

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V
für das Berichtsjahr 2006

Marienhospital Ankum-Bersenbrück GmbH

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ
auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 03.09.2007 um 10:04 Uhr erstellt.

DKTIG: <http://www.dktig.de>

ProMaTo: <http://www.netfutura.de>

Inhaltsverzeichnis

	Einleitung
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses
A-2	Institutionskennzeichen des Krankenhauses
A-3	Standort(nummer)
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus
A-6	Organisationsstruktur des Krankenhauses
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses
A-9	Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses
A-10	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses
A-12	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses
B-[1]	Allgemeine Chirurgie
B-[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[1].2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[1].3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[1].4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD
B-[1].7	Prozeduren nach OPS
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-[1].11	Apparative Ausstattung
B-[1].12	Personelle Ausstattung
B-[2]	Innere Medizin
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[2].2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[2].3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[2].4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD
B-[2].7	Prozeduren nach OPS
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

- B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-[2].11 Apparative Ausstattung
- B-[2].12 Personelle Ausstattung
- B-[3] **Frauenheilkunde und Geburtshilfe**
- B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-[3].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-[3].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-[3].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD
- B-[3].7 Prozeduren nach OPS
- B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-[3].11 Apparative Ausstattung
- B-[3].12 Personelle Ausstattung
- C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)
- C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
- C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
- C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
- C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V
- C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)
- D-1 Qualitätspolitik
- D-2 Qualitätsziele
- D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements
- D-5 Qualitätsmanagement-Projekte
- D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Einleitung



Abbildung: Marienhospital Anikum Bersenbrück GmbH

Tradition und Moderne

1860 wurde das Marienhospital Anikum-Bersenbrück als katholisches Krankenhaus gegründet und im Laufe der Zeit kontinuierlich erweitert. Die Weiterentwicklung erfolgte analog der örtlichen Gegebenheiten immer mit großer ideeller und finanzieller Unterstützung der Bevölkerung. 2002 wurde das Haus in eine GmbH umgewandelt. Gesellschafter ist zu einem wesentlichen Teil die Kirchengemeinde St. Nikolaus in Anikum und außerdem der Bischöfliche Stuhl zu Osnabrück. Heute ist das Haus der Grund- und Regelversorgung mit 120 Betten ausgestattet und besitzt mit der neuen Intensiv- und OP-Abteilung eine moderne Infrastruktur. Es bietet ein zeitgemäßes medizinisches und pflegerisches Leistungsspektrum und hat damit einen festen Platz in der Versorgung der Patienten der Region.

Leitbild und Auftrag

In unserem Leitbild stellen wir den Patienten in den Mittelpunkt unserer Bemühungen. Mit unserem Handeln übernehmen wir Verantwortung für die Mitgestaltung der gesellschaftlichen Verhältnisse in der Region. Im betrieblichen Alltag ist unsere Arbeit durch gegenseitige Wertschätzung, berufsübergreifende Zusammenarbeit und fachliche Kompetenz geprägt. Durch die Sicherung der Wirtschaftlichkeit und der Aufgeschlossenheit gegenüber neuen Entwicklungen passen wir uns dem medizinischen Fortschritt jederzeit an. Trotz schwieriger wirtschaftlicher und politischer Rahmenbedingungen stellen wir als caritative Einrichtung der kath. Kirche die ganzheitl. Versorgung unserer Patienten sicher.

Leistungsangebot und Qualitätsmanagement

Im Marienhospital werden jährlich über 5.900 Patienten stationär und über 8.200 Patienten ambulant versorgt. Dafür werden die Hauptfachabteilungen Innere Medizin, Allgemein, Unfall- und Handchirurgie, die Anästhesie sowie die Belegabteilung für

Gynäkologie und Geburtshilfe vorgehalten. Neben aktuellen Behandlungsangeboten wie zum Beispiel das Ambulante Operieren und die Vor- und Nachstationäre Behandlung bietet das Haus moderne Diagnoseverfahren wie die Computertomographie und einen Linksherzkatheter-Messplatz für Coronarangiographien. Die Notfallversorgung ist durch die neue Zentrale Patientenaufnahme rund um die Uhr sichergestellt. Wichtige Kooperationspartner sind die katholischen Kliniken und Altenheimen der Region sowie die umliegenden niedergelassenen Ärzte. Die Einbindung der Klinik in die Region ist eine wichtige Strategie zur Standorterhaltung. Für den reibungslosen Ablauf der Patientenbehandlung und die Verbesserung der innerbetrieblichen Prozessgestaltung übernimmt das Qualitätsmanagement eine zentrale Aufgabe. Nur über dieses Instrument der Organisationsentwicklung kann sich das Haus den jeweiligen Veränderungen in der erforderlichen Schnelligkeit anpassen. Gute interdisziplinäre Zusammenarbeit ist somit ein Stück Zukunftssicherung.

Verantwortlich:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Ralf Brinkmann	Geschäftsführer	(0 54 62) 881 - 1010	(0 54 62) 881 - 1110	r.brinkmann@mha.de

Ansprechpartner:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Dr. Siegfried Borker	Qualitätsmanagement	(0 54 62) 881 - 1060	(0 54 62) 881 - 1160	s.borker@mha.de

Links:

www.mha.de

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Ralf Brinkmann, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Teil A - Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hausanschrift:

Marienhospital Ankum-Bersenbrück GmbH

Lingener Str. 11

49577 Ankum

Postanschrift:

Postfach 1109

49572 Ankum

Telefon:

05462 / 881 - 0

Fax:

05462 / 881 - 1100

E-Mail:

info@mha.de

Internet:

www.mha.de

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260340012

A-3 Standort(nummer)

00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name:

Katholische Kirchengemeinde St. Nikolaus Ankum und Bischöflicher Stuhl zu Osnabrück

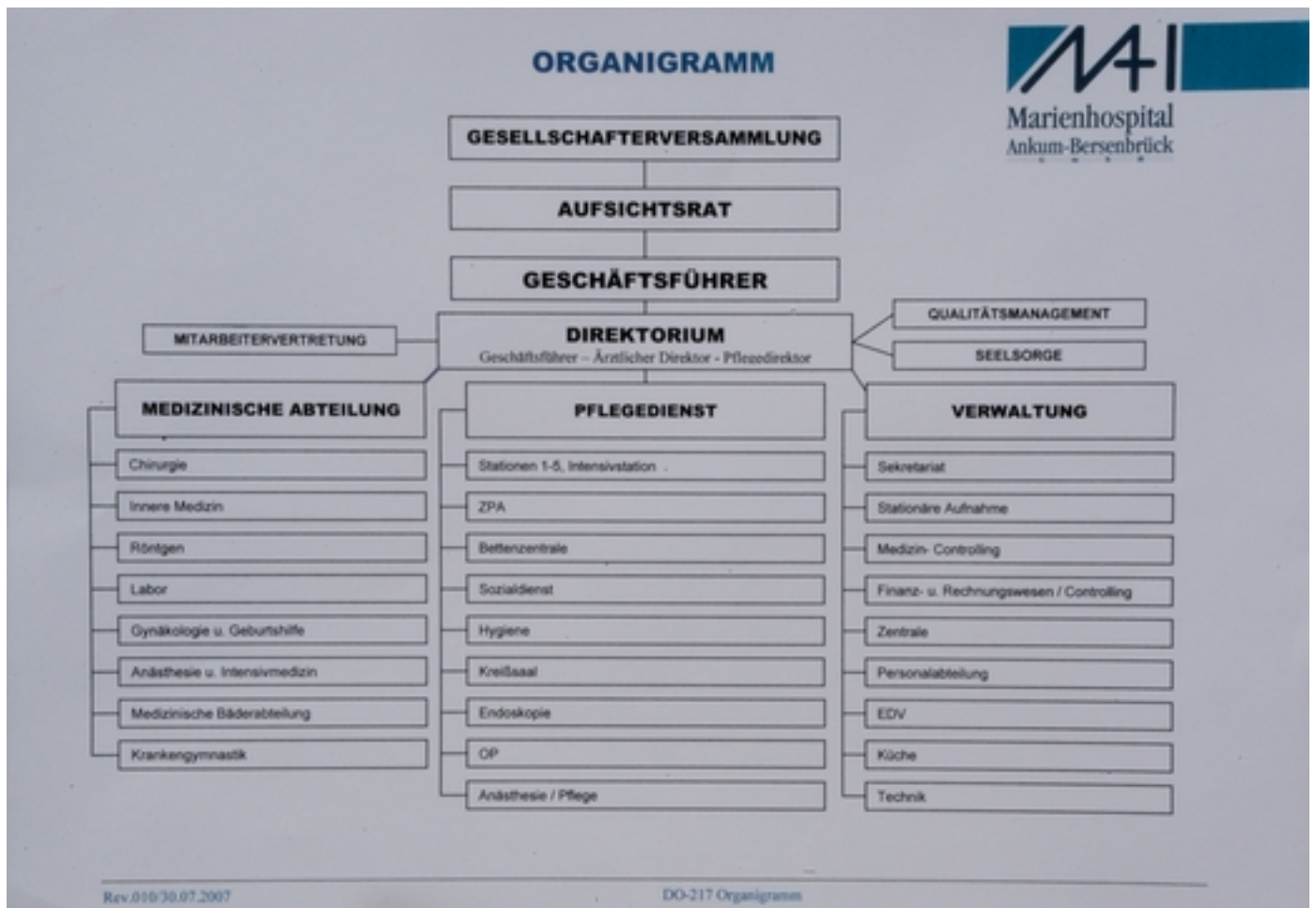
Art:

freigemeinnützig

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

trifft nicht zu / entfällt

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



Organigramm: Organigramm der Marienhospital Anklam-Bersenbrück GmbH

Das Marienhospital Anklam-Bersenbrück als ältestes Krankenhaus im Nordkreis Osnabrück ist ein katholisches Krankenhaus, das sich am christlichen Menschenbild orientiert. Träger des Marienhospitals sind die katholische Kirchengemeinde St. Nikolaus zu Anklam (95 %) sowie der Bischöfliche Stuhl zu Osnabrück (5 %). Das Marienhospital ist ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung und umfasst vier Fachabteilungen: die Abteilungen für Innere Medizin (44 Betten), Chirurgie (40 Betten) und Anästhesie werden als Hauptabteilungen durch Chefärzte geleitet, während die Abteilung für Gynäkologie/ Geburtshilfe (36 Betten) durch fünf Belegärzte als Belegabteilung geführt wird.

