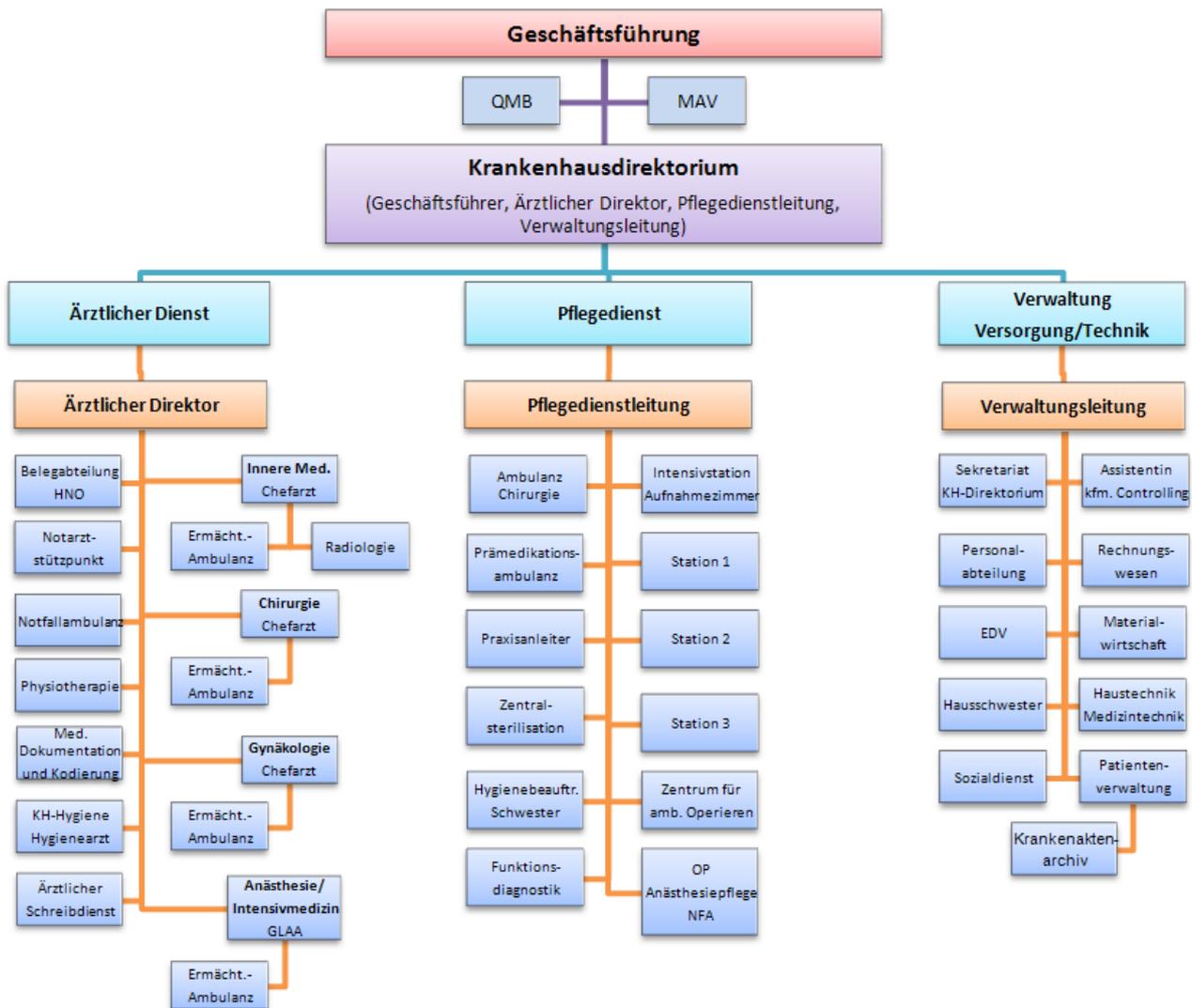
A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus: Nein

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Organisationsstruktur des AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUSES SEEHAUSEN
Stand Mai 2010

Organigramm AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS SEEHAUSEN



Die Organisationsstruktur unterteilt sich in drei Säulen:

Die 1. Säule zeigt den ärztlichen Dienst mit dem Ärztlichen Direktor als Leitung.

Die 2. Säule umfasst den Pflegedienst mit der Pflegedienstleitung an der Spitze.

Die 3. Säule veranschaulicht den Bereich Verwaltung und Versorgung/Technik unter der Leitung der Verwaltungsleiterin.

Das Krankenhausdirektorium bildet die nächst höhere Leitungsebene und besteht aus dem Geschäftsführer und den Leitern der genannten drei Bereiche. Die Mitarbeitervertretung (MAV) und die Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) sind als Stabsstellen abgebildet. Die Geschäftsführung mit dem kaufmännischen Geschäftsführer bildet die oberste Leitungsebene.

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Es handelt sich nicht um ein psychiatrisches Krankenhaus.

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Unser Krankenhaus hat keine den gesetzlichen Vorgaben entsprechenden fachabteilungsübergreifenden Versorgungsschwerpunkte.

Ambulantes OP-Zentrum (VS12)

| | |
|---|--------------------------------|
| Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind | Chirurgie HNO Anästhesie |
|---|--------------------------------|

Interdisziplinäre Intensivmedizin (VS24)

| | |
|---|--|
| Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind | Chirurgie Innere Medizin HNO Anästhesie |
|---|--|

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Die physiotherapeutische Abteilung ist eine leistungsfähige Abteilung mit vielen Angeboten und Bereichen in ansprechenden neuen Räumlichkeiten. Sowohl die stationären als auch die ambulanten Patienten erhalten eine fundierte und vielseitige Behandlung.

Leistungsangebote:

- Manuelle Therapie
- Manuelle Lymphdrainage
- Osteopathische Behandlung
- Cranio-sacrale Therapie
- Bobath
- PNF – Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation
- Medizinische Trainingstherapie
- Muskelaufbautraining
- Massagen
Bindegewebs-, Segment-, Zentrifugal- und Fußreflexzonenmassagen
- Rückenschule
- Sportphysiotherapie
- Elektrotherapie
RS, US, MW, Saugwellenbehandlung
- Zellenbäder
- Wärmetherapie – Fango
- Autogenes Training
- Reiki



Einweisung im Fitnessraum

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

- **Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA03)**
Die Unterbringung in einem Ein-Bett-Zimmer ist eine kostenpflichtige Wahlleistung und beinhaltet auch die Telefongestellung und TV-Benutzung.
- **Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA11)**
Auch die Unterbringung in einem Zwei-Bett-Zimmer ist eine kostenpflichtige Wahlleistung und beinhaltet ebenfalls die Telefongestellung und TV-Benutzung.
- **Mutter-Kind-Zimmer/Familienzimmer (SA05)**
Eine Begleitung Ihres Kindes während des stationären Aufenthaltes ist selbstverständlich möglich.
- **Unterbringung Begleitperson (SA09)**
Begleitpersonen können kostenfrei im 3- und 4-Bett-Zimmer oder kostenpflichtig im 2-Bett-Zimmer bzw. im Personalwohnheim untergebracht werden.
- **Elektrisch verstellbare Betten (SA13)**
- **Fernsehgerät am Bett/im Zimmer (SA14)**
In jedem Patientenzimmer steht ein TV-Gerät zur Verfügung. Die Nutzung ist kostenfrei.
- **Telefon (SA18)**
Ein Telefon wird gegen eine Tagesgebühr von 1,50 Euro und 0,15 Euro je Einheit frei geschaltet.
- **Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer (SA19)**
- **Kühlschrank (SA16)**
- **Rollstuhlgerechte Nasszellen (SA06)**
- **Barrierefreie Behandlungsräume (SA59)**
- **Aufenthaltsräume (SA01)**
- **Bibliothek (SA22)**
Die Bibliothek wird durch die Grünen Damen und Herren betreut und kommt direkt an Ihr Krankenbett.
- **Besuchsdienst/„Grüne Damen“ (SA39)**
Einmal wöchentlich besuchen Sie die Grünen Damen und Herren und sind Ihnen in vielen Angelegenheiten gern behilflich.
- **Kirchlich-religiöse Einrichtungen (SA29)**
Unser Andachtsraum und Raum der Stille bietet Ihnen Tag und Nacht einen Ort zum Verweilen, Nachdenken und Beten. Evangelische Gottesdienste finden alle zwei Wochen am Sonnabend statt.
- **Seelsorge (SA42)**
Unser Krankenhaus-Seelsorger hat Zeit zum Zuhören und Zeit zum Reden – wenn Sie mögen.
- **Abschiedsraum (SA43)**



Besuchsdienst der Grünen Damen

- **Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl) (SA20)**
Der Stationsarzt legt die für Sie geeignete Kostform fest. Darauf abgestimmt erfragt eine Mitarbeiterin der Küche täglich Ihre Wünsche zum Frühstück, Mittagessen und Abendbrot.
- **Diät-/Ernährungsangebot (SA44)**
Auf Wunsch besucht Sie unsere Diätassistentin und berät Sie über Schonkosten oder Diäten.
- **Kostenlose Getränkebereitstellung (SA21)**
- **Nachmittagstee/-kaffee (SA47)**
- **Getränkeautomat (SA46)**
Im Eingangsbereich steht ein Getränkeautomat zur Verfügung.
- **Kiosk/Einkaufsmöglichkeiten (SA28)**
Einkaufsmöglichkeiten bietet Ihnen der Kiosk im Eingangsbereich mit seinen täglichen Öffnungszeiten.
- **Cafeteria (SA23)**
Die Cafeteria bietet Ihnen und Ihren Angehörigen Kaffee und Kuchen und vieles mehr.
- **Patientenfürsprache (SA56)**
Ein Patientenfürsprecher steht Ihnen bei Bedarf gern mit Rat und Tat zur Seite.
- **Beschwerdemanagement (SA55)**
Ihre Meinung ist uns wichtig. Über einen Meinungsbogen können Sie uns Ihr Lob, Ihre Beschwerde/Kritik und Ihre Anregungen mitteilen.
- **Rauchfreies Krankenhaus (SA34)**
Unser Krankenhaus ist ein rauchfreies Krankenhaus. Ein Raucherpavillon steht vor dem Südeingang zur Verfügung.
- **Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen (SA30)**
Es stehen ausreichend Parkplätze für Sie bereit.
- **Parkanlage (SA33)**
Das Außengelände des Krankenhauses lädt mit seinen Grünanlagen und Bänken zum Spaziergehen und Verweilen ein.
- **Fitnessraum (SA25)**
- **Faxempfang für Patienten und Patientinnen (SA24)**
- **Frisiersalon (SA26)**
Einmal pro Woche kommt ein Friseur ins Haus. Auch Fußpflegebehandlungen sind möglich.
- **Tageszeitungsangebot (SA54)**
- **Postdienst (SA52)**
- **Fortbildungsangebote/Informationsveranstaltungen (SA49)**
Regelmäßig finden Aktionstage zu bestimmten Themen (z.B. Cholesterin) für interessierte Besucher, aber auch Patienten statt.



