

ST. ELISABETH-KRANKENHAUS GMBH
BAD KISSINGEN



QUALITÄTSBERICHT

BERICHTSJAHR 2006
OKTOBER 2007

Inhalt

4	Einleitung
5	A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses
8	B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen
9	Abteilung für Innere Medizin/Kardiologie
14	Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie
18	Abteilung für Unfallchirurgie
22	Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
26	Abteilung für Urologie
30	Abteilung für Pädiatrie
33	Abteilung für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
36	Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin
39	C Qualitätssicherung
39	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V
44	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
44	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
45	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
48	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V
48	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V
49	D Qualitätsmanagement
49	Qualitätspolitik
49	Qualitätsziele
50	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
50	Instrumente des Qualitätsmanagements
51	Qualitätsmanagement-Projekte
54	Bewertung des Qualitätsmanagements
54	Perspektiven des Qualitätsmanagements
55	Impressum

Einleitung

Das St. Elisabeth-Krankenhaus hat auch in diesem Jahr für seine Patienten, seine Partner (zuweisende Ärzte, nachfolgende Einrichtungen, Lieferanten) und alle allgemeininteressierten Bürger diesen Qualitätsbericht über seine Tätigkeit im abgelaufenen Jahr erarbeitet.

Sie können sich über unser medizinisches Leistungsspektrum und die Behandlungsmöglichkeiten in unserem Hause ein umfassendes Bild machen.

Wir zeigen Ihnen auf, auf welche Art und Weise wir an der Sicherstellung einer wissenschaftlich fundierten und an den aktuellen Gegebenheiten ausgerichteten Medizin und Pflege arbeiten.

Nicht unerwähnt bleiben soll an dieser Stelle der Dank an alle unsere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die ihre Arbeit mit viel Engagement und zum Wohle unserer Patienten erbracht haben.

Bad Kissingen, im Oktober 2007

Die Geschäftsführung

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Frau Julia Kähning und Herrn Martin Stapper, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Anmerkung:

Am 29.08.2007 wurde die Verschmelzung der Heinz Kalk-Krankenhaus GmbH und der Krankenhaus Hammelburg GmbH jeweils auf die St. Elisabeth-Krankenhaus GmbH Bad Kissingen - rückwirkend zum 01.01.2007 - mit der Eintragung in das Handelsregister rechtskräftig. Die ehemals eigenständigen Kliniken werden als ein Krankenhaus mit heute drei, ab Mitte 2008 mit zwei Betriebsstätten fortgeführt.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	St. Elisabeth-Krankenhaus Kissinger Straße 150 97688 Bad Kissingen
	Zentrale E-Mail-Adresse	info@elisabeth-online.de
	Internet-Präsenz	www.elisabeth-online.de
A-2	Institutskennzeichen des Krankenhauses	260 960 240
A-3	Standortnummer	00
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers	St. Elisabeth-Krankenhaus GmbH Bad Kissingen, Bad Kissingen Art: privat (Alleingesellschafter: Rhön-Klinikum AG, Bad Neustadt/Saale)
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus	Nein

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Fachabteilungen

Innere Medizin

Unfallchirurgie

Allgemein- und Viszeralchirurgie

Gynäkologie und Geburtshilfe

Urologie

Pädiatrie

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Entfällt.

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Nr.	Fachabteilungsübergreifender Versorgungsschwerpunkt	Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Kommentar
VS00	Regionales Interdisziplinäres Bauchzentrum (IBZ)	Innere Medizin / Gastroenterologie Allgemein- und Viszeralchirurgie	Zusätzliche Zusammenarbeit im Rahmen eines regionalen Bauchzentrums mit jeweils Innerer Medizin / Gastroenterologie / Hepatologie des Heinz Kalk-Krankenhauses Bad Kissingen sowie des Krankenhauses Hammelburg
VS00	Fast-Track Chirurgie	Allgemein- und Viszeralchirurgie Anästhesie- und Intensivmedizin	Konzentrierte postoperative Therapie durch Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten zur raschen Mobilisation mit der Folge einer verkürzten Verweildauer

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP04	Atemgymnastik	
MP07	Beratung/Betreuung durch Sozialarbeiter	
MP11	Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassungsmanagement	
MP19	Geburtsvorbereitungskurse	Gynäkologie und Geburtshilfe
MP24	Lymphdrainage	
MP31	Physikalische Therapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Hebammen	Gynäkologie und Geburtshilfe
MP43	Stillberatung	Gynäkologie und Geburtshilfe
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	
MP50	Wochenbettgymnastik	Gynäkologie und Geburtshilfe
MP51	Wundmanagement	
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot	Kommentar
Räumlichkeiten		
SA01	Aufenthaltsräume	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA05	Mutter-Kind-Zimmer	Gynäkologie und Geburtshilfe
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA07	Rooming-In	Gynäkologie und Geburtshilfe
SA09	Unterbringung Begleitperson	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
Ausstattung der Patientenzimmer		
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	
SA15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	Auf Wunsch
SA16	Kühlschrank	
SA17	Rundfunkempfang am Bett	
SA18	Telefon	
SA19	Wertfach/ Tresor am Bett/im Zimmer	
Verpflegung		
SA20	Frei wählbare Essenzusammenstellung (Komponentenwahl)	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)	
Ausstattung/Besondere Serviceangebote des Krankenhauses		
SA23	Cafeteria	
SA24	Faxempfang für Patienten	Über Rezeption
SA25	Fitnessraum	

Nr.	Serviceangebot	Kommentar
SA27	Internetzugang	
SA28	Kiosk/Einkaufsmöglichkeiten	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	
SA31	Kulturelle Angebote	
SA33	Parkanlage	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA37	Spielplatz	Spielzimmer auf Station
Persönliche Betreuung		
SA39	Besuchsdienst, „Grüne Damen“	
SA42	Seelsorge	
SA00	Sonstiges	

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

Entfällt.

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V	196
Betten Intensivmedizin	7
Betten Intermediate Care	16

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Gesamtzahl der im Berichtsjahr 2006 behandelten Fälle

Vollstationäre Fälle	8.400
Ambulante Fallzahl (Quartalszählweise)	7.456
Stationäre Operationen	3.274
Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	542

B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen

B-1.1 Innere Medizin

B-2.1 Allgemein- und Viszeralchirurgie

B-3.1 Unfallchirurgie

B-4.1 Gynäkologie und Geburtshilfe

B-5.1 Urologie

B-6.1 Pädiatrie

B-7.1 Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

B-8.1 Anästhesie

B-1.1 Abteilung für Innere Medizin/Kardiologie

Hauptabteilung

Leitung der Abteilung: Herr Dr. med. Friedrich Schwanghart

Telefon: (0971)805-340

Fax: (0971)805-283

E-Mail: f.schwanghart.in@elisabeth-online.de

B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
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

Qualitätsmanagement in der Abteilung

Einige ausgewählte Leistungen sowie Ergebnisparameter seien nachfolgend genannt:

Interventionelle Koloskopien				
	Jahr 2005	Prozent	Jahr 2006	Prozent
Gesamtanzahl	208	38,80	174	33,70
Davon:				
Polypenabtragung	135	25,20	104	20,40
Blutung	58	10,80	53	10,30
Stenosen-therapie	14	2,60	17	3,30
Darmstenting (Tumore)	1	0,20	0	0,00

Interventionelle Gastroskopien				
	Jahr 2005	Prozent	Jahr 2006	Prozent
Gesamtanzahl	143	16,10	140	15,00
Davon:				
Blutung	85	9,60	66	7,10
Varizen	4	0,40	2	0,20
Pneumatische und mechanische Dilatationen	7	0,70	5	0,50
Polypektomie	4	0,40	2	0,20
PEG (Nahrungssonde)	43	4,80	63	6,80
Duodenal-Stenting (Tumore)	0	0,00	2	0,20
Davon: Komplikationen				
Ateminsuffizienz	2	1,40	0	0,00

ERCP				
	Jahr 2005	Prozent	Jahr 2006	Prozent
Gesamtanzahl	70	57,40	65	79,30
Davon:				
Stenting	39	32,00	26	29,10
Steinextraktion	47	38,50	39	44,30

ERCP				
	Jahr 2005	Prozent	Jahr 2006	Prozent
Steinextraktion Et Stenting	16	13,00	7	8,90
Aufgetretene Komplikationen				
Leichte bis mittelgradige Pankreatitis (Bauchspeicheldrüsenentzündung)	5	7,10	2	3,10
Leichte bis mittelgradige Blutung	4	5,70	3	4,60
Duodenalperforation (Durchbruch des Zwölffingerdarms)	2	2,90	0	0,00
Cholangitis (Gallenganginfekt)	1	1,40	0	0,00
Ateminsuffizienz	1	1,40	0	0,00

Des Weiteren verweisen wir auf die ausgearbeiteten Qualitätsindikatoren im Bereich C-4, die die Schlaganfallversorgung betreffen.

B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung

Siehe Übersicht in Kapitel A-9.

B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung

Siehe Übersicht in Kapitel A-10.