Das Marienhospital verfügt über drei Hierarchieebenen. Nach außen vertreten wird das Krankenhaus durch einen hauptamtlichen Geschäftsführer; dieser ist einem durch den Träger gebildeten Aufsichtsrat gegenüber verantwortlich. Der

Geschäftsführer ist Dienstvorgesetzter sämtlicher Mitarbeiter des Marienhospitals. Er wird in seiner Arbeit durch eine Krankenhausleitung unterstützt, die sich aus den Chefärzten, einem Belegarztvertreter sowie dem Pflegedirektor zusammensetzt. Bereits auf der Leitungsebene zeigt sich somit die stark interdisziplinär ausgerichtete Struktur des Marienhospitals.

Unterhalb des Kuratoriums führen die Stations- und Funktionsbereichsleitungen ihre jeweiligen Aufgaben eigenverantwortlich aus. Sie werden unterstützt von qualifiziertem Fachpersonal, welches durch interne und externe Fortbildungen auf einem hohen Wissensniveau gehalten wird.

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP03	Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare	
MP05	Babyschwimmen	im Bewegungsbad
MP07	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiter	Anschlussheilbehandlung, Reha-Maßnahmen, Pflegeheimunterbringung, häusl. Krankenpflege
MP10	Bewegungsbad/ Wassergymnastik	Wassergymnastik in Kooperation mit der Rheumaliga
MP12	Bobath-Therapie	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	durch Diätassistentinnen; in Kooperation mit der Barmer Ersatzkasse (im Rahmen der Prävention n. §20 SGB V)
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP19	Geburtsvorbereitungskurse	werden von den Beleghebammen angeboten
MP21	Kinästhetik	
MP24	Lymphdrainage	
MP25	Massage	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP31	Physikalische Therapie	
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik	
MP33	Präventive Leistungsangebote/ Präventionskurse	in Kooperation mit der Barmer Ersatzkasse "Fit am Arbeitsplatz"
MP36	Säuglingspflegekurse	
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Hebammen	angeboten von den Beleghebammen am Marienhospital
MP43	Stillberatung	
MP48	Wärme- u. Kälteanwendungen	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	einschl. Krankengymnastik an Geräten; Muskelaufbautraining und Funktionstraining in Kooperation mit der Rheuma-Liga
MP50	Wochenbettgymnastik	
MP51	Wundmanagement	

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA01	Aufenthaltsräume	befinden sich im Eingangsbereich sowie auf allen Stationen; spezieller Raucherraum
SA02	Ein-Bett-Zimmer	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	sowie ein Appartement mit separatem Koch-/Aufenthaltsbereich
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA07	Rooming-In	Station 5 (Geburtshilfe)
SA08	Teeküche für Patienten	auf Station 5 (einschl. Frühstücksbuffet für Mütter)
SA09	Unterbringung Begleitperson	auf Wunsch im Zimmer des Patienten
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA12	Balkon/ Terrasse	teilweise
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	an jedem Patientenbett verfügbar
SA15	Internetanschluss am Bett/ im Zimmer	an jedem Patientenbett verfügbar (analoger Anschluss)

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA17	Rundfunkempfang am Bett	an jedem Patientenbett verfügbar (kostenlos)
SA18	Telefon	an jedem Patientenbett verfügbar
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	für Patienten mit der Wahlleistung Unterkunft
SA23	Cafeteria	mit Sonnenterrasse und Blick in den Garten
SA27	Internetzugang	über das Patiententelefon
SA28	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)	Kapelle
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	kostenlos
SA33	Parkanlage	im südlichen Teil des Marienhospitals (Ausgang Cafeteria)
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	spezieller Raucherraum
SA39	Besuchsdienst/ Grüne Damen	auf Wunsch des Patienten
SA42	Seelsorge	auf Wunsch des Patienten

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V

120 Betten

A-13 Fallzahlen des Krankenhaus:

Vollstationäre Fallzahl:

5834

Teilstationäre Fallzahl:

0

Ambulante Fallzahlen

Fallzählweise:

8181

Teil B - Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-[1] Fachabteilung Allgemeine Chirurgie

B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Chirurgie

Art der Abteilung:

bettenführende Hauptabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

1500

Hausanschrift:

Lingener Str. 11

49577 Ankum

Postanschrift:

Postfach 1109

49572 Ankum

Telefon:

05462 / 881 - 2210

Fax:

05462 / 881 - 2310

E-Mail:

chir.amb1@mha.de

Internet:

www.mha.de

B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Allgemeine Chirurgie:	Kommentar / Erläuterung:
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen (z.B. Thrombosen, Krampfadern) und Folgeerkrankungen (z.B. Ulcus cruris/ offenes Bein)	
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Allgemeine Chirurgie:	Kommentar / Erläuterung:
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	z. B. endoskopische Entfernung der Gallenblase
VC26	Metall-/ Fremdkörperentfernungen	
VC28	Gelenkersatzverfahren/ Endo-Prothetik	Hüftgelenkersatz
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	Facharzt für Handchirurgie
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC55	Minimal-invasive laparoskopische Operationen	
VC56	Minimal-invasive endoskopische Operationen	

B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:

1717

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Top 10 Diagnosen

Rang	ICD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	K35	112	Akute Blinddarmentzündung
2	K80	105	Gallensteinleiden
3	K40	98	Leistenbruch
4	S52	94	Knochenbruch des Unterarmes
5	S82	92	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
6	S06	69	Verletzung des Schädelinneren
7	K52	66	Sonstige Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Darms, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht
8	S72	58	Knochenbruch des Oberschenkels
9	S42	53	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
10	S83	42	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder

B-[1].7 Prozeduren nach OPS

Top 10 Operationen

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	5-787	125	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
2	5-470	121	Operative Entfernung des Blinddarms
3	5-511	118	Operative Entfernung der Gallenblase
4	5-530	99	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs
5	5-790	92	Einrichten eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge (Reposition) und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
6	5-794	89	Operatives Einrichten eines mehrfachen Bruchs (Reposition) im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
6	5-812	89	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) des Kniegelenks durch eine Spiegelung
8	5-572	68	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung
8	5-893	68	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut
10	5-469	59	Sonstige Operation am Darm

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz:	Angebotene Leistung:	Art der Ambulanz:
Ambulanz für Allgemeine und Unfallchirurgie	Versorgung von Verletzungen, ambulante OPs	Sonstige KV-/BG-Ambulanz
Ambulanz für Handchirurgie	Handverletzungen, ambulante OPs im Bereich der Handchirurgie	Sonstige KV-/BG-Ambulanz

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Top 10 Ambulante Operationen

Rang	OPS-301 Ziffer:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	Absolute Fallzahl:
1	5-056	Eingriff mit Aufhebung der Nervenfunktion oder zur Druckentlastung eines Nerven	112
2	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	74
3	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	68
4	5-849	Sonstige Operation an der Hand	41
5	5-845	Operative Entfernung der Gelenkinnenhaut an der Hand	29
6	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) des Kniegelenks durch eine Spiegelung	26

Rang	OPS-301 Ziffer:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	Absolute Fallzahl:
7	5-790	Einrichten eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge (Reposition) und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	16
8	1-697	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung	13
9	5-810	Erneute Operation eines Gelenks durch eine Spiegelung	12
10	5-842	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern	11

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:

Ja

B-[1].11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Kommentar / Erläuterung:
AA08	Computertomograph (CT)	[24h verfügbar]
AA27	Röntgengerät/ Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	Diagnosestellung [24h verfügbar]
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät	Highend-Gerät [24h verfügbar]

B-[1].12 Personelle Ausstattung

B-12.1 Ärzte:

Ärzte insgesamt (außer Belegärzte):

8,5

Davon Fachärzte:

4,0

Belegärzte (nach § 121 SGB V):

0

Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Bezeichnung:	Kommentar / Erläuterungen:
AQ01	Anästhesiologie	
AQ06	Allgemeine Chirurgie	
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	Unfallchirurgie
ZF12	Handchirurgie	

B-12.2 Pflegepersonal:

Pflegekräfte insgesamt:

24

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung):

24

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung):

9

Kommentar / Erläuterung:

2 x Anästhesiefachpfleger

4 x OP-Fachpfleger

3 x Stationsleitungen

B-12.3 Spezielles therapeutisches Personal:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar:
SP02	Arzthelfer	
SP04	Diätassistenten	
SP11	Kinästhetikbeauftragte	
SP15	Masseure/ Medizinische Bademeister	
SP21	Physiotherapeuten	
SP25	Sozialarbeiter	
SP28	Wundmanager	
SP00	Sonstige	Pain Nurse in Ausbildung

B-[2] Fachabteilung Innere Medizin

B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Innere Medizin

Art der Abteilung:

bettenführende Hauptabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

0100

Hausanschrift:

Lingener Straße 11

49577 Ankum

Postanschrift:

Postfach 1109

49572 Ankum

Telefon:

05462 / 881 - 2010

Fax:

05462 / 881 - 2110

E-Mail:

e.kks@mha.de

Internet:

www.mha.de

B-[2].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin:	Kommentar / Erläuterung:
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin:	Kommentar / Erläuterung:
VI03	Diagnostik und Therapie sonstiger Formen der Herzkrankheit	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darmtraktes	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Ausnahme: aufwendige Chemotherapien sowie Bestrahlungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI20	Intensivmedizin	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	

B-[2].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[2].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:

1863

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Top 10 Diagnosen

Rang	ICD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	I10	113	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
2	J18	90	Lungenentzündung
3	J44	87	Sonstige anhaltende Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege
4	R07	82	Hals- bzw. Brustschmerzen
5	I50	76	Herzschwäche
6	F10	66	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
7	K29	61	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
8	I48	49	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
9	R55	48	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
10	A09	45	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien oder andere Erreger

B-[2].7 Prozeduren nach OPS

Top 10 Operationen

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	1-632	396	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
2	3-200	332	Computertomographie (CT) des Schädels
3	3-225	251	Computertomographie (CT) des Bauches
4	1-650	193	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
5	1-710	144	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie
6	3-222	102	Computertomographie (CT) des Brustkorbes
7	5-452	37	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
8	1-620	28	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
9	5-513	25	Operation an den Gallengängen bei einer Bauchspiegelung
10	5-429	22	Sonstige Operation an der Speiseröhre

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz:	Angebotene Leistung:	Art der Ambulanz:
Ambulanz für Innere Medizin	Ermächtigungsambulanz des Chefarztes	Sonstige KV-Ermächtigungsambulanz

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Top 10 Ambulante Operationen

Rang	OPS-301 Ziffer:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	Absolute Fallzahl:
1	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	172

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

B-[2].11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Kommentar / Erläuterung:
AA03	Belastungs-EKG/ Ergometrie	[24h verfügbar]
AA05	Bodyplethysmographie	
AA08	Computertomograph (CT)	24 h-Notfallverfügbarkeit ist gegeben. [24h verfügbar]
AA12	Endoskop	[24h verfügbar]
AA13	Geräte der invasiven Kardiologie (z.B. Herzkatheterlabor, Ablationsgenerator, Kardioversionsgerät, Herzschrittmacherlabor)	Linksherzkatheteruntersuchungen (Kombiarbeitsplatz), Coronarangiographie
AA19	Kipptisch (z.B. zur Diagnose des orthostatischen Syndroms)	

Nr.	Vorhandene Geräte:	Kommentar / Erläuterung:
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät	[24h verfügbar]

B-[2].12 Personelle Ausstattung

B-12.1 Ärzte:

Ärzte insgesamt (außer Belegärzte):

7,7

Davon Fachärzte:

3,0

Belegärzte (nach § 121 SGB V):

0

Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Bezeichnung:	Kommentar / Erläuterungen:
AQ26	Innere Medizin und SP Gastroenterologie	
AQ28	Innere Medizin und SP Kardiologie	
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	

B-12.2 Pflegepersonal:

Pflegekräfte insgesamt:

28,9

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung):

28,9

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung):

6

Kommentar / Erläuterung:

5 x im Bereich der Intensivmedizin, 1 x Fachweiterbildung zur Stationsleitung

B-12.3 Spezielles therapeutisches Personal:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar:
SP02	Arzthelfer	
SP04	Diätassistenten	
SP11	Kinästhetikbeauftragte	
SP15	Masseure/ Medizinische Bademeister	
SP21	Physiotherapeuten	
SP25	Sozialarbeiter	
SP28	Wundmanager	
SP00	Sonstige	Pain Nurse in Ausbildung

B-[3] Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Art der Abteilung:

bettenführende Belegabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

2400

Hausanschrift:

Lingener Straße 11

49577 Ankum

Postanschrift:

Postfach 1109

49572 Ankum

Telefon:

05462 / 881 - 3050

Fax:

05462 / 881 - 3055

E-Mail:

info@mha.de

Internet:

www.mha.de

B-[3].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe:	Kommentar / Erläuterung:
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe:	Kommentar / Erläuterung:
VG04	Kosmetische/ plastische Mammachirurgie	kosmetische Mammachirurgie als private Leistung
VG05	Endoskopische Operationen (Laparoskopie, Hysteroskopie)	laparoskopische Hysterektomie
VG06	Gynäkologische Abdominalchirurgie	
VG07	Inkontinenzchirurgie	TVT = Tension-free Vaginal Tape (spannungsfreies Vaginalband) und TOT = transobturatorisches Band
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (Zervix-, Corpus-, Ovarial-, Vulva-, Vaginalkarzinom)	
VG09	Pränataldiagnostik und Therapie	
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes	
VG12	Geburtshilfliche Operationen	
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	

B-[3].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[3].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:

2332

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Top 10 Diagnosen

Rang	ICD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	Z38	716	Neugeborene
2	D25	159	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur
3	O80	158	Normale Geburt eines Kindes
4	O70	116	Dammriss während der Geburt
5	O47	111	Wehen, die nicht zur Eröffnung des Muttermundes beitragen - Unnütze Wehen
6	O68	89	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes
7	O20	87	Blutung in der Frühschwangerschaft
8	O64	74	Geburtshindernis durch falsche Lage bzw. Haltung des ungeborenen Kindes kurz vor der Geburt
9	O65	61	Geburtshindernis durch Normabweichung des mütterlichen Beckens
10	N83	51	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder

B-[3].7 Prozeduren nach OPS

Top 10 Operationen

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	9-262	741	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt
2	9-260	418	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt
3	5-749	222	Sonstiger Kaiserschnitt
4	5-683	197	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter
5	5-758	159	Operativer, wiederherstellender Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt
6	5-738	131	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht
7	5-690	123	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung
8	5-730	113	Künstliche Fruchtblasensprengung
9	5-740	57	Klassischer Kaiserschnitt

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
10	5-704	54	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz:	Angebotene Leistung:	Art der Ambulanz:
Belegärztliche Frauenarztpraxen	Praxisleistungen	Sonstige KV-Ambulanz

B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

B-[3].11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Kommentar / Erläuterung:
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät	4 D-Doppler-Sonographiegerät [24h verfügbar]

B-[3].12 Personelle Ausstattung

B-12.1 Ärzte:

Ärzte insgesamt (außer Belegärzte):

0

Davon Fachärzte:

0

Belegärzte (nach § 121 SGB V):

4

Kommentar / Ergänzung:

zusätzlich 1 x Assistentin

Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Bezeichnung:	Kommentar / Erläuterungen:
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	

B-12.2 Pflegepersonal:

Pflegekräfte insgesamt:

19

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung):

19

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung):

0

B-12.3 Spezielles therapeutisches Personal:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar:
SP02	Arzthelfer	

Teil C - Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

Leistungsbereich:	Fallzahl:	Dokumentationsrate in %:	Kommentar:
Ambulant erworbene Pneumonie	103	81,6	Durch Softwarewechsel konnte keine termingerechte Datenlieferung erfolgen.
Cholezystektomie	101	93,1	s.o.
Geburtshilfe	730	99,6	s.o.
Gynäkologische Operationen	333	95,2	s.o.
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	<20	100,0	s.o.
Herzschrittmacher-Implantation	<20	87,5	s.o.
Herzschrittmacher-Revision / Systemwechsel / Explantation	<20	66,7	s.o.
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	<20	68,8	s.o.
Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel und -komponentenwechsel	<20	100,0	s.o.
Hüftgelenknahe Femurfraktur	36	79,4	s.o.
Koronarangiographie und perkutane Koronarintervention (PCI)	<20	33,3	s.o.
Mammachirurgie	49	95,8	s.o.
Gesamt	1390	95,0	s.o.

C-1.2 A Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren:

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

C-1.2 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.