Cafeteria/Kiosk im Eingangsbereich

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

| | Anzahl |
|---|--------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | 20,0 |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 11,0 |
| Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) | 1,0 |

A-14.2 Pflegepersonal

| | Anzahl | Ausbildungs- dauer |
|--|--------|-----------------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | 72,0 | 3 Jahre |

A-14.3 Spezielles therapeutisches Personal

| Abschluß | Anzahl |
|---|--------|
| Bobath-Therapeut und Bobath-Therapeutin für Erwachsene und/oder Kinder (SP32) | 2,0 |
| Diätassistent und Diätassistentin (SP04) | 1,0 |
| Die Patienten der Hno-Beleg-Abteilung werden im interdisziplinären Kurzzeitzentrum von den dort tätigen chirurgischen Pflegekräften betreut. (SP00) | 5,0 |
| Manualtherapeut und Manualtherapeutin (SP42) | 1,0 |
| Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin (SP15) | 1,0 |
| Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal (SP43) | 5,0 |
| Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21) | 5,0 |
| Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25) | 1,0 |

A-15 Apparative Ausstattung

- **Beatmungsgeräte/CPAP-Geräte (AA38)**
Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck
3 Geräte zur invasiven Beatmung
2 Geräte zur nichtinvasiven Beatmung
- **Belastungs-EKG/Ergometrie (AA03)**
Belastungstest mit Herzstrommessung
- **Gastroenterologisches Endoskop (AA12) (24h-Notfallverfügbarkeit)**
Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung
- **Computertomograph (CT) (AA08) (24h-Notfallverfügbarkeit)**
Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen
In Kooperation mit niedergelassenen Radiologen
- **Bodyplethysmograph (AA05)**
Umfangreiches Lungenfunktionstestsystem

- **Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät (AA29)** (24h-Notfallverfügbarkeit)
Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall
- **Geräte der invasiven Kardiologie (AA13)** (24h-Notfallverfügbarkeit)
Behandlungen mittels Herzkatheter
In Zusammenarbeit mit der Inneren Abteilung werden Herzschrittmacher implantiert.
- **Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät (AA27)** (24h-Notfallverfügbarkeit)
- **Kipptisch (AA19)**
Gerät zur Messung des Verhaltens der Kenngrößen des Blutkreislaufs bei Lageänderung
- **Spirometrie/Lungenfunktionsprüfung (AA31)**
- **24h-Blutdruck-Messung (AA58)**
- **24h-EKG-Messung (AA59)**
- **Bronchoskop (AA39)** (24h-Notfallverfügbarkeit)
Gerät zur Luftröhren- und Bronchienspiegelung
- **Defibrillator (AA40)**
Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen
- **Echokardiographiegerät (AA65)**
- **Cell Saver (AA07)**
Eigenblutauflbereitungsgerät
- **Arthroskop (AA37)**
Gelenksspiegelung
- **Endoskopisch-retrograder-Cholangio-Pankreaticograph (ERCP) (AA46)**
Spiegelgerät zur Darstellung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge mittels Röntgenkontrastmittel
- **Gerät zur Argon-Plasma-Koagulation (AA36)** (24h-Notfallverfügbarkeit)
Blutstillung und Gewebeverödung mittels Argon-Plasma
- **Laboranalyseautomaten für Hämatologie, klinische Chemie, Gerinnung und Mikrobiologie (AA52)** (24h-Notfallverfügbarkeit)
Laborgeräte zur Messung von Blutwerten bei Blutkrankheiten, Stoffwechselleiden, Gerinnungsleiden und Infektionen
- **Laparoskop (AA53)**
Bauchhöhlenspiegelungsgerät
- **Operationsmikroskop (AA67)**

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Allgemeine Chirurgie

B-1.1 Allgemeine Angaben der Allgemeinen Chirurgie

Fachabteilung: Allgemeine Chirurgie
Art: Hauptabteilung
Chefärzte: Dr. med. Evelin Pinnow (bis 30.09.2010)
Dr. med. Olaf Schrank (kommissarisch 01.10.2010 – 31.03.2011)
Prof. Dr. med. Günter Schmoz (ab 01.04.2011)
Ansprechpartner: Dr. med. Olaf Schrank
Hausanschrift: Lindenstraße 32
39615 Seehausen / Altmark
Telefon: 039386 6-225
Fax: 039386 6-269
URL: www.dkhseehausen.de
E-Mail: CA-Chirurgie@dkhseehausen.de



Chefärztin der Chirurgie Dr. med. Evelin Pinnow



komm. Chefarzt der Chirurgie Dr. med. Olaf Schrank

B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Allgemeinen Chirurgie

- **Schrittmachereingriffe (VC05)**
In Zusammenarbeit mit der internistischen Abteilung werden Herzschrittmacherimplantationen und Aggregatwechsel durchgeführt.

- **Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)**
Die operative Behandlung von Krampfadern (auch minimal invasiv) wird überregional wahrgenommen.
- **Endokrine Chirurgie (VC21)**
Durchgeführt werden Schilddrüsenoperationen bei gutartigen und bösartigen Erkrankungen (immer unter Neuromonitoring = Kontrolle der Stimmbandnerven).
- **Magen-Darm-Chirurgie (VC22)**
Hier sind sowohl die Operationen bei Krebsleiden im Bereich des Magen-Darm-Traktes mit Entfernung von Darmanteilen als auch die Eingriffe bei Verwachsungsbeschwerden zu nennen. Nach operativer Behandlung bösartiger Erkrankungen des Dickdarmes und des Enddarmes erfolgt die Festlegung der notwendigen nachfolgenden Therapie entsprechend der Leitlinien nach Beratung im Tumorkonsil (Johanniterkrankenhaus Stendal).
- **Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie (VC23)**
Nahezu ausschließlich werden die Operationen im Bereich der Gallenblase laparoskopisch durchgeführt (Knopflochchirurgie).
- **Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)**
Gelenkersatzverfahren werden zum Einen bei Oberschenkelhalsbrüchen angewendet und zum Anderen bei degenerativen Veränderungen in Hüft- und Kniegelenken (auch minimal invasiv).
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)**
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)**
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)**
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)**
Die vorgenannten Verletzungen aus dem Bereich der Unfallchirurgie werden je nach Fachstandard operativ oder konservativ behandelt (incl. der entsprechenden Nachsorge und Metallentfernung).
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)**
- **Chirurgie der peripheren Nerven (VC50)**
In diesem Bereich sind die Operationen von Nervenkompressionssyndromen (auch endoskopisch) und die Operationen bei Kontrakturen der Hand- und Fußfaszie (Morbus Dupuytren) zu nennen.
- **Minimalinvasive laparoskopische Operationen (VC55)**
Operationen an der Gallenblase, am Wurmfortsatz, Bauchwandbrüchen, bei gutartiger Erkrankung des Dün- und Dickdarms werden überwiegend minimal invasiv durchgeführt.
- **Diagnostik und Therapie von Arthropathien (VO01)**
Arthroskopische Gelenkoperationen an Knie- und Schultergelenk werden sowohl nach Verletzungen einschließlich der Rekonstruktion von Bandverletzungen als auch bei Verschleißerscheinungen der Gelenkknorpel durchgeführt.

- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (VO05)**
Ein Großteil der Operationen wird nach Prüfung der Eignung des Patienten und seiner Betreuungsverhältnisse auch ambulant durchgeführt.
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)**
- **Amputationschirurgie (VC63)**
- **Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)**
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)**
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)**
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)**
- **Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)**
- **Schulterchirurgie (VO19)**
- **Arthroskopische Operationen (VC66)**
- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane (VU06)**
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems (VU07)**
- **Minimalinvasive endoskopische Operationen (VU12)**
- **Portimplantation (VC62)**

B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Allgemeine Chirurgie

- **Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare (MP03)**
- **Atemgymnastik/-therapie (MP04)**
- **Bewegungstherapie (MP11)**
- **Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) (MP12)**
- **Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie (MP29)**
- **Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie (MP32)**
- **Schmerztherapie/-management (MP37)**
- **Stomatherapie/-beratung (MP45)**
- **Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik (MP47)**
- **Wärme- und Kälteanwendungen (MP48)**

- **Wundmanagement (MP51)**
- **Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen (MP52)**
- **Diät- und Ernährungsberatung (MP14)**
- **Fußreflexzonenmassage (MP18)**
- **Manuelle Lymphdrainage (MP24)**
- **Massage (MP25)**
- **Physikalische Therapie/Bädertherapie (MP31)**
- **Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse (MP33)**
- **Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) (MP60)**
- **Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik (MP35)**
- **Sozialdienst (MP63)**
- **Spezielle Entspannungstherapie (MP40)**

B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Allgemeinen Chirurgie

- **Sonstiges (SA00)**
Die nicht-medizinischen Serviceangebote der Fachabteilung finden Sie auf Krankenhausebene unter dem Punkt A10.

B-1.5 Fallzahlen der Allgemeinen Chirurgie

Vollstationäre Fallzahl: 1806
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-1.6 Diagnosen nach ICD der Allgemeinen Chirurgie

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD der Allgemeinen Chirurgie

| Rang | ICD-10 | Absolute Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|-------------------|--|
| 1 | N42 | 98 | Sonstige Krankheit der Prostata |
| 2 | M17 | 97 | Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes |
| 3 | K80 | 90 | Gallensteinleiden |
| 4 | K40 | 73 | Leistenbruch (Hernie) |
| 5 | S06 | 72 | Verletzung des Schädelinneren |
| 6 | M75 | 63 | Schulterverletzung |
| 7 | C61 | 56 | Prostatakrebs |
| 8 | M54 | 55 | Rückenschmerzen |
| 9 | N40 | 49 | Gutartige Vergrößerung der Prostata |
| 10 | R10 | 49 | Bauch- bzw. Beckenschmerzen |
| 11 | S72 | 49 | Knochenbruch des Oberschenkels |
| 12 | M23 | 48 | Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes |
| 13 | M16 | 47 | Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes |
| 14 | E04 | 43 | Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse |
| 15 | S82 | 42 | Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes |

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen der Allgemeinen Chirurgie

| ICD-10 | Absolute Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|--------|-------------------|---|
| I83 | 41 | Krampfader der Beine |
| S32 | 27 | Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens |
| I84 | 24 | Krampfaderartige Erweiterung der Venen im Bereich des Enddarms - Hämorrhoiden |
| K61 | 15 | Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters |
| L05 | 11 | Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare - Pilonidalsinus |
| E05 | 8 | Schilddrüsenüberfunktion |

B-1.7 Prozeduren nach OPS der Allgemeinen Chirurgie

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS der Allgemeinen Chirurgie

| Rang | OPS-301 | Absolute Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|-------------------|--|
| 1 | 8-930 | 547 | Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens |
| 2 | 8-561 | 267 | Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen |
| 3 | 1-464 | 133 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den männlichen Geschlechtsorganen durch den Mastdarm |
| 4 | 5-812 | 114 | Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung |
| 5 | 8-191 | 108 | Verband bei großflächigen bzw. schwerwiegenden Hautkrankheiten |
| 6 | 3-200 | 99 | Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel |
| 7 | 5-511 | 92 | Operative Entfernung der Gallenblase |
| 8 | 5-601 | 88 | Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre |
| 9 | 5-822 | 80 | Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks |
| 10 | 5-810 | 78 | Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung |
| 11 | 5-530 | 73 | Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie) |
| 12 | 5-573 | 68 | Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre |
| 13 | 5-794 | 68 | Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten |
| 14 | 5-814 | 61 | Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung |
| 15 | 5-820 | 56 | Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks |

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren der Allgemeine Chirurgie

| OPS-301 | Absolute Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|---------|-------------------|--|
| 1-697 | 53 | Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung |
| 5-069 | 50 | Sonstige Operation an Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüsen |
| 5-377 | 42 | Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator) |
| 5-493 | 24 | Operative Behandlung von Hämorrhoiden |

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten der Allgemeinen Chirurgie

| AOP-Sprechstunde | |
|------------------|--|
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05) |

| Chefarztsprechstunde | |
|----------------------|--|
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05) |

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V der Allgemeinen Chirurgie

| Rang | OPS-301 | Absolute Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|-------------------|---|
| 1 | 5-787 | 23 | Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden |
| 2 | 5-841 | 20 | Operation an den Bändern der Hand |
| 3 | 5-056 | 9 | Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion |
| 4 | 5-640 | 6 | Operation an der Vorhaut des Penis |
| 5 | 5-385 | <=5 | Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein |
| 6 | 5-849 | <=5 | Sonstige Operation an der Hand |
| 7 | 5-859 | <=5 | Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln |
| 8 | 5-399 | <=5 | Sonstige Operation an Blutgefäßen |
| 9 | 1-471 | <=5 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutter Schleimhaut ohne operativen Einschnitt |
| 10 | 5-810 | <=5 | Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung |
| 11 | 5-812 | <=5 | Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung |
| 12 | 1-502 | <=5 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt |
| 13 | 1-672 | <=5 | Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung |
| 14 | 5-851 | <=5 | Durchtrennung von Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen |
| 15 | 5-041 | <=5 | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven |

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft der Allgemeinen Chirurgie

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein
Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen der Allgemeinen Chirurgie

| | Anzahl |
|---|--------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | 7,0 |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 4,0 |
| Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) | 0,0 |

Fachexpertise der Abteilung

- Allgemeine Chirurgie (AQ06)
- Orthopädie und Unfallchirurgie (AQ10)
- Viszeralchirurgie (AQ13)
- Sonstige Zusatzweiterbildung (ZF00)
- Notfallmedizin (ZF28)
- Spezielle Unfallchirurgie (ZF43)

B-1.11.2 Pflegepersonal der Allgemeinen Chirurgie

| | Anzahl | Ausbildungs- dauer |
|--|--------|-----------------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | 20,0 | 3 Jahre |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

- Praxisanleitung (ZP12)
- Schmerzmanagement (ZP14)
- Stomapflege (ZP15)
- Wundmanagement (ZP16)
- Bobath (ZP02)
- Qualitätsmanagement (ZP13)