B-1.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Gesamt-Leistungszahlen der Abteilung

Stationäre Fallzahlen (DRG)	3.141
Operationen/interventionelle Maßnahmen (OPS Kapitel 5)	499
Behandlungsmaßnahmen insgesamt (OPS alle Kapitel)	6.691

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	I20	242	Angina pectoris (Brustenge als Zeichen einer Verengung der Herzkranzgefäße)
2	I50	215	Herzinsuffizienz (Herzmuskelschwäche)
3	I10	153	Essentielle (primäre) Hypertonie (Bluthochdruck)
4	I48	133	Vorhofflattern und Vorhofflimmern (Formen der Herzrhythmusstörung)
5	I21	120	Akuter Myokardinfarkt (Herzinfarkt)
6	J18	99	Pneumonie (Lungenentzündung), Erreger nicht näher bezeichnet
7	R55	84	Synkope (plötzliche Bewusstlosigkeit) und Kollaps
8	I95	79	Hypotonie (niedriger Blutdruck)
9	R07	65	Hals- und Brustschmerzen
10	F10	61	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
C20	35	Bösartige Neubildung des Rektums (Enddarm)
K80	21	Cholelithiasis (Gallensteinleiden)
K85	20	Akute Pankreatitis (Bauchspeicheldrüsenentzündung)
C16	18	Bösartige Neubildung des Magens

B-1.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	8-930	1.734	Monitoring (Überwachung) von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes (Druck in der Lungenschlagader) und des zentralen Venendruckes
2	1-279	582	Diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen
3	1-632	530	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie (Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm)
4	1-275	487	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung (Herzkatheteruntersuchung z. B. über die Leistenschlagader)
5	8-837	307	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen (Zugang durch Haut und Schlagadern)
6	1-440	271	Endoskopische Biopsie (Gewebeprobe bei Spiegelungsuntersuchung) an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas (Bauchspeicheldrüse)
7	1-650	268	Diagnostische Koloskopie (Darmspiegelung)
8	8-800	215	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat (Blutübertragung)
9	3-052	204	Transösophageale Echokardiographie (TEE, Ultraschalluntersuchung des Herzens durch die Speiseröhre)
10	1-444	190	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt (Gewebeprobe bei Darmspiegelung)

Weitere Kompetenz-Prozeduren

OPS-301	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
5-377	83	Implantation (Einpflanzung) eines Herzschrittmachers und Defibrillators (Gerät zur Beseitigung von Herzrhythmusstörungen)
5-452	63	Lokale Exzision (Ausschneidung) und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
5-431	46	Gastrostomie (Eröffnung des Magens zur Anlage einer äußeren Magenfistel)

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistung
Notfallambulanz	Notfallbehandlungen im Rahmen der KH-Zulassung
Privatambulanz	
Ermächtigung gem. §31a Abs. 1 Ärzte-ZV	Perkutane endoskopische Gastrostomie sowie Endoskopie

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Entfällt.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

In der Inneren Medizin besteht keine Zulassung zum D-Arztverfahren.

B-1.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Kommentar
AA01	Angiographiegerät	
AA03	Belastungs-EKG/Ergometrie	
AA05	Bodyplethysmographie	
AA08	Computertomograph (CT)	24-Notfallverfügbarkeit ist nicht gegeben - über benachbarte Praxis
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	
AA12	Endoskop	
AA13	Geräte der invasiven Kardiologie (z.B. Herzkatheterlabor, Ablationsgenerator, Kardioversionsgerät, Herzschrittmacherlabor)	24-Notfallverfügbarkeit ist nicht gegeben
AA19	Kipptisch (z.B. zur Diagnose des orthostatischen Syndroms)	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	24-Notfallverfügbarkeit ist nicht gegeben - über benachbarte Praxis
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	24-Notfallverfügbarkeit ist gegeben
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät	

B-1.12 Personelle Ausstattung

B-1.12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar (Weiterbildungsbefugnisse)
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	11,82 VK	CA Dr. Schwanghart für 6 Jahre; OA Dr. Nispel für Kardiologie 1 Jahr (AQ28)
Davon Fachärzte	4,00 VK	

B-1.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl
Pflegekräfte insgesamt	36,31 VK
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung)	36,31 VK
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung)	4,86 VK

B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Für die Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal
SP02	Arzthelfer
SP04	Diätassistenten/Ernährungsberater
SP21	Physiotherapeuten
SP25	Sozialarbeiter
SP00	Medizinisch-technische Assistenten (Labor)
SP00	Medizinisch-technische Assistenten (Röntgen)

B-2.1 Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Hauptabteilung

Leitung der Abteilung: Herr Professor Dr. med. Michael Kahle (Ärztlicher Direktor)

Telefon: (0971)805-361

Fax: (0971)805-324

E-Mail: m.kahle.ch@elisabeth-online.de

B-2.2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VC21	Endokrine Chirurgie
VC22	Magen-Darm-Chirurgie
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
VC24	Tumorchirurgie
VC55	Minimal-invasive laparoskopische Operationen

Qualitätsmanagement in der Abteilung

Wir nehmen an folgenden qualitätssichernden Studien beziehungsweise Registern teil:

- Teilnahme am Multizentrischen Register „Fast-Track“-Kolonchirurgie der Universität für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie der Charité Berlin.
- Teilnahme am Tumorregister „Maligne Neuerkrankungen“ des Tumorzentrums der Julius-Maximilian-Universität Würzburg.

Es handelt sich um nationale Studien, die in ihrer Gesamtheit entsprechend publiziert wurden. Einzelauswertungen bezogen auf unser Haus liegen keine vor.

Ergebnisse der „Fast-Track-Chirurgie“ in der Chirurgischen Klinik am St. Elisabeth-Krankenhaus Bad Kissingen 2006:

Im Jahr 2006 wurden 125 resezierende Eingriffe am Dick- und Enddarm vorgenommen. Seit Mai 2006 konnten 34 Patienten in das Fast-Track-Protokoll aufgenommen werden. Die nachoperative Verweildauer in dieser Gruppe lag bei 8,8 Tagen, verglichen mit 17,59 bei herkömmlicher perioperativer Betreuung.

Schwerwiegende Begleiterkrankungen, insbesondere Notfälle, die etwa 30 % unseres Krankengutes ausmachen, sind Gründe dafür, dass 2006 fast $\frac{3}{4}$ unseres Krankengutes in der kolorektalen Chirurgie nicht im Fast-Track-Regime zu behandeln waren.

Des Weiteren verweisen wir auf den ausgeleiteten Indikator (Notwendigkeit eines Zweiteingriffs nach Kolonoperationen) im Bereich C-4.

B-2.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung

Siehe Übersicht in Kapitel A-9.

B-2.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung

Siehe Übersicht in Kapitel A-10.

B-2.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Gesamt-Leistungszahlen der Abteilung

Stationäre Fallzahlen (DRG)	1.051
Operationen/interventionelle Maßnahmen (OPS Kapitel 5)	1.235
Behandlungsmaßnahmen insgesamt (OPS alle Kapitel)	2.290

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	K80	162	Cholelithiasis (Gallensteinleiden)
2	K40	107	Hernia inguinalis (Leistenbruch)
3	K35	105	Akute Appendizitis (Entzündung des Wurmfortsatzes, Blinddarmentzündung)
4	K56	87	Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus (Darmverschluss) ohne Hernie (Eingeweidebruch)
5	K57	66	Divertikulose (Wandausstülpungen) des Darmes
6	C18	46	Bösartige Neubildung des Kolons (Dickdarm)
6	E04	46	Nichttoxische Struma (Vergrößerung der Schilddrüse, Restkategorie)
8	I88	37	Unspezifische Lymphadenitis (Lymphknotenentzündung)
9	K43	25	Hernia ventralis (Bauchdeckenbruch)
10	K52	24	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis (Magen-Darm- und Dickdarmentzündung, Restkategorie)

Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
C20	17	Bösartige Neubildung des Rektums (Enddarm)

B-2.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	8-930	197	Monitoring (Überwachung) von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes (Druck in der Lungenschlagader) und des zentralen Venendruckes
2	5-511	164	Cholezystektomie (Entfernung der Gallenblase)
3	5-470	116	Appendektomie (Entfernung des Wurmfortsatzes)

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
4	5-530	105	Verschluss einer Hernia inguinalis (Leistenbruch)
5	8-831	100	Legen, Wechsel und Entfernung eines Katheters in zentralvenöse Gefäße (in die großen Körpervenen)
6	5-455	96	Partielle Resektion des Dickdarmes (Entfernung eines Teils des Dickdarmes)
7	1-632	70	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie (Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm)
7	1-650	70	Diagnostische Koloskopie (Darmspiegelung)
9	5-469	68	Operationen am Darm
10	5-062	55	Partielle Schilddrüsenresektion (Entfernung von Teilen der Schilddrüse)

Weitere Kompetenz-Prozeduren

OPS-301	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
5-541	53	Laparotomie (Eröffnung des Bauchraumes) oder Eröffnung des Retroperitoneums (Raum zwischen Bauchhöhle und hinterer Leibeswand)
5-543	23	Exzision (Ausschneidung) und Destruktion von peritonealem (Bauchfell-) Gewebe
5-513	22	Endoskopische Operationen an den Gallengängen (auf dem Wege einer Zwölffingerdarmspiegelung)

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistung
Notfallambulanz	Notfallbehandlungen im Rahmen der KH-Zulassung
Privatambulanz	

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	5-530	35	Verschluss einer Hernia inguinalis (Leistenbruch)
2	5-399	30	Portanlage
3	5-534	10	Verschluss einer Hernia umbilicalis (Nabelbruch)

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

In der Allgemein- und Viszeralchirurgie besteht keine Zulassung zum D-Arztverfahren.