(1) Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI):	(2) Kennzahl- bezeichnung:	(3) Bew. durch Strukt. Dialog:	(8) Kommentar / Erläuterung:
Brusttumoren Sicherheitsabstand zum gesunden Gewebe	Angabe Sicherheitsabstand: bei Mastektomie	0	Bundeswert = 85,84 %, Nds.-Wert = 84,1 %
Brusttumoren Bestimmung der Hormonempfindlichkeit der Krebszellen	Hormonrezeptoranalyse	0	Bundeswert = 96,95%, Nds.-Wert =96,7 %, Kh.-Wert = 100 %
Brusttumoren Röntgenuntersuchung des entfernten Gewebes nach der Operation	Postoperatives Präparatröntgen	0	Bundeswert = 83,92%, Nds.-Wert = 86 %
Brusttumoren Sicherheitsabstand zum gesunden Gewebe	Angabe Sicherheitsabstand: bei brusterhaltender Therapie	0	Bundeswert = 90,62 %, Nds.-Wert = 90,8 %
Frauenheilkunde Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Gebärmutterentfernungen	Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	0	Bundeswert = 89,98 %, Nds.-Wert = 70,0 %, Kh.-Wert = 98,1 %
Frauenheilkunde Vorbeugende Medikamentengabe zur Vermeidung von Blutgerinnseln bei Gebärmutterentfernungen	Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie	0	Bundeswert = 98,76 %, Nds.-Wert = 91,3 %, Kh.-Wert = 98,4 %
Gallenblasenentfernung Feingewebliche Untersuchung der entfernten Gallenblase	Erhebung eines histologischen Befundes	0	Bundeswert = 98,88 %, Nds.-Wert = 99,0 %, Kh.-Wert = 100 %
Gallenblasenentfernung Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reinterventionensrate	0	Bundeswert = 2,03% / 1,11% / 6,07%, Nds.-Wert = 1,6 %, Kh.-Wert = 0 %
Gallenblasenentfernung Klärung der Ursachen für angestaute Gallenflüssigkeit vor der Gallenblasenentfernung	Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	0	Bundeswert = 95,6 %, Nds.-Wert = 95,5 %, Kh.-Wert = 100 %

(1) Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI):	(2) Kennzahl- bezeichnung:	(3) Bew. durch Strukt. Dialog:	(8) Kommentar / Erläuterung:
Geburtshilfe Zeitspanne zwischen dem Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und der Entbindung des Kindes	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt	0	Bundeswert = 96,12%, Kh.-Wert = 100 %
Geburtshilfe Vorgeburtliche Gabe von Medikamenten zur Unterstützung der Lungenentwicklung bei Frühgeborenen	Antenatale Kortikosteroidtherapie: bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	0	Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mitgeteilt. Für folgende Qualitätsindikatoren erfolgt keine Bewertung (NKG), da die Mindestfallzahl der Bezugsgröße (Nenner) unterschritten wurde
Geburtshilfe Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	0	Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mitgeteilt. Für folgende Qualitätsindikatoren erfolgt keine Bewertung (NKG), da die Mindestfallzahl der Bezugsgröße (Nenner) unterschritten wurde.
Herzkatheteruntersuchung und - behandlung Entscheidung für die Herzkatheter- Untersuchung	Indikation zur Koronarangiographie - Ischämiezeichen	0	Die niedersächsische Arbeitsgruppe „Kardiologie“ hat für die Auswertung 2006 und den strukturierten Dialog Qualitätsmerkmale zu schwerwiegenden Ereignissen (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events, MACCE) ausgewählt, um aussagefähige Ergebnisse zur Qualität dieses Leistungsbereichs zu erhalten. Die Qualitätsindikatoren „Indikation zur Koronarangiographie – Ischämiezeichen“, „Indikation zur PCI“ und „Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI“ wurden als nachrangig eingestuft.

(1) Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI):	(2) Kennzahl- bezeichnung:	(3) Bew. durch Strukt. Dialog:	(8) Kommentar / Erläuterung:
Herzkatheteruntersuchung und - behandlung Entscheidung für die Herzkatheter- Behandlung	Indikation zur PCI	0	Die niedersächsische Arbeitsgruppe „Kardiologie“ hat für die Auswertung 2006 und den strukturierten Dialog Qualitätsmerkmale zu schwerwiegenden Ereignissen (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events, MACCE) ausgewählt, um aussagefähige Ergebnisse zur Qualität dieses Leistungsbereichs zu erhalten. Die Qualitätsindikatoren „Indikation zur Koronarangiographie – Ischämiezeichen“, „Indikation zur PCI“ und „Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI“ wurden als nachrangig eingestuft.
Herzkatheteruntersuchung und - behandlung Wiederherstellung der Durchblutung der Herzkranzgefäße	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI: Alle PCI mit Indikation akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h	0	Die niedersächsische Arbeitsgruppe „Kardiologie“ hat für die Auswertung 2006 und den strukturierten Dialog Qualitätsmerkmale zu schwerwiegenden Ereignissen (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events, MACCE) ausgewählt, um aussagefähige Ergebnisse zur Qualität dieses Leistungsbereichs zu erhalten. Die Qualitätsindikatoren „Indikation zur Koronarangiographie – Ischämiezeichen“, „Indikation zur PCI“ und „Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI“ wurden als nachrangig eingestuft.
Herzschrittleitungsimplantation Komplikationen während oder nach der Operation	Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Vorhof	0	Bundeswert = 1,55 %, Nds.-Wert = 1,9 %

(1) Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI):	(2) Kennzahl- bezeichnung:	(3) Bew. durch Strukt. Dialog:	(8) Kommentar / Erläuterung:
Herzschrittmachereinsatz Entscheidung für die Herzschrittmacher-Behandlung	Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	0	Die niedersächsische Arbeitsgruppe „Kardiologie“ hat für die Auswertung 2006 und den strukturierten Dialog Qualitätsmerkmale zu Durchleuchtungszeit, Komplikationen und Tod ausgewählt, um aussagefähige Ergebnisse zur Qualität dieses Leistungsbereichs zu erhalten. Die Qualitätsindikatoren „Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“, „Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ und „Leitlinienkonforme Indikationsstellung und leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ wurden als nachrangig eingestuft.
Herzschrittmachereinsatz Komplikationen während oder nach der Operation	Perioperative Komplikationen: chirurgische Komplikationen	0	Bundeswert = 1,22 %, Nds.-Wert = 1,4 %, Kh.-Wert = 0 %

(1) Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI):	(2) Kennzahl- bezeichnung:	(3) Bew. durch Strukt. Dialog:	(8) Kommentar / Erläuterung:
Herzschrittmachereinsatz Entscheidung für die Herzschrittmacher-Behandlung und die Auswahl des Herzschrittmachersystems	Leitlinienkonforme Indikationsstellung und leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	0	Die niedersächsische Arbeitsgruppe „Kardiologie“ hat für die Auswertung 2006 und den strukturierten Dialog Qualitätsmerkmale zu Durchleuchtungszeit, Komplikationen und Tod ausgewählt, um aussagefähige Ergebnisse zur Qualität dieses Leistungsbereichs zu erhalten. Die Qualitätsindikatoren „Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“, „Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ und „Leitlinienkonforme Indikationsstellung und leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ wurden als nachrangig eingestuft.

(1) Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI):	(2) Kennzahl- bezeichnung:	(3) Bew. durch Strukt. Dialog:	(8) Kommentar / Erläuterung:
Herzschrittmachereinsatz Auswahl des Herzschrittmachersystems	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	0	Die niedersächsische Arbeitsgruppe „Kardiologie“ hat für die Auswertung 2006 und den Strukturierten Dialog Qualitätsmerkmale zu Durchleuchtungszeit, Komplikationen und Tod ausgewählt, um aussagefähige Ergebnisse zur Qualität dieses Leistungsbereichs zu erhalten. Die Qualitätsindikatoren „Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“, „Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ und „Leitlinienkonforme Indikationsstellung und leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ wurden als nachrangig eingestuft.
Herzschrittmachereinsatz Komplikationen während oder nach der Operation	Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Ventrikel	0	Bundeswert = 1,11 %, Nds.-Wert = 0,7 %, Kh.-Wert = 0 %
Hüftgelenkersatz Entzündung des Operationsbereichs nach der Operation	Postoperative Wundinfektion	0	Bundeswert = 0,82 %, Nds.-Wert = 1,1 %, Kh.-Wert = 0 %
Hüftgelenkersatz Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reinterventionen wegen Komplikation	0	Bundeswert = 2,46%, Nds.-Wert = 3 %, Kh.-Wert = 0 %
Hüftgelenkersatz Ausrenkung des künstlichen Hüftgelenkes nach der Operation	Endoprothesenluxation	0	Bundeswert = 0,62 %, Nds.-Wert = 0,7 %, Kh.-Wert = 0 %

C-1.2 B Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene

Qualitätsindikatoren / Qualitätsindikatoren mit eingeschränktermethodischer Eignung:

C-1.2 B.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt:

(1) Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI):	(2) Kennzahl- bezeichnung:	(3) Bew. durch Strukt. Dialog:	(4) Vertr.- bereich:	(5) Ergebnis (Einheit):	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Referenz- bereich (bundesweit):	(8) Kommentar / Erläuterung:
Ambulant erworbene Pneumonie Durchführung festgelegter Untersuchungen vor der Entlassung	Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien	8	51 - 52	100 %	68 / 68	= 100%	Bundeswert = 51,84 %, Nds.-Wert = 52,1 %
Ambulant erworbene Pneumonie Rasche Durchführung von Untersuchungen zur Feststellung des Sauerstoffgehaltes im Blut	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	8	74 - 75	95,2 %	80 / 84	= 100%	Bundeswert = 74,76% / 74,73% / 75,53% Nds.-Wert = 74,9 %
Ambulant erworbene Pneumonie Rascher Behandlungsbeginn mit Antibiotika	Antimikrobielle Therapie	8	89 - 90	97,5 %	81 / 83	>= 78,3% (10%- Perzentile)	Bundeswert = 89,18% / 89,29% / 86,81%, Nds.-Wert = 89,1 %
Ambulant erworbene Pneumonie Entlassung der Patienten in stabilem Gesundheitszustand	Klinische Stabilitätskriterien	8	96 - 97	100 %	68 / 68	>= 95%	Bundeswert = 96,89 %, Nds.-Wer = 95,6 %

C-1.2 B.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:

C-1.2 C Vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zur Veröffentlichung empfohlene / noch nicht bzgl. ihrer methodischen Eignung bewertete Qualitätsindikatoren :