B-1.11.3 Spezielles therapeutisches Personal der Allgemeinen Chirurgie

| | Anzahl |
|--|--------|
| Diätassistent und Diätassistentin (SP04) | 1,0 |
| Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21) | 5,0 |
| Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25) | 1,0 |
| Stomatherapeut und Stomatherapeutin (SP27) | 3,0 |
| Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte (SP28) | 1,0 |
| Manualtherapeut und Manualtherapeutin (SP42) | 1,0 |
| Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin (SP15) | 1,0 |
| Bobath-Therapeut und Bobath-Therapeutin für Erwachsene und/oder Kinder (SP32) | 2,0 |

B-2 Innere Medizin

B-2.1 Allgemeine Angaben der Inneren Medizin

Fachabteilung: Innere Medizin
 Art: Hauptabteilung
 Chefarzt: Dr. med. Jürgen Jahnke

Ansprechpartner: Dr. med. Jürgen Jahnke

Hausanschrift: Lindenstraße 32
 39615 Seehausen / Altmark

Telefon: 039386 6-144
 Fax: 039386 6-269

URL: www.dkhseehausen.de
 E-Mail: CA-Innere@dkhseehausen.de



Chefarzt der Inneren Abteilung Dr. med. Jürgen Jahnke

B-2.2 Versorgungsschwerpunkte der Inneren Medizin

- **Schrittmachereingriffe (VC05)**
In Zusammenarbeit mit der chirurgischen Abteilung werden Herzschrittmacherimplantationen durchgeführt (incl. der entsprechenden Nachsorge und Aggregatwechsel).
- **Schwindeldiagnostik/-therapie (VH07)**
Die Synkopen- und Schwindeldiagnostik wurde um die Kipptischuntersuchung erweitert.
- **Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)**
Neben der wegweisenden Basisdiagnostik erfolgt ebenfalls die Behandlung (incl. der medikamentösen Auflösung von Blutgerinnseln) von Durchblutungsstörungen am Herzen.
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)**
Wir führen schonende Darstellungen des Gefäßsystems und des Herzens mittels Farbdoppler- und Duplexsonografie incl. Stressecho- und Schluckechokardiographie (TEE = transösophageale Echokardiographie) durch.
- **Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06)**
In diesem Bereich sind besonders die Diagnostik und Behandlung von Schlaganfallpatienten und Patienten mit TIA (vorübergehenden Durchblutungsstörungen im Gehirn) hervorzuheben.
- **Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)**
Angeboten werden neben Diagnostik und Behandlung auch Beratungen durch die Diätassistentin und die Diabeteschwestern.
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)**
Dazu gehören neben der (endoskopischen) Diagnostik von Erkrankungen im Bereich von Speiseröhre, Magen und Darm auch die therapeutischen Maßnahmen wie zum Beispiel die Entfernung von Polypen, die endoskopische Blutstillung (z. B. mittels Clip oder Argon Beamer) und die Ligaturbehandlung (z. B. von Hämorrhoiden).
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)**
Hier sind sowohl die endoskopisch-diagnostische Darstellung der Gallenwege wie auch die endoskopisch-therapeutischen Maßnahmen (z. B. die endoskopische Steinentfernung aus den Gallenwegen, das Einsetzen von Stents (Metall- oder Kunststoffröhrchen) in die Gallenwege bei Galleabflussstörungen und die Blutstillung in diesem Bereich zu nennen.
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)**
Durchgeführt werden endoskopisch-diagnostische Untersuchungen im Bereich der Bronchien und der Lunge (incl. Probeentnahmen) sowie therapeutische Spülungen und Spezialuntersuchungen der Lungenfunktion. Außerdem besteht die Möglichkeit eines Schlafapnoescreenings (Untersuchung nächtlicher Atemstörungen).
- **Intensivmedizin (VI20)**
Ca.1000 Patienten mit verschiedenen internistischen Krankheitsbildern wurden auf der interdisziplinären Intensivstation behandelt.
- **Spezialsprechstunde (VI27)**

- Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems (VU05)

B-2.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Inneren Medizin

- Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare (MP03)
- Atemgymnastik/-therapie (MP04)
- Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) (MP12)
- Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen (MP13)
- Diät- und Ernährungsberatung (MP14)
- Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie (MP29)
- Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie (MP32)
- Schmerztherapie/-management (MP37)
- Stomatherapie/-beratung (MP45)
- Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen (MP52)
- Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege (MP15)
- Fußreflexzonenmassage (MP18)
- Massage (MP25)
- Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik (MP35)
- Sozialdienst (MP63)
- Spezielle Entspannungstherapie (MP40)
- Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik (MP47)
- Wundmanagement (MP51)
- Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege (MP68)
- Manuelle Lymphdrainage (MP24)
- Physikalische Therapie/Bädertherapie (MP31)
- Wärme- und Kälteanwendungen (MP48)

B-2.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Inneren Medizin

- **Sonstiges (SA00)**

Die nicht-medizinischen Serviceangebote der Fachabteilung finden Sie auf Krankenhausebene unter dem Punkt A10.

B-2.5 Fallzahlen der Inneren Medizin

Vollstationäre Fallzahl: 3070
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-2.6 Diagnosen nach ICD der Inneren Medizin

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD der Inneren Medizin

| Rang | ICD-10 | Absolute Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|-------------------|--|
| 1 | I50 | 224 | Herzschwäche |
| 2 | K29 | 128 | Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms |
| 3 | R55 | 119 | Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps |
| 4 | I10 | 112 | Bluthochdruck ohne bekannte Ursache |
| 5 | J18 | 110 | Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet |
| 6 | I48 | 100 | Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens |
| 7 | I63 | 100 | Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt |
| 8 | F10 | 90 | Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol |
| 9 | R07 | 82 | Hals- bzw. Brustschmerzen |
| 10 | I20 | 79 | Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris |
| 11 | J44 | 74 | Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD |
| 12 | E11 | 66 | Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2 |
| 13 | R10 | 66 | Bauch- bzw. Beckenschmerzen |
| 14 | G40 | 60 | Anfallsleiden - Epilepsie |
| 15 | G45 | 45 | Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen |

B-2.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen der Inneren Medizin

| ICD-10 | Absolute Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|--------|-------------------|--|
| I21 | 40 | Akuter Herzinfarkt |
| K80 | 40 | Gallensteinleiden |
| I11 | 35 | Bluthochdruck mit Herzkrankheit |
| I49 | 30 | Sonstige Herzrhythmusstörung |
| I44 | 17 | Herzrhythmusstörung durch eine Störung der Erregungsleitung innerhalb des Herzens - AV-Block bzw. Linksschenkelblock |

B-2.7 Prozeduren nach OPS der Inneren Medizin

B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS der Inneren Medizin

| Rang | OPS-301 | Absolute Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|-------------------|---|
| 1 | 1-632 | 782 | Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung |
| 2 | 8-930 | 689 | Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens |
| 3 | 1-440 | 436 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung |
| 4 | 1-650 | 314 | Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie |
| 5 | 8-561 | 263 | Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen |
| 6 | 3-200 | 236 | Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel |
| 7 | 1-710 | 190 | Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie |
| 8 | 5-513 | 176 | Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung |
| 9 | 1-620 | 157 | Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung |
| 10 | 1-642 | 125 | Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms |
| 11 | 3-052 | 122 | Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE |
| 12 | 5-452 | 88 | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms |
| 13 | 8-800 | 86 | Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger |
| 14 | 1-444 | 82 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung |
| 15 | 5-469 | 51 | Sonstige Operation am Darm |

B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren der Innere Medizin CA Dr. J. Jahnke

| OPS-301 | Absolute Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|---------|-------------------|---|
| 5-449 | 44 | Sonstige Operation am Magen |
| 5-433 | 32 | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Magens |
| 5-493 | 24 | Operative Behandlung von Hämorrhoiden |
| 5-377 | 16 | Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator) |
| 5-378 | 12 | Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators |

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten der Inneren Medizin

Gefäßsprechstunde

Ambulanzart

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten) (AM04)

Herschrittmachersprechstunde

Ambulanzart

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten) (AM04)

kardiologische Ultraschallsprechstunde

Ambulanzart

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten) (AM04)

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V der Inneren Medizin

In dieser Abteilung wurden keine ambulanten Operationen durchgeführt.

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft der Inneren Medizin

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein
Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärzte und Ärztinnen der Inneren Medizin

| | Anzahl |
|---|--------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | 9,0 |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 3,0 |
| Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) | 0,0 |

Fachexpertise der Abteilung

- **Notfallmedizin (ZF28)**
Mehrere internistische Assistenz- und Fachärzte verfügen über die notfallmedizinische Zusatzausbildung und sind als Notärzte tätig.

B-2.11.2 Pflegepersonal der Inneren Medizin

| | Anzahl | Ausbildungs- dauer |
|--|--------|-----------------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | 29,0 | 3 Jahre |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

- **Hygienefachkraft (PQ03)**
- **Praxisanleitung (ZP12)**
- **Schmerzmanagement (ZP14)**
- **Stomapflege (ZP15)**
- **Wundmanagement (ZP16)**
- **Bobath (ZP02)**
- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**
- **Qualitätsmanagement (ZP13)**

B-2.11.3 Spezielles therapeutisches Personal der Inneren Medizin

| | Anzahl |
|--|--------|
| Diätassistent und Diätassistentin (SP04) | 1,0 |
| Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21) | 5,0 |
| Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25) | 1,0 |
| Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte (SP28) | 1,0 |
| Bobath-Therapeut und Bobath-Therapeutin für Erwachsene und/oder Kinder (SP32) | 2,0 |
| Manualtherapeut und Manualtherapeutin (SP42) | 1,0 |
| Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin (SP15) | 1,0 |

B-3 Frauenheilkunde

B-3.1 Allgemeine Angaben der Frauenheilkunde

Fachabteilung: Frauenheilkunde
Art: Hauptabteilung
Chefarzt: Dr. med. Peter Petersen

Ansprechpartner: Dr. med. Peter Petersen

Hausanschrift: Lindenstraße 32
39615 Seehausen / Altmark

Telefon: 039386 6-195
Fax: 039386 6-269

URL: www.dkhseehausen.de
E-Mail: CA-Gynggeb@dkhseehausen.de



Chefarzt der Frauenheilkunde Dr. med. Peter Petersen

B-3.2 Versorgungsschwerpunkte der Frauenheilkunde

- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse (VG03)**
- **Endoskopische Operationen (VG05)**
- **Gynäkologische Chirurgie (VG06)**
- **Inkontinenzchirurgie (VG07)**
- **Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (VG08)**

- **Betreuung von Risikoschwangerschaften (VG10)**
- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes (VG11)**
- **Geburtshilfliche Operationen (VG12)**
- **Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (VG13)**
- **Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (VG14)**
- **Spezialsprechstunde (VG15)**
- **Native Sonographie (VR02)**
- **Endosonographie (VR06)**
- **Computertomographie (CT), nativ (VR10)**
- **Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel (VR11)**
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems (VU05)**
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems (VU07)**

B-3.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Frauenheilkunde

- **Kontinenztraining/Inkontinenzberatung (MP22)**
In der urodynamischen Sprechstunde wird u. a. die Inkontinenzberatung durchgeführt. Das Kontinenztraining erfolgt im Anschluss an einen operativen Eingriff zur Behandlung der Blasenschwäche (Harninkontinenz).
- **Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie (MP32)**
- **Schmerztherapie/-management (MP37)**
- **Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen (MP52)**

B-3.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Frauenheilkunde

- **Sonstiges (SA00)**
Die nicht-medizinischen Serviceangebote der Fachabteilung finden Sie auf Krankenhausebene unter dem Punkt A10.