B-2.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Kommentar
AA05	Bodyplethysmographie	
AA08	Computertomograph (CT)	24-Notfallverfügbarkeit ist nicht gegeben - über benachbarte Praxis
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	24-Notfallverfügbarkeit ist nicht gegeben - über benachbarte Praxis
AA27	Röntgengerät/ Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	24-Notfallverfügbarkeit ist gegeben

B-2.12 Personelle Ausstattung

B-2.12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar (Weiterbildungsbefugnisse)
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	6,94 VK	CA Prof. Dr. Kahle für Chirurgie 5 Jahre (AQ06) und Viszeralchirurgie 1 Jahr (AQ13)
Davon Fachärzte	3,0 VK	

B-2.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl
Pflegekräfte insgesamt	12,41 VK
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung)	12,41 VK
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung)	2,45 VK

B-2.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Für die Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal
SP02	Arzthelfer
SP04	Diätassistenten/Ernährungsberater
SP21	Physiotherapeuten
SP25	Sozialarbeiter
SP00	Medizinisch-technische Assistenten (Labor)
SP00	Medizinisch-technische Assistenten (Röntgen)

B-3.1 Abteilung für Unfallchirurgie

Hauptabteilung

Leitung der Abteilung: Dr. med. Ralf Junghanns

Telefon: (0971)805-361

Fax: (0971)805-324

E-Mail: r.junghanns.ch@elisabeth-online.de

B-3.2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VC28	Gelenkersatzverfahren/ Endo-Prothetik
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

Qualitätsmanagement in der Abteilung

Wir verweisen auf die externe verpflichtende Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (hüftgelenknahe Femurfrakturen, Endoprothetik der Hüfte und des Knies) im Kapitel C-1.2.

Wir setzen sowohl bei der Knie- als auch bei der Hüftendoprothetik eine computergestützte Navigation ein, die den Operateur mit hoher Präzision unterstützt.

Für das Jahr 2006 haben wir die gesetzlich festgelegte Mindestmenge bezüglich der Knieendoprothetik erfüllt. Im Rahmen der Mindestmengenregelung wurde unser Haus im Jahre 2006 von der BQS hinsichtlich der Knieprothetik vor Ort überprüft. Diese Überprüfung ergab keine Abweichungen zu den von uns übermittelten Daten.

Im Jahre 2006 wurde eine Anwenderbeobachtung der Versorgung pertrochanterer Oberschenkelfrakturen durchgeführt. Auswertungsergebnisse liegen zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Qualitätsberichtes noch nicht vor.

Weiterhin haben wir 2006 eine Kurzschafthüftprothese für junge Patienten eingeführt. Dies führt zu einer knochensparenden Operationsmethode. Leider liegen uns auch hierzu noch keine Auswertungsergebnisse vor.

B-3.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung

Siehe Übersicht in Kapitel A-9.

B-3.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung

Siehe Übersicht in Kapitel A-10.

B-3.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Gesamt-Leistungszahlen der Abteilung

Stationäre Fallzahlen (DRG)	1.238
Operationen/interventionelle Maßnahmen (OPS Kapitel 5)	1.563
Behandlungsmaßnahmen insgesamt (OPS alle Kapitel)	2.729

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	S72	129	Fraktur des Femurs (Oberschenkelknochenbruch)
2	S82	110	Fraktur (Knochenbruch) des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
3	M17	97	Gonarthrose (Kniegelenksverschleiß)
4	S52	96	Fraktur (Knochenbruch) des Unterarmes
5	S00	87	Oberflächliche Verletzung des Kopfes
6	S06	84	Intrakranielle Verletzung (Verletzung von Organen innerhalb des Schädels)
7	M16	82	Koxarthrose (Hüftgelenksverschleiß)
8	S22	63	Fraktur (Knochenbruch) der Rippen, des Sternums (Brustbein) und der Brustwirbelsäule
9	S32	52	Fraktur (Knochenbruch) der Lendenwirbelsäule und des Beckens
10	M23	51	Binnenschädigung des Kniegelenkes

Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
S42	42	Fraktur (Knochenbruch) im Bereich der Schulter und des Oberarmes
S83	31	Luxation (Verrenkung), Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes

B-3.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	8-930	468	Monitoring (Überwachung) von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes (Druck in der Lungenschlagader) und des zentralen Venendruckes
2	5-812	209	Arthroskopische (Gelenkspiegelungs-) Operation am Gelenknorpel und an den Menisken (Gelenkzwischenknorpeln)
3	5-811	179	Arthroskopische Operation an der Synovialis (Operation an der Gelenkhaut bei Gelenkspiegelung)
4	5-794	162	Offene Reposition (Wiedereinrichtung) einer Mehrfragment-Fraktur (Knochenbruch) im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese (operative Knochenbruchstabilisierung)
5	5-790	152	Geschlossene Reposition (Wiedereinrichtung) einer Fraktur (Knochenbruch) oder Epiphysenlösung (Ablösung des Gelenkendes des Knochens) mit Osteosynthese (operative Knochenbruchstabilisierung)

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
6	5-820	128	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk (Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenkes)
7	5-859	96	Operation an Muskeln, Sehnen, Faszien (Bindegewebeplatten) und Schleimbeuteln (Restkategorie)
8	1-697	84	Diagnostische Arthroskopie (Gelenkspiegelung)
9	5-900	81	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut
10	5-787	74	Entfernung von Osteosynthesematerial (Metallentfernung nach Knochenbruchversorgung)

Weitere Kompetenz-Prozeduren

OPS-301	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
5-793	55	Offene Reposition (Wiedereinrichtung) einer einfachen Fraktur (Knochenbruch) im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
5-822	53	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk (Einsetzen eines künstlichen Kniegelenkes)
5-988	49	Anwendung eines Navigationssystems

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistung
Notfallambulanz	Notfallbehandlungen im Rahmen der KH-Zulassung
Privatambulanz	
BG-Ambulanz	Regelmäßige Sprechstunden zur Begutachtung der BG-Patienten

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	5-787	21	Entfernung von Osteosynthesematerial (Metallentfernung nach Knochenbruchversorgung)
2	8-201	6	Geschlossene Reposition (Einrichtung) einer Gelenkluxation (Verrenkung des Gelenkes) ohne Osteosynthese (Knochenstabilisierung)

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

In der Unfallchirurgie besteht sowohl die Zulassung zum D-Arztverfahren als auch zum Verletzungsartenverfahren.

B-3.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Kommentar
AA08	Computertomograph (CT)	24-Notfallverfügbarkeit ist nicht gegeben - über benachbarte Praxis
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	24-Notfallverfügbarkeit ist nicht gegeben - über benachbarte Praxis
AA24	OP-Navigationsgerät	Für Knie- und Hüftendoprothetik
AA27	Röntgengerät/ Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	24-Notfallverfügbarkeit ist gegeben

B-3.12 Personelle Ausstattung

B-3.12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar (Weiterbildungsbefugnisse)
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	5,94 VK	CA Dr. Junghanns, 1 Jahr
Davon Fachärzte	2,0 VK	

B-3.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl
Pflegekräfte insgesamt	16,51 VK
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung)	16,51 VK
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung)	2,68 VK

B-3.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Für die Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal
SP02	Arzthelfer
SP04	Diätassistenten / Ernährungsberater
SP21	Physiotherapeuten
SP25	Sozialarbeiter
SP00	Medizinisch-technische Assistenten (Labor)
SP00	Medizinisch-technische Assistenten (Röntgen)

B-4.1 Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe

Hauptabteilung

Leitung der Abteilung: Dr. med. Hartmuth Heigoldt

Telefon: 0971/805-348

Fax: 0971/805-320

E-Mail: h.heigoldt.gyn@elisabeth-online.de

B-4.2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
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
VG06	Gynäkologische Abdominalchirurgie
VG07	Inkontinenzchirurgie
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG12	Geburtshilfliche Operationen

Qualitätsmanagement in der Abteilung

Seit Dezember 2005 wurde mit verschiedenen Krankenkassen die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) Brustkrebs im Rahmen einer Kooperation mit dem Krankenhaus St. Josef (Schweinfurt) vereinbart.

Zusammen mit dem St. Josef Krankenhaus Schweinfurt wird unser Haus im Krankenhausplan 2006 in einer gesonderten Anlage als „Brustzentrum (DMP)“ ausgewiesen.

Laut der Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen (§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V) wurde unsere Klinik als Geburtsklinik eingestuft.

Zur umfassenden Betreuung der jungen Mütter haben wir Mitarbeiter über externe Fortbildungsveranstaltungen im Bereich der Stillberatung / Laktationsberatung weiterqualifiziert.

B-4.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung

Siehe Übersicht in Kapitel A-9.

B-4.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung

Siehe Übersicht in Kapitel A-10.