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

C-1.2 C.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:

In der Spalte 3 Bewertung durch Strukt. Dialog ist in den Unterabschnitten C-1.2 A.I, C-1.2 B.I und C-1.2 C.I die Bewertung des Strukturierten Dialogs verpflichtend darzustellen. Aus folgender Liste ist die zutreffende Zahl ausgewählt:

8 = Ergebnis unauffällig, kein Strukturierter Dialog erforderlich

1 = Krankenhaus wird nach Prüfung als unauffällig eingestuft

6 = Krankenhaus wird nach Prüfung als positiv auffällig, d. h. als besonders gut eingestuft

2 = Krankenhaus wird für dieses Erhebungsjahr als unauffällig eingestuft,

in der nächsten Auswertung sollen die Ergebnisse aber noch mal kontrolliert werden

3 = Krankenhaus wird ggf. trotz Begründung erstmals als qualitativ auffällig bewertet

4 = Krankenhaus wird ggf. trotz Begründung wiederholt als qualitativ auffällig bewertet

5 = Krankenhaus wird wegen Verweigerung einer Stellungnahme als qualitativ auffällig eingestuft

9 = Sonstiges

0 = Derzeit noch keine Einstufung als auffällig oder unauffällig möglich,

da der Strukturierte Dialog noch nicht abgeschlossen ist

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 nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)

trifft nicht zu / entfällt

Teil D - Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Leitbild, Vision, Mission:

Unser Haus verfügt über ein Leitbild, das Mitarbeiter gemeinsam mit der Betriebsleitung und dem Trägervertretern erstellt haben. Das Leitbild ist eine wesentliche Grundlage für unsere Unternehmenspolitik und trägt den Slogan „Kompetent und familiär in Ihrer Nähe“. Es beinhaltet Leitsätze zu folgenden Bereichen:

- Wohl und Würde des Menschen
- Werte und gegenseitige Wertschätzung
- Verantwortungsvoller Umgang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen
- Systematische Weiterentwicklung unserer Einrichtung
- Zusammenarbeit mit Leistungserbringern der Region und unseren Kooperationspartnern

Neben einer hochdeutschen Fassung erfolgte eine "Übersetzung" des Leitbildes in plattdeutscher Sprache.

Patientenorientierung:

Die Patientenorientierung steht im Mittelpunkt aller Aktivitäten in unserem Hause. Um diesen Anspruch gerecht zu werden, erfolgt eine kontinuierliche Beurteilung im Rahmen der Zertifizierung nach den Vorgaben der KTQ® und der proCum Cert:

- Stationäre und ambulante Behandlung
- Wegeleitsystem
- Aufnahme / Entlassung
- Ersteinschätzung / Anamnese
- Vorbefunde
- Integration des Patienten in die Behandlungsplanung
- Bedeutung medizinischer und pflegerischer Leitlinien
- OP-Koordination
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Visite
- Entlassung und Verlegung

- Weiterbetreuung
- Spezielle Angebote für die Patienten und Angehörigen
- Spirituelle Angebote
- Palliativpatienten

Verantwortung und Führung:

Um den Anforderungen eines modernen Managements gerecht zu werden, wurde das Marienhospital bereits 2002 in eine GmbH umgewandelt, verbunden mit einer klaren Aufgabenstruktur für Gesellschafter, Aufsichtsrat und Geschäftsführung. Die Krankenhausleitung besteht aus Geschäftsführer, Ärztlicher Direktor und Pflegedirektor. Diese und die Chefarzte treffen sich mindestens einmal monatlich, um strategische, wirtschaftliche und aktuelle Sachfragen zu erörtern. Die Abteilungsleitungen werden 3-4 mal jährlich über die Entwicklung des Hauses informiert, um ihrerseits die Informationen an die nachgeordneten Mitarbeiter weitergeben zu können. In diesen Sitzungen werden u.a. interdisziplinäre Prozesse diskutiert.

Mitarbeiterorientierung und -beteiligung:

Auf der Grundlage unseres Leitbildes verpflichten wir uns zur Umsetzung eines kooperativen Führungsstils und zur Förderung der fachlichen Kompetenz und persönlichen Entwicklung unserer Mitarbeiter.

Im Rahmen von strukturierten Mitarbeitergesprächen erfolgen Zielvereinbarungen.

Die Zufriedenheit der Mitarbeiter wird in schriftlichen Befragungen (Mai 2007) erfasst.

Ein Vorschlagswesen ermöglicht es den Mitarbeitern, Ideen und Wünsche einzubringen. Umgesetzte Vorschläge werden prämiert.

Beschwerden können persönlich an den jeweiligen Vorgesetzten gerichtet werden. Zudem ist die Mitarbeitervertretung Ansprechpartner bei Kritik und Beschwerden.

Wirtschaftlichkeit:

Wir handeln wirtschaftlich und sorgen damit für die Stabilität des Krankenhausbetriebes. Wir nutzen Instrumente aus

Betriebswirtschaft und dem Qualitätsmanagement, um den modernen Standard des Hauses zu sichern und um ihn kontinuierlich weiter zu entwickeln. Wir sorgen für effektive Arbeitsprozesse bei gleichzeitiger professioneller Behandlung. Wir achten auf schonenden Umgang mit unserer Umwelt und den Ressourcen des Hauses.

Prozessorientierung:

Alle Aktivitäten im Rahmen des Qualitätsmanagements fokussieren sich auf die Optimierung und Verbesserung der Prozesse im Marienhospital zur besseren Versorgung unserer Patienten. Hierzu sind beispielsweise alle zentralen Arbeitsabläufe schriftlich erfasst und anschließend im Rahmen von Optimierungsworkshop, Arbeitsgesprächen und Projektgruppen analysiert und verbessert worden. Zur Prozessoptimierung werden interne und externe Audits durchgeführt.

Zielorientierung und Flexibilität:

Die Erstellung einer mittelfristigen Zielplanung im Marienhospital dient als Richtungs- und Orientierungshilfe zur Planung von prospektiven Aufgaben und Entscheidungen. Diese Zielplanung ist in Abstimmung mit der Betriebsleitung erfolgt. Sie ist so konzipiert, dass das Marienhospital jederzeit flexibel etwa auf strukturelle oder gesetzliche Veränderungen reagieren kann. Eine kontinuierliche Überprüfung der Planung erfolgt im Rahmen von Betriebsleitungssitzungen.

Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern:

Zur systematischen Erfassung und Analyse von Fehlern, Schwachstellen, Beinahefehlern und Fehlermöglichkeiten, ist ein CIRS (Critical Incident Report System) im Marienhospital implementiert worden. Vom PC am Arbeitsplatz aus kann jeder berechnigte Mitarbeiter eine entsprechende Meldung verschicken. Die Ergebnisse aus den Risikoberichten dienen der Einleitung zweckmäßiger Maßnahmen, um eine günstigere Risikosituation für Patienten des Hauses zu erreichen. Die Gesellschaft für Risikoberatung führt zudem Risikoaudits im Marienhospital in prädestinierten Bereichen durch.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozeß:

Zur konsequenten Umsetzung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses wurde im Marienhospital die Stelle eines QM-Beauftragten eingerichtet. Der Beauftragte ist als Stabstelle dem Direktorium zugeordnet und direkt dem Geschäftsführer unterstellt. Als Steuerungsgremium fungiert eine Lenkungsgruppe, die aus Mitgliedern der Betriebsleitung besteht. Unterstützt wird der QM-Beauftragte durch ein QM-Team, das sich aus Mitarbeitern verschiedener Bereiche zusammensetzt. Optimierungs-Workshops, Audits, Befragungen, ein Betriebliches Vorschlagswesen, die Gründung von Projektgruppen und die Einführung eines Beschwerde- und Risikomanagements dienen u. a. dazu, einen Verbesserungsprozess im Hause zu fördern.

Information an Patienten:

Ziel unserer Informationspolitik ist es, den interessierten Patienten und die Öffentlichkeit systematisch zu informieren und eine hohe und positive Wahrnehmung des Krankenhauses sicherzustellen. Auf unserer Homepage (www.mha.de) und in unserem Imagefilm stellen wir alle medizinischen Fachbereiche vor und informieren über die zahlreichen Angebote. Informationsbroschüren geben einen Überblick über die einzelnen Fachabteilungen. Durch Berichte in der Tagespresse wird die Öffentlichkeit regelmäßig informiert. Die Information des Patienten wird zudem durch Visiten, Einzel-, Beratungs- und Aufklärungsgesprächen sichergestellt.

Information an Mitarbeiter:

Unsere Kommunikationsstruktur im Hause stellt allen Mitarbeitern die notwendigen Informationen zur Verfügung, um einen umfassenden Überblick über die Geschehen im Haus zu erhalten. Übergeordnete Ziele werden bei zahlreichen Besprechungen, wie etwa im Rahmen der Abteilungsleitungssitzungen, erörtert und weitergegeben. Darüber hinaus gibt es eine Mitarbeiterzeitung, die von unserer Mitarbeitervertretung herausgegeben wird.

Information an niedergelassene Ärzte:

Mit den niedergelassenen Ärzten besteht regelmäßig Kontakt in der täglichen Arbeit. Darüber hinaus nimmt die Ärzteschaft am gemeinsamen Qualitätszirkel teil. Außerdem findet einmal jährlich ein Informationsabend im Hause für die niedergelassenen Ärzte statt. Zu besonderen Anlässen wird per Rundschreiben informiert.