B-3.5 Fallzahlen der Frauenheilkunde

Vollstationäre Fallzahl: 68
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-3.6 Diagnosen nach ICD der Frauenheilkunde

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD der Frauenheilkunde

| Rang | ICD-10 | Absolute Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|-------------------|---|
| 1 | D25 | 12 | Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur |
| 2 | D41 | <=5 | Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig |
| 3 | N81 | <=5 | Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter |
| 4 | N83 | <=5 | Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder |
| 5 | N84 | <=5 | Gutartige Schleimhautwucherung (Polyp) im Bereich der weiblichen Geschlechtsorgane |
| 6 | O03 | <=5 | Spontane Fehlgeburt |
| 7 | C67 | <=5 | Harnblasenkrebs |
| 8 | N32 | <=5 | Sonstige Krankheit der Harnblase |
| 9 | N92 | <=5 | Zu starke, zu häufige bzw. unregelmäßige Regelblutung |
| 10 | C53 | <=5 | Gebärmutterhalskrebs |
| 11 | D39 | <=5 | Tumor der weiblichen Geschlechtsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig |
| 12 | N76 | <=5 | Sonstige Entzündung der Scheide bzw. der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane |
| 13 | N95 | <=5 | Störung im Zusammenhang mit den Wechseljahren |
| 14 | C50 | <=5 | Brustkrebs |
| 15 | C51 | <=5 | Krebs der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane |

B-3.7 Prozeduren nach OPS der Frauenheilkunde

B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS der Frauenheilkunde

| Rang | OPS-301 | Absolute Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|-------------------|---|
| 1 | 5-683 | 17 | Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter |
| 2 | 1-471 | 10 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutter Schleimhaut ohne operativen Einschnitt |
| 3 | 5-690 | 10 | Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung |
| 4 | 5-704 | 10 | Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide |
| 5 | 8-561 | 9 | Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen |
| 6 | 1-672 | 7 | Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung |
| 7 | 5-651 | <=5 | Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks |
| 8 | 5-657 | <=5 | Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung |
| 9 | 5-671 | <=5 | Operative Entnahme einer kegelförmigen Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals |
| 10 | 5-681 | <=5 | Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter |
| 11 | 8-930 | <=5 | Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens |
| 12 | 1-573 | <=5 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den äußeren weiblichen Geschlechtsorganen durch operativen Einschnitt |
| 13 | 1-694 | <=5 | Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung |
| 14 | 5-710 | <=5 | Operativer Einschnitt in die äußeren weiblichen Geschlechtsorgane |
| 15 | 5-881 | <=5 | Operativer Einschnitt in die Brustdrüse |

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten der Frauenheilkunde

| AOP-Sprechstunde | |
|------------------|--|
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05) |

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V der Frauenheilkunde

| Rang | OPS-301 | Absolute Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|-------------------|--|
| 1 | 1-471 | 7 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutterschleimhaut ohne operativen Einschnitt |
| 2 | 1-672 | 7 | Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung |
| 3 | 1-694 | <=5 | Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung |
| 4 | 1-502 | <=5 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt |
| 5 | 5-690 | <=5 | Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutterschleimhaut - Ausschabung |

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft der Frauenheilkunde

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein
Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärzte und Ärztinnen der Frauenheilkunde

| | Anzahl |
|---|--------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | 1,0 |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 1,0 |
| Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) | 0,0 |

Fachexpertise der Abteilung

- **Frauenheilkunde und Geburtshilfe (AQ14)**
- **Sonstige Zusatzweiterbildung (ZF00)**
Urodynamik

B-3.11.2 Pflegepersonal der Frauenheilkunde

| | Anzahl | Ausbildungs- dauer |
|--|--------|-----------------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | 6,0 | 3 Jahre |

B-3.11.3 Spezielles therapeutisches Personal der Frauenheilkunde

| | Anzahl |
|--|--------|
| Diätassistent und Diätassistentin (SP04) | 1,0 |
| Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21) | 5,0 |
| Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25) | 1,0 |
| Kinderpfleger und Kinderpflegerin (SP40) | 6,0 |
| Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte (SP28) | 1,0 |
| Manualtherapeut und Manualtherapeutin (SP42) | 1,0 |
| Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin (SP15) | 1,0 |

B-4 Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

B-4.1 Allgemeine Angaben der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

Fachabteilung: Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin
 Art: nicht Betten führend
 Chefärzte: Geschäftsführender Ltd. Abteilungsarzt: Dipl. med. Holger Altknecht
 Ltd. Abteilungsärztin Dipl. med. Sylke Werthe
 Ltd. Abteilungsärztin Gabriela Herenyiova
 Ansprechpartner: Dipl. med. Holger Altknecht
 Hausanschrift: Lindenstraße 32
 39615 Seehausen / Altmark
 Telefon: 039386 6-218
 Fax: 039386 6-267
 URL: www.dkhseehausen.de
 E-Mail: intensiv@dkhseehausen.de



Anästhesistententeam v.l.: Gabriela Herenyiova, Dipl. Med. Holger Altknecht, Dipl. med. Sylke Werthe

B-4.2 Versorgungsschwerpunkte der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

- **Intensivmedizin (VI20)**
Auf der interdisziplinären Intensivstation (ITS) unseres Hauses werden die Intensivpatienten aller Fachabteilungen incl. der Beatmungspatienten behandelt.
- **Versorgungsschwerpunkt in sonstigem medizinischen Bereich (VX00)**
Ein weiterer Schwerpunkt dieser Fachabteilung ist die Durchführung der Narkosen für die operativen Eingriffe (sowohl stationär als auch ambulant) der chirurgischen, urologischen, orthopädischen, gynäkologischen und der HNO-ärztlichen Abteilung. Ebenso werden Narkosen für ambulante Zahnoperationen durchgeführt. Außerdem erfolgt die Behandlung von Schmerzpatienten (stationär und ambulant).
- **Schrittmachereingriffe (VC05)**
In Zusammenarbeit mit der chirurgischen Abteilung werden Herzschrittmacherimplantationen durchgeführt (incl. der entsprechenden Nachsorge und Aggregatwechsel).

B-4.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

- **Schmerztherapie/-management (MP37)**

B-4.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

- **Sonstiges (SA00)**
Die nicht-medizinischen Serviceangebote der Fachabteilung finden Sie auf Krankenhausebene unter dem Punkt A10.

B-4.5 Fallzahlen der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

Vollstationäre Fallzahl: 0
Teilstationäre Fallzahl: 0

In 2010 wurden folgende Narkosen durchgeführt:

| | |
|-------|------------------------------------|
| 1.954 | Allgemein- bzw. Vollnarkosen |
| 298 | Narkosen für ambulante Operationen |
| 58 | Kindernarkosen |
| 117 | rückenmarksnahe Narkosen |
| 6 | übrige regionale Narkosen |

Auf der interdisziplinären Intensivstation wurden 1.371 Patienten überwacht und behandelt, davon:

| | |
|-------|--------------------------|
| 298 | chirurgische Patienten |
| 1.072 | internistische Patienten |
| 1 | gynäkologische Patientin |

44 Patienten wurden beatmet, davon 41 invasiv (über Tubus oder Tracheostoma) mit insgesamt 3.261 Beatmungstunden und 3 nicht-invasiv (mittels Helm) mit insgesamt 252 Beatmungstunden.

B-4.6 Diagnosen nach ICD der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

Die Intensivpatienten werden innerhalb der anderen vorhandenen Fachabteilungen geführt.

B-4.7 Prozeduren nach OPS der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

Die Intensivpatienten werden innerhalb der anderen vorhandenen Fachabteilungen geführt.

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

| Anästhesiesprechstunde | |
|----------------------------------|--|
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten) (AM04) |
| ambulante Zahnoperationen | |
| Ambulanzart | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten) (AM04) |

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein
Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärzte und Ärztinnen der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

| | Anzahl |
|---|---------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | 3,0 |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 3,0 |
| Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) | 0,0 |

Fachexpertise der Abteilung

- **Anästhesiologie (AQ01)**
Dipl. med. Holger Altknecht
Dipl. med. Sylke Werthe
Gabriela Herenyiova
- **Intensivmedizin (ZF15)**
- **Notfallmedizin (ZF28)**
Dipl.med. Holger Altknecht

B-4.11.2 Pflegepersonal der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

Acht examinierte Pflegekräfte haben eine Fachweiterbildung in Anästhesie und Intensivmedizin.

| | Anzahl | Ausbildungs- dauer |
|--|--------|-----------------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | 17,0 | 3 Jahre |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

- **Intensivpflege und Anästhesie (PQ04)**

B-5 HNO Dr. C. Müller

B-5.1 Allgemeine Angaben der HNO Dr. C. Müller

Fachabteilung: HNO-Belegabteilung
 Art: Belegabteilung
 Chefarzt: Dr. med. Christine Müller

Ansprechpartner: Dr. med. Christine Müller

Hausanschrift: Lindenstraße 32
 39615 Seehausen / Altmark

Telefon: 039386 6-181
 Fax: 039386 6-267

B-5.2 Versorgungsschwerpunkte der HNO Dr. C. Müller

Seit 2008 wird der größte Teil der Eingriffe ambulant durchgeführt.

- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes (VH02)**
Es werden Entfernungen von Polypen (Adenotomien) und Eröffnungen von Trommelfellen durchgeführt (Parazentesen).
- **Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VH13)**
Hier sind die Operationen an Nasenscheidewand und Nasenmuscheln zu nennen.

B-5.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der HNO Dr. C. Müller

- Schmerztherapie/-management (MP37)

B-5.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der HNO Dr. C. Müller

- Sonstiges (SA00)
Die nicht-medizinischen Serviceangebote der Fachabteilung finden Sie auf Krankenhausebene unter dem Punkt A10.

B-5.5 Fallzahlen der HNO Dr. C. Müller

Vollstationäre Fallzahl: 3
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-5.6 Diagnosen nach ICD der HNO Dr. C. Müller

B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD der HNO Dr. C. Müller

| Rang | ICD-10 | Absolute Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|-------------------|---|
| 1 | J34 | <=5 | Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen |

B-5.7 Prozeduren nach OPS der HNO Dr. C. Müller

B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS der HNO Dr. C. Müller

| Rang | OPS-301 | Absolute Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|-------------------|--|
| 1 | 5-214 | <=5 | Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand |
| 2 | 5-215 | <=5 | Operation an der unteren Nasenmuschel |

B-5.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren der HNO Dr. C. Müller

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten der HNO Dr. C. Müller

| Vorbereitungssprechstunde | |
|---------------------------|---------------------------------------|
| Ambulanzart | Belegarztpraxis am Krankenhaus (AM15) |

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V der HNO Dr. C. Müller

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft der HNO Dr. C. Müller

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein
Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärzte und Ärztinnen der HNO Dr. C. Müller

| | Anzahl |
|---|--------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | 0,0 |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 0,0 |
| Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) | 1,0 |

Fachexpertise der Abteilung

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (AQ18)

B-5.11.2 Pflegepersonal der HNO Dr. C. Müller

Die Patienten der HNO-Beleg-Abteilung werden auf einer interdisziplinären Pflegestation versorgt.

| | Anzahl | Ausbildungs- dauer |
|--|--------|-----------------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | 0,0 | 3 Jahre |

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 Abs.1 Satz 3 Nr.1 SGB V (QS-Verfahren)

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

C-1.1.[1] Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für 0:

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate | Kommentar |
|---|----------|--------------------|---|
| Herzschrittmacher-Implantation | 51 | 100,0 | |
| Herzschrittmacher-Aggregatwechsel | 8 | 100,0 | |
| Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | 10 | 90,0 | |
| Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel | <=5 | 50,0 | Fehlerhafte Dokumentation-Eingriff wurde nicht durchgeführt |
| Cholezystektomie | 94 | 100,0 | |
| Gynäkologische Operationen | 28 | 100,0 | |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur | 35 | 100,0 | |
| Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation | 45 | 100,0 | |
| Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation | 79 | 100,0 | |
| Ambulant erworbene Pneumonie | 119 | 100,0 | |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe | 382 | 100,0 | |

C-1.2 Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem QS-Verfahren

C-1.2.[1] Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem QS-Verfahren für 0:

C-1.2.[1] A Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren.