B-4.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Gesamt-Leistungszahlen der Abteilung:

Stationäre Fallzahlen (DRG)	1.387
Operationen/interventionelle Maßnahmen (OPS Kapitel 5)	1.049
Behandlungsmaßnahmen insgesamt (OPS alle Kapitel)	2.125

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	Z38	334	Lebendgeborene nach dem Geburtsort
2	O80	131	Spontangeburt eines Einlings
3	C50	58	Bösartige Neubildung der Mamma (Brustdrüse)
4	O70	54	Dammriss unter der Geburt
5	O42	48	Vorzeitiger Blasensprung
6	N81	44	Genitalprolaps bei der Frau (Hervortreten von Vagina oder Gebärmutter)
7	D25	42	Leiomyom des Uterus (Neubildung der Gebärmuttermuskulatur, Gebärmuttermyome)
8	O82	38	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung (Sectio caesarea, Kaiserschnitt)
9	N83	35	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars (Eierstock), der Tuba uterina (Eileiter) und des Ligamentum latum uteri (Gebärmutterband)
10	N92	31	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation

B-4.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	9-262	383	Postpartale (nach der Geburt) Versorgung des Neugeborenen
2	9-260	287	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt
3	5-683	114	Uterusexstirpation (Hysterektomie, Gebärmutterentfernung)
4	5-704	112	Vaginale Kolporrhaphie (Einschnitt und Naht der Scheidenwand) und Beckenbodenplastik (Wiederherstellung des Beckenbodens)
5	5-758	92	Rekonstruktion (Wiederherstellung) weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur (Zerreißung), post partum (nach der Geburt, Dammriss)
6	5-690	88	Therapeutische Kürettage (Abrasio uteri, Ausschabung der Gebärmutter)
7	5-749	82	Sectio caesarea (Kaiserschnitt, Restkategorie)
8	1-672	70	Diagnostische Hysteroskopie (Gebärmutter Spiegelung)
9	5-572	59	Zystostomie (Eröffnung der Harnblase, auch Anlegen eines Blasenkatheters über dem Schambein)
10	5-657	42	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina (operative Lösung von Verwachsungen an Eierstock und Eileiter) ohne mikrochirurgische Versorgung

Weitere Kompetenz-Prozeduren

OPS-301	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
5-870	27	Partielle, brusterhaltende Exzision der Mamma (Brustdrüse) und Zerstörung von Mammagewebe ohne axilläre Lymphadenektomie (Lymphknotenentfernung in der Achselhöhle)
5-871	26	Partielle, brusterhaltende Exzision der Mamma mit axillärer Lymphadenektomie (Teilentfernung der weiblichen Brust mit Lymphknotenentfernung in der Achselhöhle)

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistung
Notfallambulanz	Notfallbehandlungen im Rahmen der KH-Zulassung
Privatambulanz	
Ermächtigung gem. §31a Abs. 1 Ärzte-ZV	Chemotherapie bei gynäkologischen Erkrankungen Mamma-Sonographie und Stanzbiopsie als Teil des Bayerischen Mammographie-Screening-Programms

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	5-690	135	Therapeutische Kürettage (Abrasio uteri, Ausschabung der Gebärmutter)
2	1-852	13	Amniozentese (Punktion zur Fruchtwasserentnahme)
3	1-471	7	Biopsie (Gewebeprobe) am Endometrium (Gebärmutter-schleimhaut)

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

In der Gynäkologie und Geburtshilfe besteht keine Zulassung zum D-Arztverfahren.

B-4.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Kommentar
AA08	Computertomograph (CT)	24-Notfallverfügbarkeit ist nicht gegeben - über benachbarte Praxis
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	24-Notfallverfügbarkeit ist nicht gegeben - über benachbarte Praxis
AA23	Mammographiegerät	24-Notfallverfügbarkeit ist nicht gegeben - über benachbarte Praxis
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	24-Notfallverfügbarkeit ist gegeben
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung	

B-4.12 Personelle Ausstattung

B-4.12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar (Weiterbildungsbefugnisse)
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	4,33 VK	CA Dr. Heigoldt für Gynäkologie 4 Jahre (AQ14)
Davon Fachärzte	2,0 VK	

B-4.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl
Pflegekräfte insgesamt	14,75 VK
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung)	12,75 VK
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung)	0 VK

B-4.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Für die Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal
SP02	Arzthelfer
SP03	Beleghebammen/-entbindungspfleger
SP04	Diätassistenten/Ernährungsberater
SP21	Physiotherapeuten
SP25	Sozialarbeiter
SP00	Medizinisch-technische Assistenten (Labor)
SP00	Medizinisch-technische Assistenten (Röntgen)

B-5.1 Abteilung für Urologie

Belegabteilung

Leitung der Abteilung: Fachärzte Dr. med. Friedrich Denninger, Dr. med. Michael Gruner,
Dr. med. Franz Köber

Telefon: (0971)805-0

Fax: (0971)805-281

E-Mail: info@urologie-badkissingen.de (Dr. Denninger; Dr. Gruner),
dr.franz_koeber@t-online.de

B-5.2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VU05	Diagnostik und Therapie sonstiger Krankheiten des Harnsystems
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
VU07	Diagnostik und Therapie sonstiger Krankheiten des Urogenitalsystems
VU00	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)

Qualitätsmanagement in der Abteilung

Hier verweisen wir auf den ausgeleiteten Indikator (Bluttransfusionsrate bei transurethraler Prostatektomie) im Bereich C-4.

B-5.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung

Siehe Übersicht in Kapitel A-9.

B-5.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung

Siehe Übersicht in Kapitel A-10.

B-5.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Gesamt-Leistungszahlen der Abteilung

Stationäre Fallzahlen (DRG)	619
Operationen/interventionelle Maßnahmen (OPS Kapitel 5)	560
Behandlungsmaßnahmen insgesamt (OPS alle Kapitel)	833

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

(nur stationäre Patienten)

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	N20	125	Nieren- und Ureterstein (Nieren- und Harnleiterstein)
2	N40	123	Prostatahyperplasie (gutartige Vergrößerung der Vorsteherdrüse)
3	C67	43	Bösartige Neubildung der Harnblase
4	C61	42	Bösartige Neubildung der Prostata (Vorsteherdrüse)
4	N39	42	Krankheiten des Harnsystems
6	N13	31	Obstruktive Uropathie (Störungen des Harnflusses) und Refluxuropathie (Krankheiten durch Harnrückfluss)
7	N35	23	Harnröhrenstriktur (Verengung der Harnröhre)
8	N43	22	Hydrozele (sog. Wasserbruch, Ansammlung von Flüssigkeit im Hodensack) und Spermatozele (sog. Samenbruch, spermiengefüllte Zyste im Nebenhoden oder im Samenstrang)
9	R31	17	Hämaturie (Blutkörperchen im Harn)
10	N30	16	Zystitis (Harnblasenentzündung)

B-5.7 Prozeduren nach OPS

(nur stationäre Patienten)

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	5-601	149	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe (Ausschneiden und Zerstörung von Gewebe der Vorsteherdrüse, Zugang durch die Harnröhre)
2	5-585	125	Transurethrale Inzision (Einschnitt mit Zugang durch die Harnröhre) von erkranktem Gewebe der Urethra (Harnröhre)
3	8-110	75	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL, Ultraschallzertrümmerung) bei Harnsteinen
4	8-137	68	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife (Harnleiterschleife)
5	5-573	57	Entfernung bzw. Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase, Zugang durch die Harnröhre
6	1-661	36	Diagnostische Urethrozystoskopie (Harnröhren- und Harnblasenspiegelung)
7	5-593	29	Transvaginale Suspensionsoperation (Zügeloperation, Operation durch die Scheide, zur Behandlung des unwillkürlichen Harnabgangs)
8	8-930	25	Monitoring (Überwachung) von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes (Druck in der Lungenschlagader) und des zentralen Venendruckes
9	5-570	22	Endoskopische (durch Harnblasenspiegelung) Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase
9	5-622	22	Orchidektomie (Hodenentfernung)

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Angebotene Leistung

ESWL (extrakorporale Stoßwellenlithotripsie)

Darüber hinaus finden die ambulanten Behandlungen in der vertragsärztlichen Praxis statt.

B-5.9 Ambulante Operationen

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	5-640	77	Zirkumzision (Beschneidung der Vorhaut)
2	5-632	24	Vasktomie (Unterbrechung des Samenleiters)
3	8-137	12	Wechsel Ureterschleife (Harnleiterschleife)
4	1-668	10	Urethrozystoskopie über Stoma (Harnröhren- und Harnblasenspiegelung über einen künstlich angelegten Harnröhrenausgang)
5	5-560	6	Entfernung JJ-Schiene

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

In der Urologie besteht keine Zulassung zum D-Arztverfahren.