Information an Fachöffentlichkeit:

Die interessierte Fachöffentlichkeit wird systematisch informiert. Auf unserer Homepage stellen wir alle medizinischen Fachbereiche vor und informieren über die umfangreichen Angebote des Hauses. Informationsbroschüren geben Interessierten einen Überblick über die einzelnen Fachabteilungen. Außerdem achten wir darauf, dass die Fachöffentlichkeit regelmäßig durch Berichte in der Tagespresse informiert wird.

D-2 Qualitätsziele

Strategische/operative Ziele:

Die Zielplanungen und Strategien entstehen auf Veranlassung der Betriebsleitung und werden mit den Trägergremien abgestimmt. Beispiele hierfür sind die Weiterentwicklung des medizinischen Leistungsspektrums und der Auf- und Ausbau von neuen Geschäftsfeldern. Die bauliche Zielplanung verantwortet der Geschäftsführer in Absprache mit den Trägergremien. Für die Weiterentwicklung einer kontinuierlichen Unternehmensentwicklung wird das Qualitätsmanagement wie folgt genutzt:

- Strukturierung und Optimierung der Behandlungsprozesse
- Überprüfung der Aufbauorganisation
- Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Entwicklung und Verbesserung der Kundenorientierung
- Anwendung der Leitlinien zur Standardisierung der med. Behandlungsqualität
- Vernetzung der Versorgungsstrukturen
- Darüber hinaus existieren mehrere Projektgruppen im Marienhospital, die die operativen Ziele umsetzen. Für alle Projekte wird die Projektleitung und -organisation festgelegt und zusammen mit einem Projektziel dokumentiert.

Messung und Evaluation der Zielerreichung:

Die im Marienhospital vereinbarten Ziele werden wie folgt gemessen und evaluiert (Beispiele):

- Erstellung eines Selbstbewertungsberichtes, der sich auf alle Prozesse im Marienhospital bezieht (im 3-Jahres-Rhythmus)
- Überprüfung aller Prozesse im gesamten Marienhospital mittels einer Zertifizierung nach proCum Cert inklusive KTQ (im 3-Jahres-Rhythmus)
- Überprüfung aller Prozesse in der Endoskopie-Abteilung im Rahmen einer Zertifizierung nach den Anforderungen der Norddeutschen Gesellschaft für Gastroenterologie e.V. und der TÜV NORD CERT GmbH & Co.KG (jährliche Überwachungsaudits und Fachaudits im 3-Jahres-Rhythmus)
- Feststellung der Zufriedenheit der Patienten durch eine kontinuierliche Befragung im Hause
- Feststellung der Zufriedenheit der Patienten zwei Wochen nach ihrer Entlassung durch eine umfassende Befragung (im 3-Jahres-Rhythmus)
- Feststellung der Mitarbeiterzufriedenheit durch eine Befragung (im 3-Jahres-Rhythmus)
- Einschätzung des Risikos im OP durch ein externes Risikoaudit
- Einschätzung des Risikos zum Prozess der Notaufnahme durch ein externes Risikoaudit
- Kontinuierliche Untersuchungen im Bereich der Hygiene durch eine externe Hygienefachkraft
- Kontinuierliche Überprüfungen im Bereich des Brandschutzes durch externe Fachkräfte
- Kontinuierliche Erfassung und Evaluation von medizinischen Daten für die BQS (gesetzliche Qualitätssicherung)

Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung:

Die Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung erfolgt im Marienhospital auf der Grundlage unseres Qualitätsmanagementkonzeptes. In der Steuerungsgruppe, die aus Mitgliedern der Betriebsleitung besteht, ist dafür ein Zielplan erarbeitet. Gleichzeitig ist dieses Gremium für die Bekanntgabe der Ziele verantwortlich. Darüber hinaus werden die Ziele in folgenden Sitzungen und Treffen bekannt gegeben (Beispiele):

- wöchentlicher Informationsaustausch zwischen QM-Beauftragten, Geschäftsführer und Pflegedirektor
- Abteilungsleitungssitzungen
- Stationsleitungssitzung
- Arbeitstreffen des Qualitätsmanagementteams
- Arbeitstreffen des Seelsorgezirkels
- Hygienekommissionssitzung
- Arbeitssicherheitsausschusssitzung
- Arbeitstreffen zum Brandschutz und Katastrophenschutz
- Arzneimittelkommissionssitzung
- erweiterte Betriebsleitungssitzung
- Sitzungen des Aufsichtsrates

Ein weiteres Instrument zur Kommunikation der Ziele und Zielerreichung ist das Intranet (Rubrik „QM-Handbuch“), das jedem berechtigtem Mitarbeiter des Marienhospitals von seinem PC am Arbeitsplatz zur Verfügung steht.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

QM-Strukturen:

Das Marienhospital ist eines von 15 Mitgliedhäusern des Katholischen Krankenhausverbandes der Diözese Osnabrück. Der Krankenhausverband hat sich 1999 darauf geeinigt, in allen Mitgliedshäusern (siehe auch www.katholischer-krankhausverband.de) eine übereinstimmende Qualitätsstruktur mit einer christlichen Werteorientierung aufzubauen. Hierzu wurde ein 3-jähriges Modellprojekt initiiert. Monatliche regionale Arbeitstreffen finden seitdem statt. Auf Grundlage dieses „Osnabrücker Modells“ sind die QM-Strukturen in unserem Hause aufgestellt worden. So ist ein QM-Beauftragter eingestellt und ein QM-Team sowie eine Steuerungsgruppe gegründet worden. Basis für den Aufbau einer QM-Struktur war und ist auch heute noch der Qualitätskatalog der proCum Cert (siehe www.procum-cert.de) inklusive KTQ (www.ktq.de). Entsprechend befasst sich das Qualitätsmanagement in erster Linie mit der kontinuierlichen Verbesserung zu nachfolgenden übergeordneten Qualitätskategorien:

1. Patientenorientierung im Krankenhaus
2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung
3. Sicherheit im Krankenhaus
4. Informationswesen
5. Krankenhausführung
6. Qualitätsmanagement
7. Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus
8. Verantwortung gegenüber der Gesellschaft
9. Trägerverantwortung

Einbindung in die Krankenhausleitung:

Die Steuerungsgruppe, die aus Mitgliedern der Betriebsleitung besteht, gibt die Qualitätspolitik des Marienhospitals vor. Die dort getroffenen Entscheidungen werden durch den Qualitätsmanagementbeauftragten im Rahmen der Abteilungsleitungssitzungen den Führungskräften vorgestellt.

Unterstützend hierzu ist ein QM-Team gegründet worden, deren Aufgabe es ist, als Multiplikatoren die vereinbarten Qualitätsziele im Marienhospital bekannt zu machen.

Die Durchführung von Info-Märkten und weitere Informationsveranstaltungen dienen ebenfalls dazu, neben der Einbindung der Krankenhausleitung auch alle anderen Mitarbeiter, Patienten und Besucher des Hauses zu informieren.

QM-Aufgaben:

Im Vordergrund des QM stehen die Weiterentwicklung und Sicherstellung des QM-Systems mit zentraler Ausrichtung auf die Prozessoptimierung. Verantwortlich hierfür ist der QM-Beauftragte des Marienhospitals. Der QM-Beauftragte ist als Stabstelle dem Direktorium zugeordnet und direkt dem Geschäftsführer unterstellt. Er ist für alle qualitätsrelevanten Fragen und Prozesse zuständig. Der QM-Beauftragte pflegt eine enge Zusammenarbeit mit den Führungskräften sowie den bestehenden Gremien und Kommissionen. Nachfolgende Aufgaben und Befugnisse umfasst das Arbeitsfeld des QM-Beauftragten:

- Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des QM-Systems
- Entwicklung bzw. Einführung geeigneter Überprüfungs- und Messmethoden
- Vorbereitungen von Zertifizierungen
- Mitwirkung bei der Erstellung des strukturierten Qualitätsberichts nach § 137 SGB V
- Mitwirkung im Bereich der Externen Qualitätssicherung (insbesondere BQS)
- Erstellung, Verteilung und Pflege des Qualitätsmanagementhandbuchs
- Beratung aller Abteilungen in Fragen des Qualitätsmanagements
- Vorbereitung und Nachbereitung externer und interner Audits und Teilnahme
- Planung und Durchführung von Befragungen und Benchmarks
- Leitung, Koordination und Weiterentwicklung des Beschwerdemanagements, des Betrieblichen Vorschlagswesens und des Fehler- und Risikomanagements
- Koordination der Arbeitstreffen der Abteilungsleitungssitzung, des QM-Teams, der Steuerungsgruppe und weiterer diverser Projektgruppen
- Einladung, Vorbereitung, Moderation und Präsentation von Sitzungen mit Ergebnisdokumentation- und Nachverfolgung (Projektcontrolling)
- Sicherstellung einer geregelten Information und Kommunikation im QM
- Erstellung von Qualitätsstatistiken
- Ausarbeitung von Projektaufträgen und Durchführung von Projekten
- Unterstützung der internen und externen Öffentlichkeitsarbeit
- Mitwirkung bei der Entwicklung und Definition der Qualitätspolitik und der strategischen Unternehmensziele
- Qualitätsberichtserstattung an die Geschäftsführung und die Steuerungsgruppe

Vorhandene Ressourcen:

Die vorhandenen personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen im Marienhospital setzen sich wie folgt zusammen: Die Besetzung der QM-Abteilung wird seit 2002 durch einen QM-Beauftragten in Form einer Teilzeitstelle wahrgenommen.