C-1.2.[1] A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Erstimplantation |
|--|--|
| Qualitätsindikator (QI) | Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen |
| Kennzahlbezeichnung | Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 1 |
| Empirisch-statistische Bewertung | mäßig |
| Zähler / Nenner | 49 / 51 |
| Ergebnis (Einheit) | 96,1% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Erstimplantation |
|--|--|
| Qualitätsindikator (QI) | Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen |
| Kennzahlbezeichnung | Leitlinienkonforme Systemwahl und implantiertem Ein- oder Zweikammersystem |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | mäßig |
| Zähler / Nenner | 51 / 51 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Erstimplantation |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Eingriffsdauer |
| Kennzahlbezeichnung | Eingriffsdauer bis 60 Minuten bei implantiertem VVI |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 1 |
| Empirisch-statistische Bewertung | mäßig |
| Zähler / Nenner | 15 / 15 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 60,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Erstimplantation |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Eingriffsdauer |
| Kennzahlbezeichnung | Eingriffsdauer bis 90 Minuten bei implantiertem DDD |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | gut |
| Zähler / Nenner | 34 / 36 |
| Ergebnis (Einheit) | 94,4% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 55,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Erstimplantation |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Durchleuchtungszeit |
| Kennzahlbezeichnung | Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei implantiertem VVI |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 1 |
| Empirisch-statistische Bewertung | gut |
| Zähler / Nenner | 15 / 15 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 75,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Erstimplantation |
|---|--|
| Qualitätsindikator (QI) | Durchleuchtungszeit |
| Kennzahlbezeichnung | Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei implantiertem DDD |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | mäßig |
| Zähler / Nenner | 35 / 36 |
| Ergebnis (Einheit) | 97,2% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 80,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Erstimplantation |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Perioperative Komplikationen |
| Kennzahlbezeichnung | Vorhofsondendislokation bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | schwach |
| Zähler / Nenner | 0 / 36 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Erstimplantation |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Perioperative Komplikationen |
| Kennzahlbezeichnung | Ventrikelsondendislokation bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | schwach |
| Zähler / Nenner | 0 / 51 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Erstimplantation |
|---|--|
| Qualitätsindikator (QI) | Perioperative Komplikationen |
| Kennzahlbezeichnung | Patienten mit chirurgischen Komplikationen |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | schwach |
| Zähler / Nenner | <=5 |
| Ergebnis (Einheit) | 3,9% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 2 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Erstimplantation |
|---|--|
| Qualitätsindikator (QI) | Intrakardiale Signalamplituden |
| Kennzahlbezeichnung | Vorhofsonden mit Amplitude $\geq 1,5$ mV |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | gut |
| Zähler / Nenner | 32 / 36 |
| Ergebnis (Einheit) | 88,9% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 80,0\%$ |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Erstimplantation |
|--|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Intrakardiale Signalamplituden |
| Kennzahlbezeichnung | Ventrikelsonden mit Amplitude ≥ 4 mV |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | mäßig |
| Zähler / Nenner | 50 / 51 |
| Ergebnis (Einheit) | 98,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 90,0\%$ |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Aggregatwechsel |
|--|--|
| Qualitätsindikator (QI) | Reizschwellenbestimmung |
| Kennzahlbezeichnung | Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | mäßig |
| Zähler / Nenner | ≤ 5 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 65,5\%$ |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Aggregatwechsel |
|--|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Reizschwellenbestimmung |
| Kennzahlbezeichnung | Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | mäßig |
| Zähler / Nenner | 8 / 8 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 76,4\%$ |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Aggregatwechsel |
|---|---------------------------------------|
| Qualitätsindikator (QI) | Amplitudenbestimmung |
| Kennzahlbezeichnung | Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | mäßig |
| Zähler / Nenner | <=5 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 67,6% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Cholezystektomie |
|---|--|
| Qualitätsindikator (QI) | Eingriffsspezifische Komplikationen |
| Kennzahlbezeichnung | Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | schwach |
| Zähler / Nenner | 0 / 94 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Cholezystektomie |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Reinterventionensrate |
| Kennzahlbezeichnung | Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3 ohne akute Entzündungszeichen mit Reintervention nach laparoskopischer Operation |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 1 |
| Empirisch-statistische Bewertung | schwach |
| Zähler / Nenner | <=5 |
| Ergebnis (Einheit) | 3,6% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 1,5% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 1 |

| Leistungsbereich (LB) | Cholezystektomie |
|---|--|
| Qualitätsindikator (QI) | Letalität |
| Kennzahlbezeichnung | Verstorbene Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3 |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | schwach |
| Zähler / Nenner | 0 / 93 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen |
| Kennzahlbezeichnung | Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit mindestens einer Organverletzung bei laparoskopischer Operation |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | schwach |
| Zähler / Nenner | <=5 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 1,2% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |



| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Organverletzungen bei Hysterektomie |
| Kennzahlbezeichnung | Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung bei Hysterektomie |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | mäßig |
| Zähler / Nenner | 0 / 18 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen |
|---|--|
| Qualitätsindikator (QI) | Organverletzungen bei Hysterektomie |
| Kennzahlbezeichnung | Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit mindestens einer Organverletzung bei Hysterektomie |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | schwach |
| Zähler / Nenner | 0 / 16 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,7% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Postoperative Histologie bei Ovaryectomies |
| Kennzahlbezeichnung | Patientinnen mit fehlender Histologie nach isoliertem Ovaryectomy |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | schwach |
| Zähler / Nenner | <=5 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Indikation bei Ovaryectomies |
| Kennzahlbezeichnung | Patientinnen mit Follikel- bzw. Corpus luteum-Zyste oder Normalbefund nach isoliertem Ovaryectomy mit vollständiger Entfernung der Adnexe |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | gut |
| Zähler / Nenner | <=5 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 20,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Organerhaltung bei Ovareingriffen |
| Kennzahlbezeichnung | Patientinnen <= 40 Jahre mit organerhaltender Operation bei benigner Histologie |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 1 |
| Empirisch-statistische Bewertung | gut |
| Zähler / Nenner | <=5 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 74,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Konisation |
| Kennzahlbezeichnung | Patientinnen mit führender Histologie "Ektopie" oder mit histologischem Normalbefund nach Konisation" |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | mäßig |
| Zähler / Nenner | <=5 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 13,8% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |



| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen |
|---|--|
| Qualitätsindikator (QI) | Konisation |
| Kennzahlbezeichnung | Patientinnen ohne postoperative Histologie nach Konisation |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | schwach |
| Zähler / Nenner | <=5 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen |
|---|--------------------------------------|
| Qualitätsindikator (QI) | Antibiotikaphylaxe bei Hysterektomie |
| Kennzahlbezeichnung | Antibiotikaphylaxe bei Hysterektomie |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 1 |
| Empirisch-statistische Bewertung | gut |
| Zähler / Nenner | 17 / 18 |
| Ergebnis (Einheit) | 94,4% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Indikation bei Hysterektomie |
| Kennzahlbezeichnung | Patientinnen < 35 Jahre mit Hysterektomie bei benigner Histologie |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | mäßig |
| Zähler / Nenner | 0 / 17 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,5% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur |
|--|--------------------------------------|
| Qualitätsindikator (QI) | Präoperative Verweildauer |
| Kennzahlbezeichnung | Operation > 48 Stunden nach Aufnahme |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 1 |
| Empirisch-statistische Bewertung | gut |
| Zähler / Nenner | <=5 |
| Ergebnis (Einheit) | 8,6% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 15,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur |
|--|--------------------------------|
| Qualitätsindikator (QI) | Reoperation wegen Komplikation |
| Kennzahlbezeichnung | Reoperation |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 1 |
| Empirisch-statistische Bewertung | gut |
| Zähler / Nenner | <=5 |
| Ergebnis (Einheit) | 2,9% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 12,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |



| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur |
|---|--|
| Qualitätsindikator (QI) | Letalität |
| Kennzahlbezeichnung | Letalität bei ASA 3 |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | gut |
| Zähler / Nenner | <=5 |
| Ergebnis (Einheit) | 3,5% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 9 |
| Kommentar Geschäftsstelle | Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen. |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur |
|---|--|
| Qualitätsindikator (QI) | Letalität |
| Kennzahlbezeichnung | Letalität bei ASA 1 - 2 |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | gut |
| Zähler / Nenner | <=5 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 9 |
| Kommentar Geschäftsstelle | Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen. |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur |
|---|--|
| Qualitätsindikator (QI) | Letalität |
| Kennzahlbezeichnung | Letalität bei endoprothetischer Versorgung |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | gut |
| Zähler / Nenner | 0 / 10 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 13,5% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Letalität |
| Kennzahlbezeichnung | Letalität bei osteosynthetischer Versorgung |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | gut |
| Zähler / Nenner | <=5 |
| Ergebnis (Einheit) | 4,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 10,5% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur |
|---|-------------------------------------|
| Qualitätsindikator (QI) | Endoprothesenluxation |
| Kennzahlbezeichnung | Patienten mit Endoprothesenluxation |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 1 |
| Empirisch-statistische Bewertung | mäßig |
| Zähler / Nenner | 0 / 10 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur |
|--|--|
| Qualitätsindikator (QI) | Postoperative Wundinfektion |
| Kennzahlbezeichnung | Patienten mit postoperativer Wundinfektion |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 1 |
| Empirisch-statistische Bewertung | mäßig |
| Zähler / Nenner | 0 / 35 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation |
|--|-------------------------------------|
| Qualitätsindikator (QI) | Indikation |
| Kennzahlbezeichnung | Indikation |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 1 |
| Empirisch-statistische Bewertung | gut |
| Zähler / Nenner | 45 / 45 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation |
|--|-------------------------------------|
| Qualitätsindikator (QI) | Reoperationen wegen Komplikation |
| Kennzahlbezeichnung | Reoperation |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 1 |
| Empirisch-statistische Bewertung | mäßig |
| Zähler / Nenner | 0 / 45 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 9,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation |
|---|-------------------------------------|
| Qualitätsindikator (QI) | Letalität |
| Kennzahlbezeichnung | Letalität bei allen Patienten |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | mäßig |
| Zähler / Nenner | 0 / 45 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation |
|---|--|
| Qualitätsindikator (QI) | Perioperative Antibiotikaphylaxe |
| Kennzahlbezeichnung | Antibiotikaphylaxe bei allen Patienten |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 1 |
| Empirisch-statistische Bewertung | gut |
| Zähler / Nenner | 45 / 45 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation |
|---|--|
| Qualitätsindikator (QI) | Postoperative Beweglichkeit |
| Kennzahlbezeichnung | Postop. Beweglichkeit: Neutral--Methode gemessen |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | keine Angabe |
| Zähler / Nenner | 45 / 45 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation |
|--|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Implantatfehl-lage, Implantatdislokation oder Fraktur |
| Kennzahlbezeichnung | Implantatfehl-lage, -dislokation oder Fraktur |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | schwach |
| Zähler / Nenner | 0 / 45 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation |
|--|-------------------------------------|
| Qualitätsindikator (QI) | Endoprothesenluxation |
| Kennzahlbezeichnung | Endoprothesenluxation |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | schwach |
| Zähler / Nenner | 0 / 45 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation |
|--|-------------------------------------|
| Qualitätsindikator (QI) | Postoperative Wundinfektion |
| Kennzahlbezeichnung | Postoperative Wundinfektionen |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | schwach |
| Zähler / Nenner | 0 / 45 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation |
|--|--|
| Qualitätsindikator (QI) | Indikation |
| Kennzahlbezeichnung | Indikation |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 1 |
| Empirisch-statistische Bewertung | gut |
| Zähler / Nenner | 80 / 80 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation |
|--|--|
| Qualitätsindikator (QI) | Reoperationen wegen Komplikation |
| Kennzahlbezeichnung | Patienten mit Reoperation wegen Komplikation |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | schwach |
| Zähler / Nenner | 0 / 80 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 6,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation |
|--|--|
| Qualitätsindikator (QI) | Letalität |
| Kennzahlbezeichnung | Letalität |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | schwach |
| Zähler / Nenner | 0 / 80 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation |
|---|--|
| Qualitätsindikator (QI) | Postoperative Beweglichkeit |
| Kennzahlbezeichnung | Post. Beweglichkeit: Neutral--Methode gemessen |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | gut |
| Zähler / Nenner | 79 / 80 |
| Ergebnis (Einheit) | 98,8% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 80,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Postoperative Beweglichkeit |
| Kennzahlbezeichnung | Patienten ab 20 Jahre mit postoperativer Beweglichkeit von mind. 0/0/90 |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | gut |
| Zähler / Nenner | 64 / 79 |
| Ergebnis (Einheit) | 81,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 80,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |



| Leistungsbereich (LB) | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme |
| Kennzahlbezeichnung | Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | mäßig |
| Zähler / Nenner | <=5 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,2% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 9 |
| Kommentar Geschäftsstelle | Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen. |

| Leistungsbereich (LB) | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme |
| Kennzahlbezeichnung | Patienten mit Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 1 |
| Empirisch-statistische Bewertung | gut |
| Zähler / Nenner | <=5 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,2% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 9 |
| Kommentar Geschäftsstelle | Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen. |

| Leistungsbereich (LB) | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme |
| Kennzahlbezeichnung | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | keine Angabe |
| Zähler / Nenner | entfällt |
| Ergebnis (Einheit) | 0,2 |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 9 |
| Kommentar Geschäftsstelle | Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen. |