B-5.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Kommentar
AA08	Computertomograph (CT)	24-Notfallverfügbarkeit ist nicht gegeben - über benachbarte Praxis
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	24-Notfallverfügbarkeit ist nicht gegeben - über benachbarte Praxis
AA19	Kipptisch (z.B. zur Diagnose des orthostatischen Syndroms)	
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	24-Notfallverfügbarkeit ist gegeben
AA00	Uromat (OP-Tisch mit Röntgengerät)	

B-5.12 Personelle Ausstattung

B-5.12.1 Ärzte

	Anzahl
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	3 Personen

B-5.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl
Pflegekräfte insgesamt	3,03 VK
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung)	3,03 VK
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung)	0 VK

B-5.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Für die Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal
SP02	Arzthelfer
SP04	Diätassistenten/Ernährungsberater
SP21	Physiotherapeuten
SP25	Sozialarbeiter
SP00	Medizinisch-technische Assistenten (Labor)
SP00	Medizinisch-technische Assistenten (Röntgen)

B-6.1 Abteilung für Pädiatrie

Belegabteilung

Leitung der Abteilung: Facharzt Dr. med. Juan-Carlos Menendez-Castro

Telefon: (0971)805-0

Fax: (0971)805-281

E-Mail: info@elisabeth-online.de

B-6.2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darmtraktes
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

Qualitätsmanagement in der Abteilung

Hier verweisen wir auf die ausgeleiteten Indikatoren im Bereich C-4.

B-6.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung

Siehe Übersicht in Kapitel A-9.

B-6.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung

Siehe Übersicht in Kapitel A-10.

B-6.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Gesamt-Leistungszahlen der Abteilung

Stationäre Fallzahlen (DRG)	798
Operationen/interventionelle Maßnahmen (OPS Kapitel 5)	13
Behandlungsmaßnahmen insgesamt (OPS alle Kapitel)	285

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

(nur stationäre Patienten)

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	J20	121	Akute Bronchitis
2	A09	87	Diarrhoe (Durchfall) und Gastroenteritis (Magen-Darm-Entzündung), vermutlich infektiösen Ursprungs
3	J10	56	Grippe durch nachgewiesene Influenzaviren (Grippeviren)

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
4	N39	48	Krankheiten des Harnsystems
5	J11	38	Grippe, Viren nicht nachgewiesen
6	K29	36	Gastritis und Duodenitis (Magenschleimhaut- und Zwölffingerdarmentzündung)
7	A08	32	Virusbedingte und sonstige Darminfektionen
7	I88	32	Unspezifische Lymphadenitis (Lymphknotenentzündung)
9	T78	30	Unerwünschte Nebenwirkungen
10	J01	28	Akute Sinusitis (Nasennebenhöhlenentzündung)

B-6.7 Prozeduren nach OPS

(nur stationäre Patienten)

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	1-207	74	Elektroenzephalographie (EEG)
2	8-016	62	Parenterale Ernährung (Ernährung über eine Vene) als medizinische Hauptbehandlung
3	9-262	48	Postpartale (nach der Geburt) Versorgung des Neugeborenen
4	8-560	24	Lichttherapie
5	8-930	22	Monitoring (Überwachung) von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes (Druck in der Lungenschlagader) und des zentralen Venendruckes
6	8-987	7	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
7	1-440	6	Endoskopische Biopsie (Gewebeprobe bei Spiegelungsuntersuchung) an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas (Bauchspeicheldrüse)
7	1-632	6	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie (Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm)
7	1-797	6	Komplexe endokrinologische Funktionsuntersuchung

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Die ambulanten Behandlungen finden in der vertragsärztlichen Praxis statt.

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Entfällt.

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

In der Pädiatrie besteht keine Zulassung zum D-Arztverfahren.

B-6.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Kommentar
AA08	Computertomograph (CT)	24-Notfallverfügbarkeit ist nicht gegeben - über benachbarte Praxis
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	24-Notfallverfügbarkeit ist nicht gegeben - über benachbarte Praxis
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	24-Notfallverfügbarkeit ist gegeben

B-6.12 Personelle Ausstattung

B-6.12.1 Ärzte

	Anzahl
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	1 Person

B-6.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl
Pflegekräfte insgesamt	3,84 VK
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung)	2,84 VK
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung)	0 VK

B-6.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Für die Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal
SP02	Arzthelfer
SP04	Diätassistenten/Ernährungsberater
SP21	Physiotherapeuten
SP25	Sozialarbeiter
SP00	Medizinisch-technische Assistenten (Labor)
SP00	Medizinisch-technische Assistenten (Röntgen)

B-7.1 Abteilung für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Belegabteilung

Leitung der Abteilung: Fachärzte Dr. med. Frank Caspary, Dr. med. Wolfgang Klein

Telefon: (0971)805-0

Fax: (0971)805-281

E-Mail: info@elisabeth-online.de

B-7.2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VH00	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen, Mund und Hals

Qualitätsmanagement in der Abteilung

Hier verweisen wir auf den ausgeleiteten Indikator im Bereich C-4 (Behandlungspflichtige Nachblutungen nach Tonsillektomie).

B-7.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung

Siehe Übersicht in Kapitel A-9.

B-7.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung

Siehe Übersicht in Kapitel A-10.

B-7.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Gesamt-Leistungszahlen der Abteilung

Stationäre Fallzahlen (DRG)	166
Operationen/interventionelle Maßnahmen (OPS Kapitel 5)	148
Behandlungsmaßnahmen insgesamt (OPS alle Kapitel)	223

B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

(nur stationäre Patienten)

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	J35	46	Chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln
2	H91	22	Hörverlust
3	R04	16	Blutung aus den Atemwegen
4	J34	14	Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen (Restkategorie)
5	H83	13	Krankheiten des Innenohres (Restkategorie)
6	D38	8	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe (Organe des Brustraumes)

B-7.7 Prozeduren nach OPS

(nur stationäre Patienten)

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	5-215	53	Operationen an der unteren Nasenmuschel (Concha nasalis)
2	5-282	41	Tonsillektomie mit Adenotomie (Entfernung der Gaumenmandeln mit Entfernung einer vergrößerten Rachenmandel)
3	5-214	12	Submuköse Resektion (Gewebeentfernung unter der Schleimhaut) und plastische Rekonstruktion (Wiederherstellung) des Nasenseptums (Nasenscheidewand)
4	5-285	9	Adenotomie ohne Tonsillektomie (Entfernung einer vergrößerten Rachenmandel ohne Entfernung der Gaumenmandeln)
5	5-212	7	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase
6	5-200	6	Parazentese (Myringotomie, Einschneiden des Trommelfells)

B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Die ambulanten Behandlungen mit Ausnahme der Operationen finden überwiegend in der vertragsärztlichen Praxis statt.

B-7.9 Ambulante Operationen

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	5-285	19	Adenotomie (Entfernung der Rachenmandeln)

B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

In der HNO-Abteilung besteht keine Zulassung zum D-Arztverfahren.

B-7.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Kommentar
AA08	Computertomograph (CT)	24-Notfallverfügbarkeit ist nicht gegeben - über benachbarte Praxis
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	24-Notfallverfügbarkeit ist nicht gegeben - über benachbarte Praxis
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	24-Notfallverfügbarkeit ist gegeben

B-7.12 Personelle Ausstattung

B-7.12.1 Ärzte

	Anzahl
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	1 Person

B-7.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl
Pflegekräfte insgesamt	0,84 VK
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung)	0,84 VK
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung)	0 VK

B-7.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Für die Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal
SP02	Arzthelfer
SP04	Diätassistenten/Ernährungsberater
SP21	Physiotherapeuten
SP25	Sozialarbeiter
SP00	Medizinisch-technische Assistenten (Labor)
SP00	Medizinisch-technische Assistenten (Röntgen)

B-8.1 Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

Hauptabteilung

Leitung der Abteilung: Dr. med. Oliver Hönig

Telefon: (0971)805-278

Fax: (0971)805-281

E-Mail: o.hoenig.anae@elisabeth-online.de

B-8.2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VS00	Spezielle anästhesiologische Intensivmedizin und regionale Anästhesien
VS00	Postoperative Schmerztherapie einschließlich thorakaler Periduralanästhesie (PDA)

Qualitätsmanagement in der Abteilung

Es wird 2 Mal jährlich ein konzerninterner Qualitätszirkel veranstaltet: Für das im Jahre 2006 gestartete Projekt intraoperative Temperaturmanagement und die Regionalanästhesie liegen noch keine Auswertungsergebnisse vor.

In unserem Hause wird ein Cell Saver für die intraoperative Wundblutauflbereitung eingesetzt. Somit vermeiden wir in vielen Fällen die Gabe von Fremdblut.

Die Patientenbefragung in Kooperation mit dem Klinikum Meiningen (Bericht für 2005-Gesamtzufriedenheit-Frieren beziehungsweise Kältezittern) wird wieder für das Jahr 2007 stattfinden.

Für das Jahr 2007 beabsichtigen wir die Einführung eines 24-stündigen postoperativen Schmerzdienstes.

B-8.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung

Siehe Übersicht in Kapitel A-9.

B-8.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung

Siehe Übersicht in Kapitel A-10.

B-8.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Gesamt-Leistungszahlen der Abteilung:

Im Jahr 2006 wurden 16.689 Beatmungsstunden auf unserer interdisziplinären Intensivstation dokumentiert. Dies entspricht einer Steigerung von 65 % gegenüber dem Vorjahr.