Der Beauftragte wird bei seiner Arbeit durch ein QM-Team unterstützt, etwa bei der Erstellung von Arbeitsablaufprozessen oder der Durchführung von Info-Märkten. Die Mitglieder des Teams sind Mitarbeiter des Marienhospitals und stammen aus dem Pflegebereich (OP, Intensivstation und chirurgische Station), der Verwaltung (Zentrale Patientenaufnahme), dem Funktionsbereich (Röntgenabteilung) und dem Direktorium (Pflegedirektor). Sie treffen sich mindestens sechsmal jährlich. Eine übergeordnete Steuerungsgruppe, die zweimal jährlich tagt, gibt die Qualitätspolitik des Marienhospitals vor. Sie besteht aus Mitgliedern der Betriebsleitung (Geschäftsführer, Ärztlicher Direktor, Chefarzt Chirurgie, Chefarzt Anästhesie, Pflegedirektor, Vertreter der Belegabteilung der Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Qualitätsmanagementbeauftragte). Wöchentliche QM-Arbeitsgespräche finden gemeinsam mit dem Pflegedirektor, dem Geschäftsführer und dem QM-Beauftragten statt.

Die Vermittlung der vereinbarten Qualitätsziele erfolgt viermal jährlich im Rahmen von Abteilungsleitungssitzungen.

Im Rahmen des jährlichen Finanz- und Wirtschaftsplanes werden sowohl Personalkosten, als auch weitere für das Qualitätsmanagement anfallende Kosten zur Verfügung gestellt, etwa für diverse Zertifizierungen, Auswertungen von Befragungsauswertungen etc.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Interne Auditinstrumente zur Überprüfung der Umsetzungsqualität nationaler Expertenstandards (z. B. Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz):

Das Marienhospital überprüft die Umsetzungsqualität der im Hause verwendeten Standards und Leitlinien in der Pflege mittels Pflegevisiten. Durchgeführt werden diese Visiten durch den Pflegedirektor gemeinsam mit der betreuenden Pflegefachkraft und der Stationsleitung direkt am Bett des Patienten. Sofern möglich, werden auch die Angehörigen des Patienten hinzugezogen. Die vom Deutschen Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) entwickelten nationalen Expertenstandards werden sukzessive in unserem Hause implementiert. So ist der Expertenstandard "Dekubitusprophylaxe" eingeführt worden. Seine Einhaltung erfolgt anhand von Pflegevisiten sowie im Rahmen der Teilnahme an die externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V. Zur Einführung des Expertenstandards "Entlassungsmanagement" ist eine

interdisziplinäre Arbeitsgruppe im Hause beauftragt worden. Der QM-Beauftragte des Marienhospitals ist zudem vom DNQP als Mitglied in die Expertengruppe berufen worden, um bei der Entwicklung des neuen Expertenstandards "Bedürfnis- und bedarfsgerechte Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme bei pflegebedürftigen Menschen" mitzuwirken.

Beschwerdemanagement:

Alle stationären Patienten erhalten bei ihrer Aufnahme einen Fragebogen mit Meinungskarte. Diese Karte dient zur Mitteilungen von Beschwerden. Die vom QM-Beauftragten erfassten Beschwerden werden im Rahmen der wöchentlichen QM-Besprechungen mit dem Geschäftsführer und dem Pflegedirektor zur Festlegung geeigneter Maßnahmen diskutiert. Patienten können ihre Beschwerden aber auch mündlich direkt an das Personal, oder schriftlich sowie telefonisch an das Marienhospital richten. Mitarbeiter des Marienhospitals haben die Möglichkeit, Beschwerden an die Mitarbeitervertretung zu richten. Diese kümmert sich dann um weitere erforderliche Schritte. Beschwerden im Bereich der Ablauforganisation, sofern es sich um Beinahegeschehnisse u. ä. handelt, können Mitarbeiter elektronisch erfassen (Critical Incident Report System/ CIRS) und an den QM-Beauftragten zur weiteren Bearbeitung leiten (siehe auch Fehler- und Risikomanagement).

Fehler- und Risikomanagement:

Zur systematischen Erfassung und Analyse von Fehlern, Schwachstellen, Beinahefehlern und Fehlermöglichkeiten wird im Marienhospital eine spezielle Software im Sinne eines CIRS (Critical Incident Report Systems) verwendet. Von jedem Arbeitsplatz aus können Mitarbeiter einen entsprechenden Report (auch anonym) an den QM-Beauftragten verschicken. Ziel der Einführung von CIRS ist es, durch die Identifizierung von Risiken in der Patientenversorgung und durch die zweckmäßige Auswahl von Maßnahmen, eine günstigere Risikosituation für unsere Patienten zu erreichen. Weiterhin nimmt das Marienhospital gemeinsam mit drei regionalen katholischen Mitgliedshäusern an einem dreijährigen Pilotprojekt zum Thema "Patientensicherheit und Risikomanagement" teil. Geleitet wird das Projekt von der Gesellschaft für Risikomanagement (Detmold). Nachfolgende Ziele verfolgt das Projekt (Beispiele):

- Systematisierung bisheriger Aktivitäten zum Risikomanagement
- Auswertung bisheriger Schadensereignisse
- Aufbau und die Einführung eines vernetzten Systems zur Zwischenfallerfassung
- Entwicklung eines Maßnahmenkataloges für den "Schadensfall"
- Medienarbeit zum Thema "Risikomanagement"
- Prüfung der beweisrechtlichen Funktion der Dokumentationssysteme
- Prüfung der Funktionalität der Patientenaufklärung

- Risikochecks in ausgewählten klinischen Bereichen

Nachfolgende Risikoaudits unter Leitung eines Mitarbeiters der Gesellschaft für Risikomanagement sind beispielsweise im Marienhospital durchgeführt worden:

- Risikoaudit in der Operationsabteilung in 2005
- Risikoaudit zum Prozess der Notaufnahme 2006

Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen:

Im Marienhospital werden keine Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen durchgeführt.

Patienten-Befragungen:

Im Marienhospital erfolgt die systematische Befragung der Patienten im dreijährigen Rhythmus. Die Rücklaufquote der letzten Zufriedenheitsstudie in Form einer Patientenbefragung im Jahre 2006 betrug 54 %. Die Auswertung erfolgte durch die Private Universität Witten / Herdecke. Der Fragebogen gliederte sich in nachfolgende Abschnitte:

- Unterkunft und Verpflegung
- Abläufe und Organisation
- Ärztlicher Dienst
- Pflegedienst
- Seelsorge und Betreuung
- Zusätzliche Angebote
- Entlassung
- Gesamtbewertung
- Persönliche Angaben
- Weitere Angaben (Weiterempfehlung des Krankenhauses)

Zusätzliche kontinuierliche Patientenbefragungen im Bereich der Endoskopie und der Anästhesie finden zudem im Marienhospital Anwendung.

Auf Grundlage der jeweiligen Befragungsergebnisse wird ein Maßnahmenkatalog erstellt. Die Umsetzung wird durch den Qualitätsmanagementbeauftragten verfolgt.

Mitarbeiter-Befragungen:

Im Marienhospital erfolgt die systematische Befragung der Mitarbeiter im dreijährigen Rhythmus. Die Rücklaufquote der letzten Zufriedenheitsstudie in Form einer Mitarbeiterbefragung im Jahre 2007 betrug 74 %. Die Auswertung erfolgte durch die Private Universität Witten / Herdecke. Der Fragebogen gliederte sich in nachfolgende Abschnitte:

- Allgemeines/ Ansehen des Hauses
- Arbeitsbedingungen
- Vorgesetztenbeurteilung
- Betriebsleitung und Mitarbeitervertretung
- Fort- und Weiterbildung und berufliche Entwicklung
- Leitbild/ Seelsorge/ Ethik
- Zusammenarbeit mit anderen Bereichen
- Hauspezifische Fragen des Marienhospitals
- Weitere Anmerkungen, Anregungen und Hinweise

Auf Grundlage der jeweiligen Befragungsergebnisse wird ein Maßnahmenkatalog erstellt. Die Umsetzung wird durch den Qualitätsmanagementbeauftragten in Zusammenarbeit mit der Mitarbeitervertretung verfolgt.

Einweiser-Befragungen:

Niedergelassene Ärzte sind durch ein beauftragtes Unternehmen zu den Planungen des Marienhospitals (Bau einer Pflegeheim Einrichtung und einem Ärztehaus) gezielt befragt worden. Zudem haben Anfang 2007 alle Einweiser einen Flyer mit detaillierten Informationen zum Bauvorhaben zugeschickt bekommen. Weiterhin werden die Niedergelassenen Ärzte regelmäßig zu einem Austausch oder einer Informationsveranstaltung von der Krankenhausleitung ins Marienhospital

eingeladen.