| Leistungsbereich (LB) | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme |
| Kennzahlbezeichnung | Risikoadjustierte Rate an Dekubitus Grad 2 - 4 bei Entlassung |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 1 |
| Empirisch-statistische Bewertung | gut |
| Zähler / Nenner | entfällt |
| Ergebnis (Einheit) | 0,2% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 1,9% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme |
| Kennzahlbezeichnung | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | keine Angabe |
| Zähler / Nenner | entfällt |
| Ergebnis (Einheit) | 0,1 |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 9 |
| Kommentar Geschäftsstelle | Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen. |

| Leistungsbereich (LB) | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme |
| Kennzahlbezeichnung | Risikoadjustierte Rate an Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | keine Angabe |
| Zähler / Nenner | entfällt |
| Ergebnis (Einheit) | 0,2% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,7% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 |
| Kennzahlbezeichnung | Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | schwach |
| Zähler / Nenner | 0 / 499 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 |
| Kennzahlbezeichnung | Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und ohne Risikofaktoren |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | schwach |
| Zähler / Nenner | 0 / 276 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | nicht festgelegt |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 9 |
| Kommentar Geschäftsstelle | Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen. |

| Leistungsbereich (LB) | Pneumonie |
|---|--|
| Qualitätsindikator (QI) | Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie |
| Kennzahlbezeichnung | Patienten mit erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 1 |
| Empirisch-statistische Bewertung | mäßig |
| Zähler / Nenner | 129 / 130 |
| Ergebnis (Einheit) | 99,2% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,0% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Pneumonie |
|---|--|
| Qualitätsindikator (QI) | Antimikrobielle Therapie |
| Kennzahlbezeichnung | Alle Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus) |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 1 |
| Empirisch-statistische Bewertung | gut |
| Zähler / Nenner | 116 / 127 |
| Ergebnis (Einheit) | 91,3% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 86,6% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |



| Leistungsbereich (LB) | Pneumonie |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Frühmobilisation |
| Kennzahlbezeichnung | Patienten der Risikoklasse 2 (1-2 Punkte nach CRB-65-SCORE) mit Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | gut |
| Zähler / Nenner | 57 / 58 |
| Ergebnis (Einheit) | 98,3% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 74,7\%$ |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Pneumonie |
|---|--|
| Qualitätsindikator (QI) | Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien |
| Kennzahlbezeichnung | Klinische Stabilitätskriterien bei Entlassung vollständig bestimmt |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 1 |
| Empirisch-statistische Bewertung | gut |
| Zähler / Nenner | 92 / 93 |
| Ergebnis (Einheit) | 98,9% |
| Referenzbereich (bundesweit) | $\geq 95,0\%$ |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Pneumonie |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Krankenhaus-Letalität |
| Kennzahlbezeichnung | Verstorbene Patienten der Risikoklasse 1 (0 Punkte nach CRB-65-SCORE) |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | schwach |
| Zähler / Nenner | <=5 |
| Ergebnis (Einheit) | 4,5% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,9% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Pneumonie |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Krankenhaus-Letalität |
| Kennzahlbezeichnung | Verstorbene Patienten der Risikoklasse 2 (1-2 Punkte nach CRB-65-SCORE) |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | gut |
| Zähler / Nenner | 13 / 100 |
| Ergebnis (Einheit) | 13,0% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 18,1% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

| Leistungsbereich (LB) | Pneumonie |
|---|---|
| Qualitätsindikator (QI) | Krankenhaus-Letalität |
| Kennzahlbezeichnung | Verstorbene Patienten der Risikoklasse 3 (3-4 Punkte nach CRB-65-SCORE) |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 2 |
| Empirisch-statistische Bewertung | mäßig |
| Zähler / Nenner | <=5 |
| Ergebnis (Einheit) | 14,3% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 45,6% |
| Vertrauensbereich | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 8 |

C-1.2.[1] A.II Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind

| Leistungsbereich (LB) | Pneumonie |
|--|-----------------------------|
| Qualitätsindikator (QI) | Verlaufskontrolle CRP / PCT |
| Kennzahlbezeichnung | Verlaufskontrolle CRP / PCT |
| Abschließende Bewertung durch Fachkommission | 1 |
| Empirisch-statistische Bewertung | mäßig |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | 0 |

Legende - Bewertung durch den Strukturierten Dialog

- 0 = Der Strukturierte Dialog ist noch nicht abgeschlossen. Derzeit ist noch keine Einstufung der Ergebnisse möglich.
- 1 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft.
- 2 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft. Die Ergebnisse werden im Verlauf besonders kontrolliert.
- 3 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig eingestuft.
- 4 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als erneut qualitativ auffällig eingestuft.
- 5 = Das Ergebnis wird bei mangelnder Mitwirkung am Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig eingestuft.
- 8 = Das Ergebnis ist unauffällig. Es ist kein Strukturiertes Dialog erforderlich.
- 9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)
- 13 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als qualitativ auffällig eingestuft.
- 14 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als erneut qualitativ auffällig eingestuft.

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 Abs.1 Satz 3 Nr.1 SGB V (QS-Verfahren)

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß §112 SGB V

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

Trifft für das Krankenhaus nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

An sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung wird nicht teilgenommen.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

| | Mindestmenge | Erbrachte Menge |
|----------|--------------|-----------------|
| Knie-TEP | 50 | 79 |

C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V („Strukturqualitätsvereinbarung“)

Trifft für das Krankenhaus nicht zu.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V

| Nr. | | Anzahl |
|-----|--|--------|
| 1. | Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen | 11,0 |
| 2. | Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3] | 7,0 |
| 3. | Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2] | 7,0 |

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Mit der AGAPLESION Grundsatzerklärung zum Qualitätsmanagement, der Qualitätspolitik und den Qualitätszielen wurde in unserem Verbund die Basis für ein strukturiertes Qualitätsmanagement geschaffen und dies seitdem kontinuierlich fortgeschrieben.

Leitbild, Diakonisches Profil sowie Verhaltens- und Führungsgrundsätze bilden die Grundlage unserer täglichen Arbeit, die wir als „christlich begründeten Dienst helfender Liebe“ verstehen. In der Qualitätspolitik formulieren wir unser Bestreben, mit den verfügbaren Ressourcen unter humanitären, ethischen, aber auch wirtschaftlichen Gesichtspunkten einen möglichst großen Nutzen und ein hohes Maß an Qualität zu erreichen.

Wir haben in unserem Unternehmen ein Qualitätsmanagement-System eingeführt, das dem spezifischen Wertesystem eines konfessionellen Unternehmens entspricht. Es dient der Erfüllung fachlicher, ökonomischer und gesetzlicher Leistungsanforderungen. Es hilft bei der Planung, Durchführung, Überwachung und Verbesserung aller qualitätsrelevanten Tätigkeiten. Vor allem unterstützt es uns bei der Verbesserung der Patienten-, Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit.

Kooperation

Das AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS SEEHAUSEN ist ein Unternehmen im diakonischen Einrichtungsverbund der AGAPLESION gemeinnützige Aktiengesellschaft. Deren Leistungen, Philosophie, Vision, Leitbild, Struktur und Ansprechpartner sind im Internet unter www.agaplesion.de beschrieben.

Die Interessen der Patienten erfüllen

Alle Mitarbeiter fühlen sich den Belangen unserer Patienten verpflichtet. Unser Ziel und unsere Aufgabe sind es, sowohl qualitativ hochwertige medizinische Fachkompetenz als auch eine Betreuung zu gewährleisten, bei welcher der Patient als Mensch im Vordergrund steht.

Entsprechend unserem diakonischen Auftrag bieten wir neben dem medizinischen Leistungsspektrum ein Angebot an sozialer Beratung sowie Begleitung durch den Seelsorger.

Unsere Mitarbeiter, die Schlüssel zum Erfolg

Teamentwicklung, Teamförderung und die aktive Mitgestaltung an Veränderungsprozessen der eigenen Arbeitsbereiche prägen unsere Zusammenarbeit. Dadurch, dass ein interdisziplinäres Team kontinuierlich gemeinsam die Behandlungsprozesse verbessert, profitiert die gesamte Organisation durch mehr Transparenz und Bewusstsein füreinander. Auf allen Ebenen sollen Strukturen berufsübergreifend sicher vermittelt und transparent dargestellt werden.

Die systematische Personalentwicklung orientiert sich an der Gesamtentwicklung des Gesundheitswesens und an der Zielplanung des Unternehmens. Sie soll Lern- und Veränderungsprozesse initiieren und den Bedarf an Aus-, Fort- und Weiterbildung durch zielgruppenspezifische Maßnahmen decken. Führungskräfte werden durch gezieltes Training in ihrer Kompetenz gestärkt.

D-2 Qualitätsziele

Neben unserem Leitbild haben wir auf der Ebene des AGAPLESION Verbundes die Qualitätspolitik und ihre Ziele definiert. Sie implizieren konkrete Vorgaben bei der einrichtungsinternen Zielplanung und Steuerung.

Qualitätsziele sind beispielsweise:

- Prävention, Diagnostik, Pflege, Therapie und Nachsorge erfolgen nach Maßgabe der Fachgesellschaften.
- Alle Berufsgruppen verstehen sich als Dienstleister mit fachlicher, sozialer, pädagogischer, organisatorischer und persönlicher Kompetenz.
- Seelsorge ist im Behandlungsangebot verankert.
- Qualifizierte Aus-, Fort- und Weiterbildung sind Verpflichtung.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Durch die Grundsatzerklärung zum Qualitätsmanagement auf Verbundebene ist die Krankenhausleitung aufgefordert, ein aktives Qualitätsmanagement auf Grundlage der Kriterien der KTQ zu betreiben.

Dies ist jedoch ohne die Beteiligung der Mitarbeiter nicht möglich.

Daher haben im AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS SEEHAUSEN alle Führungskräfte und Mitarbeiter die Aufgabe und Verantwortung, sich aktiv am Qualitätsmanagement zu beteiligen und dessen Weiterentwicklung mitzugestalten.

PDCA-Zyklus = Deming-Kreis = Qualitätszyklus
 Kontinuierliche Verbesserung der Prozesse (KVP)

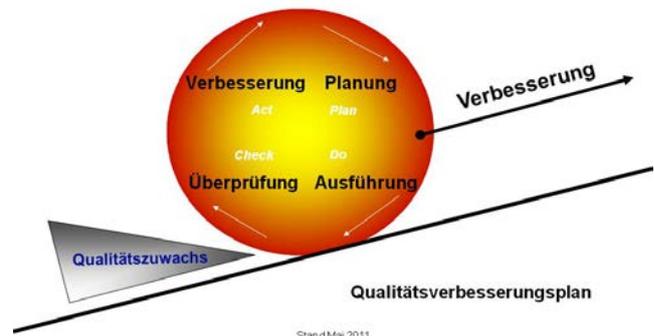


Abb. Qualitätsverbesserungsplan

Grundsätzlich haben alle Führungskräfte in unseren Einrichtungen die Verantwortung:

- durch ihre Vorbildfunktion das Qualitätsbewusstsein aller Mitarbeiter zu fördern,
- die kontinuierliche Verbesserung von Prozessen im Sinne der Patienten- und Angehörigenorientierung zu fördern, zu unterstützen und zu gestalten,
- die reibungslose Zusammenarbeit mit den jeweiligen Schnittstellen sicherzustellen,
- Informationen an die Mitarbeiter weiterzugeben.

Um die strategischen Ziele zu unterstützen und die Vision zu verwirklichen, werden durch die Geschäftsführung, das Krankenhausdirektorium und die Qualitätsmanagementbeauftragte jährlich konkrete Jahresziele, Maßnahmen, Zeitvorgaben und Verantwortlichkeiten definiert. Qualitätsziele sind dabei integraler Bestandteil dieser Jahreszielplanung.

Organisation des Qualitätsmanagements

Im AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS SEEHAUSEN ist die Geschäftsführung für die Umsetzung des Qualitätsmanagements in Zusammenarbeit mit dem Krankenhausdirektorium verantwortlich.

Die nebenamtliche Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) ist als Stabsstelle zum Krankenhausdirektorium benannt. Sie berät und unterstützt die Führungskräfte und Mitarbeiter hinsichtlich der Qualitätsentwicklung und begleitet die Qualitätsmanagementbeauftragten der Abteilungen sowie das QM-Team.

Diese haben die Aufgabe, konkrete Maßnahmen in den einzelnen Abteilungen/Kliniken zu unterstützen und zu begleiten. Dazu gehören: Verbesserungspotenziale erkennen, kommunizieren und gemeinsam mit den Beteiligten Lösungen erarbeiten.

Zur Unterstützung werden Projekt- und Arbeitsgruppen sowie Qualitätszirkel eingesetzt.