Bei 2.647 Patienten haben wir die Vitalfunktionen von Atmung, Herz und Kreislauf auf der Intensiv- beziehungsweise Intermediate-Care-Station überwacht. Die Aufteilung der Patienten auf Fachabteilungen stellt sich wie folgt dar:

- 1.787 Patienten Innere Medizin (1.752 im Jahre 2005)
- 503 Patienten Unfallchirurgie (432 im Jahre 2005)
- 257 Patienten Viszeralchirurgie (255 im Jahre 2005)
- 32 Patienten Gynäkologie (29 im Jahre 2005)
- 25 Patienten Urologie (36 im Jahre 2005)
- 20 Patienten HNO (20 im Jahre 2005)
- 23 Patienten Pädiatrie (16 im Jahre 2005)

Im gesamten Jahr 2006 wurden 3.462 Narkosen in unserem Hause durchgeführt,

davon:

- 300 Spinalanästhesien
- 68 EDA Anästhesie
- 68 Plexusanästhesie
- 245 sonstige Regionalanästhesien
- 98 Regionalkatheter
- 2.683 allgemeine Anästhesieleistungen

Folgende Leistungszahlen seien an dieser Stelle zusätzlich genannt:

- 92 komplexe Akutschmerzbehandlungen
- 89 peridurale Katheter
- 57 femoralis Katheter
- 63 Einsätze Cell Savers

Die Abteilung für Anästhesie- und Intensivmedizin stellt keine bettenführende Abteilung dar. Fallzahlen und weitere Kennzahlen sind deswegen in den Haupt- und Belegabteilungen dargestellt.

B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Entfällt.

B-8.7 Prozeduren nach OPS

Entfällt.

B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Entfällt.

B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Entfällt.

B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

In der Anästhesie besteht keine Zulassung zum D-Arztverfahren.

B-8.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte
AA07	Cell Saver (im Rahmen einer Bluttransfusion)

B-8.12 Personelle Ausstattung

B-8.12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar (Weiterbildungsbefugnisse)
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	5,89 VK	CA Dr. Hönig für Anästhesiologie 5 Jahre (AQ01) im Verbund mit Herrn PD Dr. Dinkel, CA Anästhesie an der Herz- und Gefäß-Klinik (Bad Neustadt/ Saale)
Davon Fachärzte	5,89 VK	

B-8.12.2 Pflegepersonal

Entfällt.

B-8.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Trifft nicht zu.

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)
Ambulant erworbene Pneumonie	126	109
Cholezystektomie	168	97
Geburtshilfe	432	100
Gynäkologische Operationen	248	100
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	26	96
Herzschrittmacher-Implantation	86	92
Herzschrittmacher-Revision/Systemwechsel/ Explantation	< 20	60
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	76	106
Hüftgelenknahe Femurfraktur	103	107
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	53	102
Knie-Totalendoprothesen-Wechsel und -komponentenwechsel	< 20	100
Koronarangiographie und perkutane Koronar-Intervention (PCI)	480	99
Mammachirurgie	66	104
Gesamt	1.875	101

C-1.2 Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren¹

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

¹ Um den verpflichtenden Veröffentlichungstermin des Gemeinsamen Bundesausschusses (31.10.2007) einhalten zu können, zeigen die Indikatortabellen den Stand vom 15.08.2007. Da sich die Kliniken der RHÖN-KLINIKUM AG zur Transparenz ihrer Ergebnisse verpflichtet fühlen, werden wir kontinuierlich alle im Nachgang eintreffenden Ergebnisse unter <http://www.rhoen-kllinikum-ag.com/rka/cms/rka/deu/515.html> veröffentlichen. Weiterhin verweisen wir auf die Ergebnisberechnung des Indikatoren-Sets der RHÖN-KLINIKUM AG, die im Qualitätsbericht-Konzern veröffentlicht wurden.

Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI)	Kennzahlbezeichnung	Bewertung durch Strukt. Dialog	Vertrauensbereich	Ergebnis (%)	Zähler/Nenner	Referenzbereich (bundesweit)	Kommentar
Gallenblasenentfernung; Ungerante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reintventionsrate	*	Entfällt	0	Entfällt/60	<= 1,5%	
Geburthilfe: Zeitspanne zwischen dem Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und der Entbindung des Kindes	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt	*	Entfällt	100		>= 95%	Nenner <= 5
Frauenheilkunde: Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Gebärmutterentfernungen	Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	*	Entfällt	98,5	Entfällt/130	>= 90%	
Frauenheilkunde: Vorbeugende Medikamentengabe zur Vermeidung von Blutgerinnseln bei Gebärmutterentfernungen	Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie	*	Entfällt	100	Entfällt/122	>= 95%	
Herzschrittmachereinsatz: Entscheidung für die Herzschrittmacher-Behandlung	Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	*	Entfällt	98,7	Entfällt/75	>= 90%	
Herzschrittmachereinsatz: Auswahl des Herzschrittmachersystems	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	*	Entfällt	97,3	Entfällt/75	>= 90%	
Herzschrittmachereinsatz: Entscheidung für die Herzschrittmacher-Behandlung und die Auswahl des Herzschrittmachersystems	Leitlinienkonforme Indikationsstellung und leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	*	Entfällt	97,3	Entfällt/75	>= 80%	
Herzschrittmachereinsatz: Komplikationen während oder nach der Operation	Perioperative Komplikationen: chirurgische Komplikationen	*	Entfällt	1,3	Entfällt/79	<= 2%	
Herzschrittmachereinsatz: Komplikationen während oder nach der Operation	Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Ventrikel	*	Entfällt	0	Entfällt/77	<= 3%	
Herzschrittmachereinsatz: Komplikationen während oder nach der Operation	Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Vorhof	*	Entfällt	0	Entfällt/51	<= 3%	

Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (OI)	Kennzahlbezeichnung	Bewertung durch Strukt. Dialog	Vertrauensbereich	Ergebnis (%)	Zähler/Nenner	Referenzbereich (bundesweit)	Kommentar
Hüftgelenkersatz: Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reinterventionen wegen Komplikation	*	Entfällt	3,7	Entfällt/81	<= 9%	
Hüftgelenkersatz: Ausrenkung des künstlichen Hüftgelenkes nach der Operation	Endoprothesenluxation	*	Entfällt	0	Entfällt/81	<= 5%	
Hüftgelenkersatz: Entzündung des Operationsbereichs nach der Operation	Postoperative Wundinfektion	*	Entfällt	0	0/81	<= 3%	
Kniegelenkersatz: Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reinterventionen wegen Komplikation	*	Entfällt	1,9		<= 6%	Nenner: 53; Zähler <= 5
Kniegelenkersatz: Entzündung des Operationsbereichs nach der Operation	Postoperative Wundinfektion	*	Entfällt	0	Entfällt/54	<= 2%	
Herzkatheteruntersuchung und -behandlung: Entscheidung für die Herzkatheter-Untersuchung	Indikation zur Koronarangiographie - Ischämiezeichen	*	Entfällt	90,8	Entfällt/349	>= 80%	
Herzkatheteruntersuchung und -behandlung: Entscheidung für die Herzkatheter-Behandlung	Indikation zur PCI	*	Entfällt	6,3	Entfällt/95	<= 10%	
Brusttumoren: Bestimmung der Hormonempfindlichkeit der Krebszellen	Hormonrezeptoranalyse	*	Entfällt	97,8	Entfällt/46	>= 95%	

* Zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses (15. August 2007) wurde aufgrund der Ergebnismittlung der Landesgeschäftsstellen oder Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung ein strukturierter Dialog nicht erwartet. Falls im Einzelfall ein strukturierter Dialog dennoch erfolgt, so werden diese Ergebnisse in der xml-Version des Qualitätsberichtes dargestellt:

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

Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI)	Kennzahlbezeichnung	Bewertung durch Strukt. Dialog
Gallenblasenentfernung: Klärung der Ursachen angestaute Gallenflüssigkeit vor der Gallenblasenentfernung	Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	*
Gallenblasenentfernung: Feingewebliche Untersuchung der entfernten Gallenblase	Erhebung eines histologischen Befundes	*
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	*
Geburtshilfe: Zeitspanne zwischen dem Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und der Entbindung des Kindes	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt	*
Geburtshilfe: Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen	*
Herzschrittmachereinsatz: Komplikationen während oder nach der Operation	Perioperative Komplikationen: chirurgische Komplikationen	*
Kniegelenkersatz: Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reinterventionen wegen Komplikation	*
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	*
Brusttumoren: Röntgenuntersuchung des entfernten Gewebes nach der Operation	Postoperatives Präparatröntgen	*
Brusttumoren: Sicherheitsabstand zum gesunden Gewebe	Angabe Sicherheitsabstand: bei brusterhaltender Therapie	*
Brusttumoren: Sicherheitsabstand zum gesunden Gewebe	Angabe Sicherheitsabstand: bei Mastektomie	*

* Zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses (15. August 2007) war aufgrund der Ergebnismitteilung der Landesgeschäftsstellen oder Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung ein strukturierter Dialog möglich. Falls im Einzelfall kein strukturierter Dialog erfolgt oder abgeschlossen wird, so werden diese Ergebnisse in der xml-Version des Qualitätsberichtes dargestellt.