Maßnahmen zur Patienten-Information und -Aufklärung:

Im Marienhospital erhält der Patient in allen Bereiche umfassende Informationen und Aufklärungen. So kann er sich schon im Vorfeld über unsere Homepage im Internet detailliert informieren. Auch in der örtlichen Presse sind regelmäßig Artikel über das Marienhospital veröffentlicht. Bei seiner Aufnahme erhält er Informationsmaterialien etwa zu Wahlleistungen, den einzelnen Fachdisziplinen, zur Seelsorge und zum Beschwerdemanagement. Auf der Station erklärt die für ihn zuständige Pflegefachkraft alle organisatorischen Abläufe des Hauses. In seinem Zimmer liegt eine Patienteninformationsmappe mit relevanten Informationen aus, die auch fremdsprachige Ausführungen enthält. Weiterhin stehen Informationen besonders zu den medizinischen Leistungsangeboten des Marienhospitals im Krankenhausfernsehskanal zur Verfügung. Seelsorgerische Auskünfte kann er am Radio direkt an seinem Bett empfangen. Zur Vorbereitung einer Untersuchungen, Narkose oder Operation erhält der Patient einen leicht verständlichen Aufklärungsbogen, der dann Grundlage für ein ärztliches Aufklärungsgespräch ist. Im Bedarfsfall kann auch ein „Dolmetscher“ aus der Mitarbeiterschaft des Hauses unterstützend für eine Aufklärung hinzugezogen werden. Ob der Patient mit den erhaltenen Informationen und mit den Aufklärungen zufrieden war, wird in Patientenbefragungen und im Rahmen des Beschwerdemanagements ermittelt.

Wartezeitenmanagement:

Die Zufriedenheit der Patienten mit Wartezeiten wird in nachfolgenden Befragungen erfasst:

- In der kontinuierlich durchgeführten Patientenbefragung
- Im 3-Jahres-Rhythmus im Rahmen der Patientenzufriedenheitsstudie
- Kontinuierlich mittels der Befragung in der Endoskopie

Weiterhin erfolgt die Erfassung von Beschwerden zu Wartezeiten durch das Beschwerdemanagement und mittels der Software zum Risikomanagement (CIRS), etwa im Hinblick auf Wartezeiten zwischen OP-Vorbereitung, -Einleitung und -Durchführung.

Hygienemanagement:

Die Organisation der Hygiene steht unter der Leitung des Ärztlichen Direktors. Alle organisatorischen Belange werden in der Hygienekommission geregelt. Dort beschlossene Maßnahmen werden von einer Hygienefachkraft umgesetzt. Es gibt in allen Bereichen umfangreiche Hygiene- und Desinfektionspläne, deren Einhaltung von der Hygienefachkraft durch Kontrolluntersuchungen überwacht wird. Aus den Ergebnissen werden kontinuierlich Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Die Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten (z. B. Infektionen) erfolgt nach den Vorgaben des Robert-Koch-Instituts. Für meldepflichtige Infektionen gibt es klar geregelte Meldewege. Verantwortlich für die Erhebung und Sammlung der entsprechenden Daten ist die Hygienefachkraft. Zusätzlich erhalten wir pro Quartal Auswertungen aus dem Labor. Die Ergebnisse sind Grundlage für Realisierung von Verbesserungsmaßnahmen. Die Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen erfolgt z. B. auf Grundlage der Ergebnisse der Hygienevisiten. Alle Bereiche verfügen über Hygienestandards, in denen Anweisungen z.B. für den Umgang mit verschiedenen Infektionserregern festgelegt sind. Die Kontrollen zur Einhaltung aller Bestimmungen erfolgen durch die Hygienefachkraft. Auf Grundlage der Hygienestandards und -pläne sowie der Desinfektionspläne werden alle hygienesichernden Maßnahmen umgesetzt. Alle Pläne werden regelmäßig aktualisiert und die korrekte Umsetzung von Maßnahmen durch die Hygienefachkraft überwacht. Dafür werden Begehungen durchgeführt und Untersuchungen vorgenommen. Bei Bedarf wird ein Krankenhaushygieniker hinzugezogen.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Im Marienhospital ist eine Steuerungsgruppe implementiert, die grundlegende strategische Entscheidungen zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der Qualität im Hause trifft. Der QM-Beauftragte bereitet die Arbeitstreffen vor und berät die Mitglieder der Gruppe. Das Protokoll und gegebenenfalls die Erstellung von Projektaufträgen obliegen dem Geschäftsführer. Der Auftrag enthält beispielsweise Aussagen über den Zeitrahmen, die Kosten, die Mitglieder und das Projektziel. In den wöchentlichen Arbeitssitzungen, an denen der Geschäftsführer und der Pflegedirektor teilnehmen, berichtet der QM-Beauftragte über den jeweiligen Projektstand. Er ist auch derjenige, der das Projektcontrolling durchführt. Sofern erforderlich, wird nach Beendigung des Projektes eine Evaluierung veranlasst. Nachfolgenden Projekte sind in der Zeit nach Erstellung des letzten strukturierten Qualitätsberichtes (2004) im Marienhospital realisiert worden (Beispiele):

- Errichtung eines neuen Abschiedsraumes inklusive Leichenhalle
- Umstellung des Bestellwesens auf EDV-Bestellung (Medizinisches Warenlager), Projekt läuft noch
- Errichtung der Zentralen Patientenaufnahme
- Aufbau eines Seelsorgezirkels
- Durchführung von Info-Märkten
- Durchführung einer Patientenzufriedenheitsstudie (2006)

- Durchführung einer Mitarbeiterzufriedenheitsstudie (2007)
- Einführung eines Critical Incident Report Systems (CIRS)
- Einführung von Pflegevisiten
- Einführung von Hygienevisiten
- Einführung von strukturierten Hygienearbeitengesprächen
- jährliche externe Überwachungsaudits in der Endoskopie
- externes Fachaudit in der Endoskopie (2007)
- externes Risikoaudit im Bereich des OPs und den angrenzenden Disziplinen
- externes Risikoaudit im Bereich der Notaufnahme
- Erstellung eines Flyers „Lob und Tadel mit Meinungskarte“
- Erstellung eines Flyers „Seelsorge“
- Erstellung eines Flyers „Elternschule“
- Neustrukturierung im Notfallmanagement (Checklisten, Notfallutensilien für Kinder, Notfallhandys etc.)
- Durchführung von Audits z. B. zur „Röntgenverordnung“, zur „Lagerhaltung“ und zum „Notfallmanagement“
- Durchführung einer externen Bewertung des Wegeleitsystems
- Aufbau eines neuen Wegeleitsystems im Hause
- Aufbau eines neuen Wegeleitsystems in den Außenanlagen des Hauses
- Aktualisierung und kontinuierliche Fortführung des Betrieblichen Vorschlagswesens
- Aktualisierung und kontinuierliche Fortführung des Beschwerdemanagements
- Erstellung eines Selbstbewertungsberichtes zur Vorbereitung einer Zertifizierung in 2007 nach den Vorgaben der KTQ® und der proCum Cert.
- Erstellung eines Strukturhebungsbogens zur Vorbereitung einer Zertifizierung in 2007 nach den Vorgaben der KTQ® und der proCum Cert.
- Erstellung eines Qualitätsberichtes zur Vorbereitung einer Zertifizierung in 2007 nach den Vorgaben der KTQ® und der proCum Cert.
- Erstellung des hier vorliegenden strukturierten Qualitätsberichtes nach § 137 SGB V

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Das Marienhospital unterzieht sich im 3-Jahres-Rhythmus seit 2004 einer freiwilligen Zertifizierung nach den Vorgaben der KTQ® und der proCum Cert. Das Krankenhaus muss einen sehr detaillierten und umfassenden Selbstbewertungsbericht, einen Strukturhebungsbogen und einen Qualitätsbericht erstellen. Alle Prozesse und Abläufe des Hauses, die sich in nachfolgende neun übergeordnete Qualitätskategorien unterteilen, müssen bei dieser Selbstbewertung berücksichtigt werden:

- 1. Patientenorientierung im Krankenhaus
- 2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung
- 3. Sicherheit im Krankenhaus
- 4. Informationswesen
- 5. Krankenhausführung
- 6. Qualitätsmanagement
- 7. Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus
- 8. Verantwortung gegenüber der Gesellschaft
- 9. Trägerverantwortung

Nach formeller Annahme des Selbstbewertungsberichts durch die Zertifizierungsgesellschaft erfolgt drei Monate später eine Fremdbewertung (Zertifizierung oder auch Visitation genannt). Das Expertenteam besteht aus einem ärztlichen und einem pflegerischen Visitor, einem Visitor aus dem Bereich der Verwaltung und einer Visitationsbegleitung. Während der dreitägigen Visitation erfolgt die Sichtung und Beurteilung aller relevanten Krankenhausdokumente, die Durchführung zahlreiche kollegialer Dialoge mit Mitarbeitern des Hauses sowie mehrere Vor-Ort-Begehungen. Auf Grundlage des Selbstbewertungsberichtes und den Ergebnissen aus der Fremdbewertung spricht das Expertenteam eine Empfehlung aus. Nach einer formellen Prüfung erstellt die Zertifizierungsgesellschaft bei Erreichung einer definierten Punktzahl dem Krankenhaus das Zertifikat aus.

Eine weitere Überprüfung aller Arbeitsprozesse erfolgt in der Endoskopie-Abteilung im Rahmen einer Zertifizierung nach den Anforderungen der Norddeutschen Gesellschaft für Gastroenterologie e.V. und der TÜV NORD CERT GmbH & Co.KG seit einigen Jahren im Marienhospital. Dieses Zertifizierungsverfahren verlangt jährliche Überwachungsaudits und Fachaudits im 3-Jahres-Rhythmus. Die externen Auditoren beurteilen die Durchführung von Koloskopien und Gastroskopien, sowie alle in der Endoskopie verwendeten Dokumente.