Die Einrichtungen werden im Verbund durch das zentrale Qualitätsmanagement AGAPLESION (QMZ) unterstützt. So werden Aktivitäten des Qualitätsmanagements koordiniert und ein aktiver Wissensaustausch betrieben.

Aufbaustruktur Qualitätsmanagement

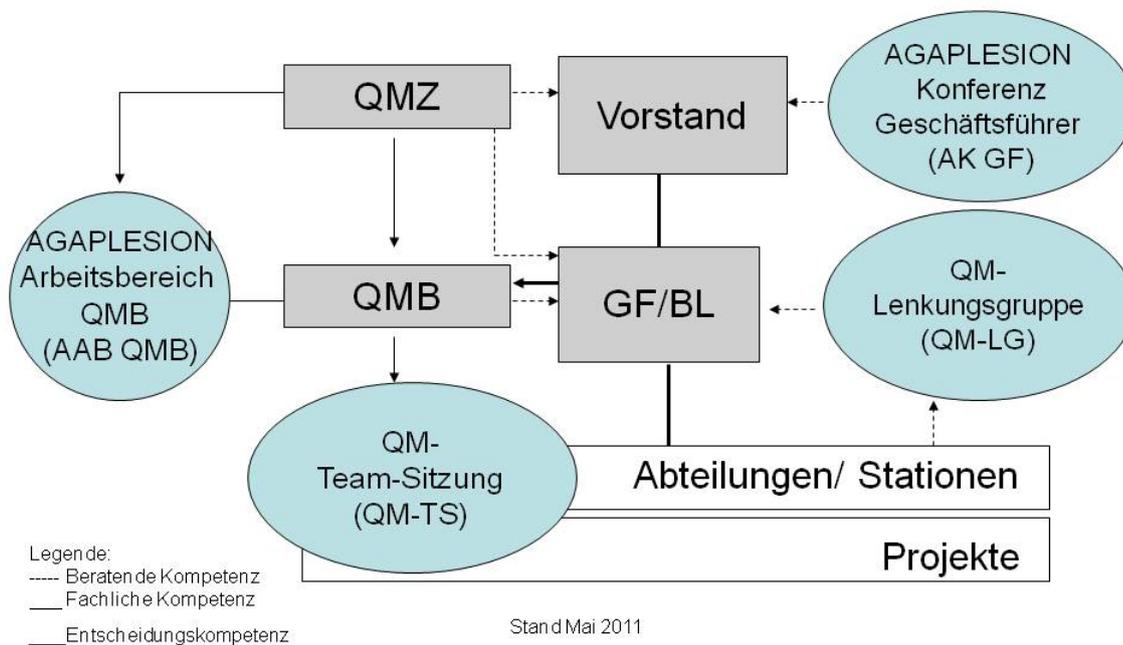


Abb: Aufbaustruktur des Qualitätsmanagements AGAPLESION gemeinnütze AG

Kommunikationsstruktur QM

Die Grundprinzipien unserer Regelkommunikation sind in einer systematischen Übersicht aufgeführt. Hier sind alle regelmäßigen Besprechungen mit Angabe der Sitzungsleitung und – teilnehmer sowie der Dokumentationsform enthalten. Darüber hinaus wird bedarfs- und themenbezogen im Rahmen von Projekt- und Arbeitsaufträgen kommuniziert.

Zu den QM-Kommunikationsstrukturen gehören folgende Gremien:

AGAPLESION weit (einrichtungsübergreifend):

- AGAPLESION Konferenz Qualitätsmanagement (AK-QM)
- AGAPLESION Konferenz Arbeitsbereich QMB (AAB QMB)

Im einzelnen Krankenhaus:

- Betriebsleitungssitzungen
- Qualitätsmanagement-Lenkungsgruppe (QM-LG)
- Qualitätsmanagement-Team-Sitzungen
- Sitzungen der Projekt- und Arbeitsgruppen
- Mitarbeiter-Versammlung

Projektorganisation

Wir gestalten den kontinuierlichen Verbesserungsprozess systematisch mit einer strukturierten Projektarbeit in den Einrichtungen. Grundlage für die Definition von Projekt oder Arbeitsaufträgen durch die Betriebsleitungen sind: Zielplanungen, Vorschläge aus dem Qualitätsmanagement, Ergebnisse des Beschwerdemanagements etc. Die Projekt- und Arbeitsgruppen werden themenbezogen zusammengesetzt. Sie erarbeiten zusammen mit den Beteiligten Lösungen und sorgen für ihre Umsetzung.

Als Grundregeln für eine effektive Projektarbeit gelten in unserer Einrichtung:

- klarer Auftrag und Zielsetzung
- Definition der Zeitschienen und Verantwortlichkeiten
- schriftliche Fixierung der Ergebnisse
- Umsetzungsplan für die Praxis
- Überprüfung und Evaluation der Ergebnisse

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Interdisziplinäre Behandlungsplanung

Ein wesentlicher Bestandteil interner Qualitätssicherungsmaßnahmen sind interdisziplinäre Besprechungen sowie die ärztlichen Visiten. Hierdurch werden eine bedarfsgerechte und kurzfristige Steuerung des Behandlungsverlaufs garantiert.

- **Medizinische Fallbesprechung:** Im interdisziplinären Ärzte- und Therapeuten-Team werden beispielsweise Behandlungskonzepte diskutiert und die optimale Behandlungsplanung unter Berücksichtigung der Patientenwünsche abgestimmt. Dies geschieht insbesondere auf der Intensivtherapiestation.
- **Ärztliche Besprechung:** Die Analyse von Qualitätsindikatoren oder Komplikationen erfolgt regelmäßig abteilungsbezogen in den ärztlichen Besprechungen unter Leitung des Chefarztes. Behandlungskonzepte werden gezielt an konkreten Daten und Szenarien besprochen und Behandlungsstandards festgelegt.
- **Tägliche Visiten:** Die Stationsarztvisite, Oberarztvisite und Chefarztvisite sind wichtige Elemente unserer Qualitätssicherung. Gemeinsam mit dem Patienten werden der Stand des Therapieverlaufs, die Wünsche der Patienten sowie die Anforderungen zur weiteren Behandlungsplanung bewertet und Maßnahmen abgestimmt.
- **Behandlungspfade:** Mit den klinischen Behandlungspfaden wird der Behandlungsverlauf optimiert und die Minimierung der Risiken und die Optimierung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung erreicht. Der Klinische Behandlungspfad ist für alle am Behandlungsprozess Beteiligten verbindlich.

Interne Audits und Begehungen

Interne Überprüfungen dienen der systematischen Bewertung des Qualitätsmanagements und der Aufdeckung von Verbesserungspotentialen. Zu Beginn eines Jahres werden die internen Überprüfungen terminiert. Durch die gezielten Begehungen und Gespräche mit den Mitarbeitern werden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gemeinsam evaluiert. Die daraus abgeleiteten Maßnahmen werden schriftlich fixiert und in einem festgelegten Zeitraum bearbeitet. Folgende interne Überprüfungen werden unterschieden:

- Pflege- und Stationsaudits zur Qualitätsprüfung in den Stationsbereichen. Diese dienen auch der Überprüfung der Umsetzungsqualität nationaler Expertenstandards, z. B. Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe und der Anwendung von medizinischen Leitlinien der Fachgesellschaften. (verantwortlich: Pflegedienstleitung)
- Interne Audits zur Qualitätsprüfung in Funktions-, Hauswirtschaft-, Technik-, Verwaltungsbereichen (verantwortlich: Abteilungsleitungen und QMB der Einrichtung)
- Interne Visitationen zur Wirksamkeitsprüfung des QM-Systems (verantwortlich: zentrales Qualitätsmanagement AGAPLESION).
- Regelmäßige Begehungen durch Spezialisten. Die Einrichtungen sind zur Durchführung interner Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 SGB V verpflichtet.

Hierzu gehören insbesondere jährliche Begehungen und Überprüfungen der betrieblichen Bereiche durch:

- den Krankenhaus-Hygiene-Arzt und die Hygienefachkraft,
- ein externes Hygieneinstitut,
- den Qualitätsmanagementbeauftragten für Transfusionsmedizin,
- den Krankenhausapotheker zur Arzneimittelversorgung,
- die Fachkraft für Arbeitssicherheit zur Bewertung der Arbeitsplätze.

Aus den Ergebnissen der Begehungen und Überprüfungen werden konkrete Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet und im Rahmen des internen Qualitätsmanagements bearbeitet.

Strukturiertes Beschwerdemanagement

Wir begreifen Beschwerden als Chance zur Verbesserung. Deshalb betreiben wir ein aktives und strukturiertes Beschwerdemanagement. Der Flyer „Ihre Meinung ist uns wichtig“ wird jedem Patienten zusammen mit den Aufnahmeunterlagen ausgehändigt und liegt im gesamten Krankenhaus aus. Damit können uns alle Patienten, Angehörige und Besucher Rückmeldungen geben. Auf diese Weise haben mehr als 10% unserer Patienten ihre Meinung kundgetan. Unsere Mitarbeiter freuten sich vor allem darüber, dass mehr als zwei Drittel aller Rückmeldungen positive und lobenswerte Erfahrungen mit dem Pflegedienst und der medizinischen Betreuung beschrieben.

Grundsätzlich sind alle Mitarbeiter Ansprechpartner für Patienten und Angehörige, um Anregungen und Beschwerden aufzunehmen und zu bearbeiten. In Fortbildungen lernen unsere Mitarbeiter Beschwerden konstruktiv zu begegnen. Die Krankenhausleitung trägt die Verantwortung für das strukturierte Beschwerdemanagement. Es erfolgt jährlich eine Auswertung der eingegangenen Meinungsbögen, welche in den einzelnen Abteilungen kommuniziert wird.

Risikomanagement

Gerade durch die sich ständig verändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen sowie durch den stetig steigenden medizinischen Fortschritt wachsen die Herausforderungen und Risiken für Krankenhäuser, aber auch für einzelne Mitarbeiter.

Im Einrichtungsverbund AGAPLESION wurde 2005/2006 eine Rahmenkonzeption Risikomanagement und ein Leitfaden für ein Meldesystem potentieller Risiken (CIRS) entwickelt. Mit der Bestellung eines Risikomanagers in 2009 erfolgt die Gründung einer Projektgruppe Risikomanagement. Strukturiert werden Risiken zusammengetragen, bewertet, die Einführung des Meldesystems (CIRS) geplant und begleitend umgesetzt. Nach einem abgestuften Berichtswesen werden potentielle Risiken überwacht und jährlich neu bewertet. Im AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS SEEHAUSEN befindet sich das Risikomanagement weiter im Aufbau.

Patientenbefragung

Mithilfe von Patientenbefragungen lassen sich die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten identifizieren und deren Zufriedenheit feststellen. In 2010 wurde eine Patientenzufriedenheitsanalyse mit einer Forschungsgruppe durchgeführt. Dazu wurden 155 Patienten der chirurgischen und internistischen Abteilung befragt. Die Patienten konnten zu Themen wie Aufnahme und Entlassung, ärztliche und pflegerische Betreuung, Schmerzbehandlung, Qualität des Essens, Sauberkeit etc. ihre Meinung äußern. Diese wurde dann mit einer Vergleichsgruppe von rund 200 Krankenhäusern verglichen. Dabei konnte eine überdurchschnittlich hohe Zufriedenheit unserer Patienten festgestellt werden.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Qualitätsmanagementprojekte werden durch die Krankenhausleitung ausgewählt. Grundlage sind Ergebnisse und Maßnahmekataloge der jährlichen Zielplanungen und der Instrumente und Methoden des Qualitätsmanagements. Im Folgenden werden einige Projekte vorgestellt.

Schmerzmanagement

Das im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland verankerte Recht eines jeden Menschen auf Leben und körperliche Unversehrtheit schließt im weiteren Sinne auch das Recht auf Schmerzfreiheit mit ein.

Die Schmerzlinderung ist ein obligater Bestandteil des ärztlichen Handelns. Daher ist es notwendig, nach bestimmten, für jeden Fachbereich speziell festgelegten Richtlinien zu arbeiten, um im Rahmen der Qualitätsverbesserung an unserem Hause diesem Ziele näher zu kommen.

Nach bestimmten Leitlinien wird sowohl im ärztlichen als auch pflegerischen Bereich die Erfassung, Dokumentation und die notwendige Therapie von Schmerzen systematisch bei jedem Patienten durchgeführt.