C-1.2 B Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren / Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer 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

Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (OI)	Kennzahlbezeichnung	Bewertung durch Strukt. Dialog	Vertrauensbereich	Ergebnis (%)	Zähler/Nenner	Referenzbereich (bundesweit)
Lungenentzündung: Rasche Durchführung von Untersuchungen zur Feststellung des Sauerstoffgehaltes im Blut	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie: Alle Patienten	*	Entfällt	65,9	Entfällt/138	100
Lungenentzündung: Rascher Behandlungsbeginn mit Antibiotika	Antimikrobielle Therapie: Ausschluss von Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	*	Entfällt	94,3	Entfällt/123	> 78,3
Lungenentzündung: Durchführung festgelegter Untersuchungen vor der Entlassung	Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien: Alle Patienten, die regulär entlassen wurden	*	Entfällt	20	Entfällt/85	100
Lungenentzündung: Entlassung der Patienten in stabilem Gesundheitszustand	Klinische Stabilitätskriterien: Alle Patienten, die regulär entlassen wurden und vollständig gemessenen Stabilitätskriterien	*	Entfällt	100	Entfällt/17	> 95
Pflege: Vorbeugung von Druckgeschwüren: Neu entstandene Druckgeschwüre während des Krankenhausaufenthaltes bei Hüftgelenknahen Oberschenkelbrüchen	Dekubitusprophylaxe bei Hüftgelenknaher Femurfraktur: Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	*	Entfällt	0,9	Entfällt/108	< 7,9
Geburtshilfe: Übersäuerung des kindlichen Blutes nach der Geburt	Dekubitusprophylaxe bei Hüftgelenknaher Femurfraktur: Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	*	Entfällt	0,9	Entfällt/108	< 5,6
		*	Entfällt	0,7	Entfällt/422	< 0,3

* Zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses (15. August 2007) wurde aufgrund der Ergebnismittlung der Landesgeschäftsstellen oder Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung ein strukturierter Dialog nicht erwartet. Falls im Einzelfall ein strukturierter Dialog dennoch erfolgt, so werden diese Ergebnisse in der xml-Version des Qualitätsberichtes dargestellt.

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

Eine Veröffentlichung der Ergebnisse an dieser Stelle entfällt, um Fehlinterpretationen zu vermeiden.

Die in der Spalte „Bewertung durch Strukt. Dialog“ aufgeführten Schlüssel (mit Ausnahme von Schlüssel 8) sind dem Berichtsformat des Berichts der Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung über den Strukturierten Dialog entnommen. In der folgenden Tabelle sind die einzelnen Werte dargestellt:

Zahl	Bezeichnung
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 (In diesem Fall ist auch der dem Krankenhaus zur Verfügung gestellte Kommentar in die Spalte 8 zu übernehmen.)
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

Gemäß dem Leistungsspektrum nimmt die Gynäkologie an folgenden DMP teil:

DMP	Kommentar
Brustkrebs	In Kooperation mit dem St. Josef Krankenhaus Schweinfurt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

C-4.1 Systematische Ausleitung von Qualitätsindikatoren

Wie im vergangenen Jahr hat sich das St. Elisabeth-Krankenhaus an der konzerninternen systematischen Ausleitung fachübergreifender und fachspezifischer Qualitätsindikatoren beteiligt. Seit Anfang des Jahres 2006 werden alle konzernweiten Indikatoren Quartalsweise ausgewertet.

Die Indikatoren stammen zum größten Teil aus nach dem System der BQS dokumentierten Fällen, ferner aus Routinedaten entsprechend § 21 KHEntgG und abgeleiteten DRG-Grouping-ergebnissen sowie aus speziell erhobenen Daten. Es wurden Qualitätsindikatoren ausgewählt, die möglichst ergebnisorientiert, aussagekräftig (zum Beispiel nicht häufig null) und spezifisch sind und mit geringem Aufwand für die behandelnden Ärzte erhoben werden können. Für alle Indikatoren werden der Hintergrund, das Ziel, der Referenzwert und die Logik für Nenner (Grundgesamtheit) und Zähler sowohl konzernintern im Intranet als auch gegenüber der Öffentlichkeit im Internet (www.rhoen-klinikum-ag.com/qb/) dargestellt.

Die quartalsweise erhobenen Ergebnisse der Indikatoren werden innerhalb des St. Elisabeth-Krankenhauses in regelmäßigen Abständen innerhalb der interdisziplinären Arzt-Konferenzen aufgegriffen und anhand der Patientenakten analysiert. Dabei werden Hinweise auf Dokumentationsfehler, Probleme bei internen Abläufen und natürlich auch medizinische Verbesserungsmöglichkeiten gesucht.

Ergebnisse des Jahres 2006:

Abteilung	Qualitätsindikator	Indikatortyp	Nenner (Grundgesamtheit)	Zähler	Ergebnis 2006 in %	Ergebnis 2005 in %	Ziel	Konzerndurchschnitt in %
Innere Medizin	Wiederaufnahmen und andere Wiederkehrer innerhalb der oberen Grenzverweildauer bei Infektionen der Atmungsorgane	Routine	21	0	0,0		Selten	0,7
Innere Medizin	Wiederaufnahmen und andere Wiederkehrer innerhalb der oberen Grenzverweildauer bei Herzinsuffizienz	Routine	175	0	0,0		Selten	0,8
Viszeralchirurgie	Notwendigkeit eines Zweiteingriffs (Revision) nach Kolonoperationen (einschließlich Rektum)	Routine	116	4	3,4		<= 15%	5,8
Pädiatrie	Wiederaufnahmen und andere Wiederkehrer innerhalb der oberen Grenzverweildauer bei Krampfanfällen (Pädiatrie)	Routine	9	0	0,0		Selten	1,7
Pädiatrie	Wiederaufnahmen und andere Wiederkehrer innerhalb der oberen Grenzverweildauer bei Infektionen der Atmungsorgane (Pädiatrie)	Routine	121	0	0,0		Selten	0,2
HNO	Behandlungspflichtige Nachblutungen nach Tonsillektomie	Routine	47	0	0,0	0,0	Selten	2,6
Urologie	Bluttransfusionsrate bei transurethraler Prostataresektion	Routine	152	3	2,0		<= 2%	3,8
Klinik Allgemein	Mortalität während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit PCCLO bis 2 gemäß DRG-Systematik	Routine	3.730	22	0,6	0,6	<= 2%	0,4

C-4.2 Weitere klinikspezifisch erhobene qualitätsrelevante Messdaten

1. Unsere Fachabteilung Innere Medizin nimmt seit Jahren an der freiwilligen vergleichenden Qualitätssicherungsmaßnahme Schlaganfall Bayern (Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung) teil. Einige Auszüge aus der Gesamtmeldung der Fachgesellschaft werden dargestellt.

In unserem letzten Qualitätsbericht berichteten wir über das Darstellungsjahr 2004. Die entsprechenden Auswertung für das aktuelle Berichtsjahr liegen leider erst im 4. Quartal des Folgejahres und somit weit nach Redaktionsschluß vor. Aktuell wird somit das Jahr 2005 dargestellt.

- Teilnehmende Einrichtungen in Bayern: 66
- Einrichtungen mit Stroke Unit: 19
- Einrichtungen ohne Stroke Unit: 47

Gemeldete Patienten:

	Eigene Klinik		Bayern gesamt		Mit Stroke		Ohne Stroke	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gemeldete Patienten	45	0,3	16.064	100	7.882	49,07	8.182	50,9

Altersverteilung:

Altersverteilung	Eigene Klinik		Bayern gesamt		Mit Stroke		Ohne Stroke	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 45	0	0,0	600	3,7	366	4,6	234	2,9
45-54	0	0,0	1.085	6,8	633	8,0	452	5,5
55-64	0	0,0	2.263	14,1	1.282	16,3	981	12,0
65-74	12	26,7	4.525	28,2	2.340	29,7	2.185	26,7
75-84	21	46,7	5.325	33,2	2.395	30,4	2.930	35,8
>=85	12	26,7	1.961	12,2	751	9,5	1.210	14,8
Fehlende Angaben	0	0,0	305	1,9	115	1,5	190	2,3

Komplikationen:

Komplikationen	Eigene Klinik		Bayern gesamt		Mit Stroke		Ohne Stroke	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Keine	33	73,3	11.755	73,2	5.722	72,6	6.033	73,7
1 Komplikation	6	13,3	2.664	16,6	1.286	16,3	1.378	16,8
Mehr als 1	2	4,4	1.085	6,8	576	7,3	509	6,2
Fehlende Angabe	4	8,9	560	3,5	298	3,8	262	3,2

2. Wir konnten unsere nosokomiale Infektionsrate der gesamten Klinik (im Krankenhaus erworbene Infektion) von 2,79% im Jahre 2005 auf nun 1,89% senken. Im Jahre 2004 lag die Rate bei 2,96%. Wir liegen somit weiterhin unter den bundesdeutschen Durchschnittswerten, die zwischen 3,0% und 4,8% angegeben werden (Quelle: Gesundheitsberichtserstattung des Bundes - Heft 8).

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

Leistungsbereich	Mindestmenge (im Berichtsjahr 2006)	Erbrachte Menge (im Berichtsjahr 2006)
Knie-TEP	50	54

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

Entfällt.

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Die zentrale Aufgabe unserer Klinik liegt in einer wohnortnahen optimalen und umfassenden Behandlung der Patienten.

Dabei steht der Patient mit seinen Bedürfnissen und Erwartungen im Mittelpunkt allen Handelns.