Anhand von sog. „Schmerzskalen“ wird der Patient gebeten, seine Schmerzstärke einzuschätzen. Dies wird vom Pflegepersonal genauestens erklärt. Die Erfassung der Schmerzen erfolgt dann lt. den Leitlinien 3 x täglich, wird vom Pflegepersonal dokumentiert und bei Notwendigkeit dann durch ärztliche Anordnung therapiert.

Zum Abschluss ihres Aufenthaltes im Krankenhaus bitten wir unsere Patienten dann um eine anonyme Bewertung der stattgehabten Schmerztherapie, damit wir die Ergebnisse unserer Arbeit besser beurteilen und möglicherweise deren Qualität verbessern können.

Ziel der Schmerztherapie ist es, den Gesamtprozess zu optimieren, um nicht nur den Schmerz zu reduzieren und die Mobilisierung zu beschleunigen, sondern dadurch auch Nebenwirkungen zu reduzieren, postoperative Komplikationen zu vermeiden sowie auch Kosten zu senken, um letztlich einen zufriedeneren Patienten entlassen zu können.

Öffentlichkeitsarbeit

Ziel dieses Projektes ist es, durch strukturierte Öffentlichkeitsarbeit das öffentliche Vertrauen zu gewinnen und eine nachhaltige Patientenbindung zu erreichen. Dafür muss ein auf Vertrauen beruhendes widerspruchsfreies Image und ein hoher Bekanntheitsgrad aufgebaut werden.

Gleichermaßen wichtig ist die interne Kommunikation. Ein glaubwürdiges Image als Gesundheitsdienstleister beginnt zwar bei der „Botschaft“, muss sich aber letztendlich an der eigenen Leistung messen lassen. Die Beschäftigten sind die Hauptverantwortlichen für die Leistungserbringung und repräsentieren dadurch das Unternehmen. Die interne Kommunikation zielt darauf ab, mit dem positiven Unternehmensimage motivierend nach innen und außen ein „Wir-Gefühl“ zu schaffen.

Ein ebenfalls wichtiger Teil der Öffentlichkeitsarbeit ist die zielgerichtete Information, beispielsweise über Behandlungsmöglichkeiten und medizinische Zusammenhänge.

Insgesamt zielt die Öffentlichkeitsarbeit darauf, die Beziehungen zu verschiedenen Gruppen innerhalb und außerhalb des Unternehmens zielgerichtet und langfristig zu pflegen.

Zu diesem Zweck wurde in Anlehnung an die Designrichtlinien der AGAPLESION gAG ein Corporate-Design-Handbuch entwickelt, um Gestaltungselemente wie Logo, Hausfarben und –schriften einheitlich, beispielsweise auf Briefpapier, Broschüren und Internetseiten, zu verwenden und um somit den Wiedererkennungswert zu steigern. Im Juli 2010 erfolgte eine Namensänderung des Krankenhauses in AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS SEEHAUSEN. Mit diesem Schritt soll die Zugehörigkeit zum AGAPLESION Konzern noch intensiver dargestellt werden. In diesem Zusammenhang hat sich auch das Logo des Krankenhauses verändert. Die neue Bildmarke zeigt ein Herz mit einem angeschnittenen „A“, das von einem Menschen gehalten wird. Die neue Bildmarke wurde einheitlich in allen AGAPLESION Häusern übernommen.

Zweimal jährlich bringt das Krankenhaus die Informationszeitschrift „DKH aktuell“ heraus, in welcher über neue Behandlungsmöglichkeiten usw. berichtet wird. Zielgruppe sind die niedergelassenen Ärzte der Umgebung, Apotheken und Zahnarztpraxen, aber auch Patienten und Besucher des Krankenhauses.

In regelmäßigen Abständen (alle zwei Jahre) hat die Bevölkerung am „Tag der offenen Tür“ die Möglichkeit, sich über neue Behandlungsmöglichkeiten im AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS SEEHAUSEN umfassend zu informieren. Dabei können die Räumlichkeiten besichtigt und Informationen über diagnostische und therapeutische Verfahren z.B. anhand von Demonstrationen eingeholt werden.

Einmal jährlich findet ein Aktionstag für die Bevölkerung statt. Dabei werden zu einem bestimmten Thema Vorträge und weiterführende Untersuchungen angeboten. Im Juni 2010 standen die erhöhten Cholesterinwerte im Mittelpunkt dieses Aktionstages.

Aktion „Saubere Hände“ Keine Chance den Krankenhausinfektionen

Weltweit erleiden 3 – 5 % aller Patienten während der stationären Betreuung eine Krankenhausinfektion (z.B. Lungenentzündung, Harnwegsinfekt, Wundinfektionen). Etwa 40 % dieser Infektionen lassen sich durch standardisierte Hygienemaßnahmen, insbesondere durch eine gute Händedesinfektion des Personals, vermeiden. Deswegen wurde auf Betreiben namhafter Fachgesellschaften in Deutschland die nationale Kampagne „Aktion saubere Hände“ entwickelt.

Bereits im Oktober 2008 entschloss sich die Krankenhausleitung, zusammen mit dem Hygieneteam, diese neue Hygienerichtlinie auch in unserem Hause einzuführen. Sie beinhaltet eine korrekte und standardisierte Händedesinfektion für Ärzte und Pflegepersonal beim Umgang mit dem Patienten und seiner Umgebung.

In Anbetracht der zunehmenden Arbeitsbelastung unseres Personals und Arbeitsverdichtung entschlossen wir uns zu einem multimodalen Schulungskonzept: Einleitende Vorträge, Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl von Desinfektionsspendern und Kitteltasche-Spendern, Schulung der Mitarbeiter im weiteren Verlauf in kleinen Gruppen und Erfahrungsaustausch. Des Weiteren wurden auch alle leitenden Mitarbeiter unseres Hauses im Sinne einer Vorbildfunktion „mit ins Boot geholt“.

Nach einem Aktionstag im November 2009 als Kick-off-Veranstaltung gestaltet unsere Hygienefachkraft in Zusammenarbeit mit der Industrie regelmäßig Auffrischungsveranstaltungen.

Mit unserem Händeabdruck und unserer Unterschrift auf der Pin-Wand vor dem Raum der Stille bekunden wir Mitarbeiter unseren festen Willen, die Aktion - soweit es in unseren Kräften - steht umzusetzen. Dies zum Wohl und zur Sicherheit unserer Patienten.

Qualitätsüberwachung in der Anästhesie

Zum anästhesiologischen Management zählen nicht nur die Narkosen an sich, auch die Vorbereitung und die Nachsorge im Aufwachraum/Station bedürfen einer vielfältigen und vor allem sorgfältigen Überwachung des Patienten. Um die Qualität unserer Arbeit beurteilen zu können, findet seit 2003 eine Befragung des Patienten mittels eines Erhebungsbogens nach jeder erfolgten Narkose statt. Dieser Bogen wird anonym geführt. Es wird die Art des operativen Eingriffes, das Geschlecht und das Alter des Patienten erfasst. Wir erhalten ca. 45 % aller ausgegebenen Bögen zurück und werten sie statistisch aus.

Als erstes machen die Patienten Aussagen über eigene Erfahrungen, die sie mit Narkosen hatten (z.B. Übelkeit/Erbrechen nach Narkose, Schmerzen...). Das Aufklärungsgespräch zur Narkose als auch die Schlafqualität am Abend vor der Operation werden beurteilt. Eine umfangreiche Befragung gibt es zum OP-Tag selbst. Hat die Beruhigungstablette am Morgen gut gewirkt? War die Wartezeit bis zur OP zu lange? Was wurde als besonders unangenehm während der Narkosevorbereitung empfunden (Venepunktion, Frieren, Angst...)? Waren die Patienten mit der Narkose/Teilnarkose an sich zufrieden? Die Zeit im Aufwachraum nimmt ebenfalls einen hohen Stellenwert ein. Hier geht es insbesondere um Übelkeit/Erbrechen, Schmerzen, um die Betreuung durch das Personal.

Um konkreter handeln zu können, werden im Anschluss einzelne mögliche Beschwerden aufgezählt, die dann in einer Graduierung von leicht bis stark durch den Patienten bewertet werden können. Dazu zählen u.a. Durst, Hunger, Übelkeit, Heiserkeit, Luftnot, Kältezittern, Narkoseüberhang und vor allem Schmerzen. Letzteren widmen wir besonders große Aufmerksamkeit. Eine adäquate Schmerztherapie kann den Verlauf nach einer Operation deutlich positiv beeinflussen. Daher erfolgt die Erfassung von Schmerzen mittels der Schmerzskala auch nach Verlassen des Aufwachraumes bis zum Ende des stationären Aufenthaltes.

Der statistischen Erfassung der Daten folgten Veränderungen im Management unserer Abteilung. Durch ein umfassenderes Aufklärungsgespräch konnte die Angst vor der Narkose um 8 % gesenkt werden. Die Wartezeit am OP-Tag wurde für den Patienten dadurch vermindert, dass die Gabe der Beruhigungstablette am OP-Morgen an die jeweils geplante OP-Zeit angepasst wurde. Zu 3 - 4 % beklagten sich die Patienten über Frieren im OP bis zum Beginn der Narkose bzw. auch im Aufwachraum. Für uns der Anlass, sie mit vorgewärmten Infusionen und Decken aus dem Wärmeschrank zu versorgen.

Mit der Betreuung im Vorbereitungsraum, den Narkosen selbst als auch mit der Betreuung im Aufwachraum waren die Patienten zu über 90 % zufrieden, so dass hier wenig Veränderungsbedarf bestand. Ca. die Hälfte der Patienten gab postoperativ Beschwerden an. Besonders beklagt wurde ein Durstgefühl. Nachdem wir das Regime der Flüssigkeitsaufnahme nach einer Narkose verändert hatten, die Patienten also früher trinken und essen durften, konnten wir dieses Problem um 9 % senken.

Des Weiteren mussten wir feststellen, dass Schmerzen mit ca. 20 % (nach OP-Ende bis zum ersten postoperativen Tag) eine weitere Anpassung der Schmerztherapie erforderlich machten. Es wird daraufhin bereits in der Prämedikation zur Beruhigungstablette grundsätzlich ein Analgetikum gereicht, um den postoperativen Schmerzmittelbedarf zu senken. Zudem erfolgte im Aufwachraum und auf Station eine Umstellung der Schmerztherapie. Zur Vorbeugung gegen Übelkeit/Erbrechen erhalten die Patienten bereits zum Ende der Operation (besonders bei bekannter Anamnese) ein Antiemetikum.

Seit 2005 findet an jedem OP-Tag eine abendliche Anästhesievisite statt. Der Dienst habende Anästhesist besucht jeden operierten Patienten am Abend auf Station und überprüft und dokumentiert den Verlauf bzw. anliegende Beschwerden nach einer Narkose.

Die statistische Auswertung der Fragebögen hat uns sehr geholfen, die Qualität unserer Arbeit kontinuierlich zu verbessern. Das Ergebnis, dass 99 % der teilgenommenen Patienten dieselbe Narkose wieder wählen würden, bestätigt unser Bemühen.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Die Bewertung des QM erfolgt extern durch unabhängige Zertifizierungsinstitutionen und intern durch das zentrale Qualitätsmanagement der AGAPLESION.

KTQ- Zertifizierung

KTQ[®] bietet ein speziell für Krankenhäuser entwickeltes Verfahren, mit dem alle Prozesse im Krankenhaus (von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten) analysiert, überprüft und bewertet werden.

Im KTQ-Qualitätsbericht ist die Erfüllung jedes der 70 Qualitätskriterien in einer Kurzbeschreibung dargestellt. (siehe Internet: www.KTQ.de)

Das AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS SEEHAUSEN wurde im Dezember 2009 erfolgreich nach KTQ[®] (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) zertifiziert. Nach Ablauf des Zertifikats werden wir im Dezember 2012 die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001 durchführen.

Interne Bewertungen zum Qualitätsmanagement-System

- **QM - Statusberichte** der Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) an die Betriebsleitung und das Qualitätsmanagement AGAPLESION erfolgen zweimal jährlich.
- **Interne Visitationen** zur Bewertung des QM-Systems des gesamten Krankenhauses erfolgen ein- bis zweimal in drei Jahren unter Leitung des Qualitätsmanagement AGAPLESION gAG. Die Ergebnisse aus dem Bericht zur internen Visitation werden in den Jahresziel- und Projektplanungen berücksichtigt. In 2008 wurde eine interne Visitation im Diakoniekrankenhaus Seehausen durchgeführt und entsprechende Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.