Grundphilosophie unseres Qualitätsmanagementsystems ist es, einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess mit dem Ziel einer hohen medizinischen Ergebnisqualität zu verfolgen.

Den Anspruch auf optimale medizinische Versorgung erheben wir dabei für uns unabhängig von Wochentag, Tageszeit und Tagesform.

Sichtbare Qualität heißt für uns, dass sich die Mitarbeiter nicht mit der „gefühlten Qualität“ ihrer Arbeit zufrieden geben.

D-2 Qualitätsziele

Wir haben in unseren letzten Qualitätsberichten ausführlich unsere Vorstellungen von guter Medizin und von einem guten Umgang mit unseren Patienten berichtet. Gerne fassen wir unsere Grundsätze zusammen:

- Behandlung des Menschen mit Würde und Respekt
- Berücksichtigung sozialer, kultureller, psychologischer und religiöser Bedürfnisse der Patienten
- Einbeziehung der Patienten und deren Angehörigen in die sie betreffenden Entscheidungen
- Schaffung einer vertrauensvollen Atmosphäre
- Die Verbesserung der Versorgung unserer Patienten durch die konsequente Förderung des interdisziplinären Behandlungsansatzes und damit zur Steigerung der Ergebnisqualität der medizinischen Behandlung
- Die hohe Motivation und Zufriedenheit unserer Mitarbeiter ist für uns Basis für eine hohe Arbeitszufriedenheit und ein Garant für eine gute Versorgung unserer Patienten. Besondere Bedeutung messen wir hier ebenfalls den guten Fort- und Weiterbildungsangeboten, der Einbeziehung in Entscheidungen über den eigenen Arbeitsbereich, der Mitarbeit in Arbeitsgruppen, der offenen Kommunikation und der Transparenz im Haus bei

D-3 Aufbau des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements

Die Leitung des klinikinternen Qualitätsmanagements obliegt unserer Geschäftsleitung. Sie ist für die Initiierung von qualitätsrelevanten Projekten verantwortlich, deren Umsetzung durch die Qualitätsbeauftragten des Hauses in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Abteilungen erfolgt. Durch die enge Kooperation des St. Elisabeth-Krankenhauses mit dem Heinz Kalk-Krankenhaus Bad Kissingen und dem Krankenhaus Hammelburg, zwei weiteren Akutkliniken der RHÖN-KLINIKUM-AG, hat sich die Zusammenarbeit der drei Kliniken im Landkreis Bad Kissingen intensiviert. So sind für die Zukunft die Weiterführung und der Neustart auch hausübergreifender Projekte geplant.

Für spezielle Fragestellungen haben sich seit Jahren unsere Fachleute bewährt:

- Hygienebeauftragter, Hygienefachkraft
- Strahlenschutzverantwortlicher, Strahlenschutzbeauftragter
- Transfusionsverantwortlicher, Qualitätsbeauftragter für die Transfusionsmedizin
- Transplantationsbeauftragter
- Medizinprodukte-Verantwortlicher, Medizinprodukte-Beauftragte
- Qualitätsmanagementbeauftragter
- Wundmanagementbeauftragte

Daneben ist die nach wie vor hohe Mitarbeitermotivation und das große Interesse der Mitarbeiter an ihrem Arbeitsbereich ein Garant für die Weiterentwicklung des hausinternen Qualitätsmanagements. Seitens des St. Elisabeth-Krankenhauses werden hierzu zahlreiche interne als auch externe Fortbildungsmaßnahmen angeboten.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagementsystem der St. Elisabeth-Krankenhaus GmbH wird im Rahmen des PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) umgesetzt. Die Planung, Ausführung und Kontrolle von Abläufen wird durch die Anwendung folgender Instrumente gewährleistet:

- Beschwerdemanagement
- Patientenbefragung

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Etablierung Regionales Bauchzentrum

Nachdem wir im Jahre 2005 das Interdisziplinäre Bauchzentrum (IBZ) etabliert haben, wurde im Jahr 2006 die Ausdehnung auf ein Regionales Bauchzentrum angestrebt.

Mit der Erweiterung auf ein klinikübergreifendes IBZ der Kliniken St. Elisabeth-Krankenhaus, Heinz Kalk-Krankenhaus und Krankenhaus Hammelburg sollen die bestehenden Ziele im Sinne von der Erarbeitung gemeinsamer Behandlungsleitlinien, der Aus- und Weiterbildung und dem Treffen frühestmöglicher diagnostischer Maßnahmen mit unmittelbaren therapeutischen Konsequenzen intensiviert und homogenisiert werden.

Fortführung des Patientenbefragungsbogen

Die Meinung unserer Patienten ist uns ein großes Anliegen. Aus diesem Grund wurde im Jahr 2005 damit begonnen, unsere Patienten um ihre individuelle Einschätzung ihres Krankenhausaufenthaltes zu bitten. Diese Befragung wurde im Jahre 2006 fortgeführt. Die Angaben sind anonym und freiwillig erbracht worden.

Wir haben den Bogen nach 7 Hauptkriterien aufgeteilt:

In diesem Bericht sei der Auswertungszeitraum 1.Quartal 2006 beispielhaft dargestellt: Die Rücklaufquote lag bei 45%.

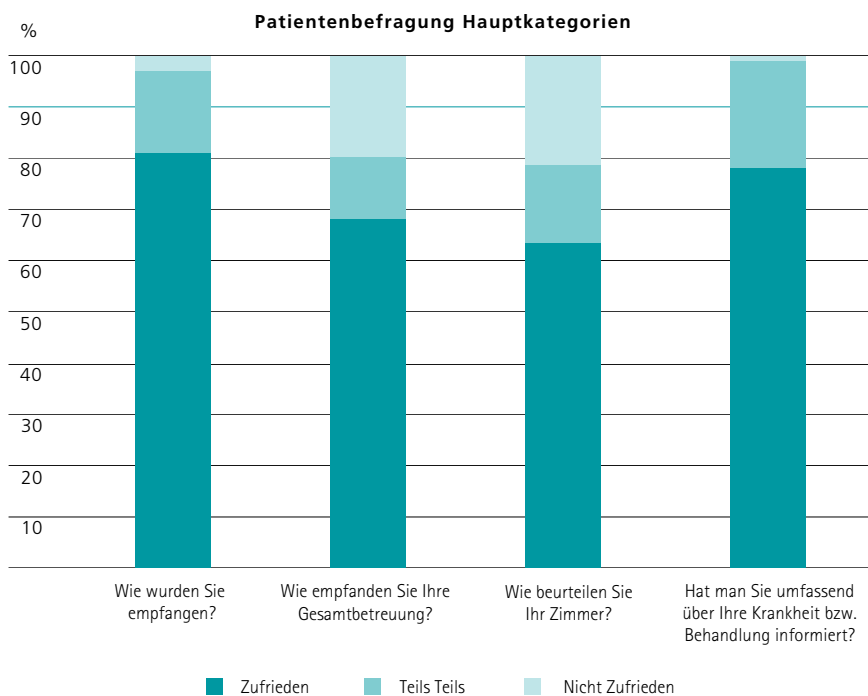


Abbildung 1: Patientenbefragung Hauptkategorie 1

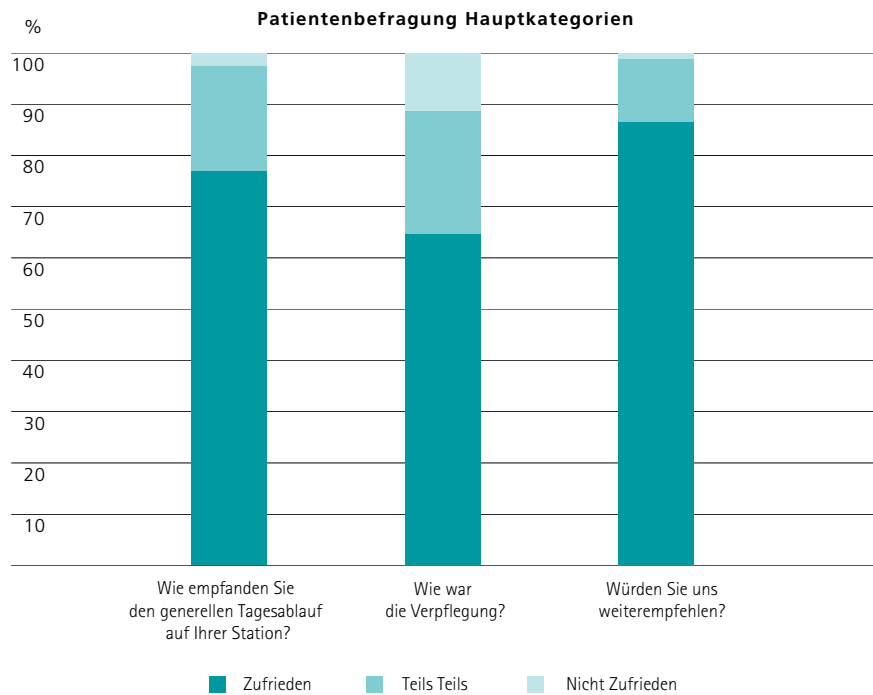


Abbildung 2: Patientenbefragung Hauptkategorie 2

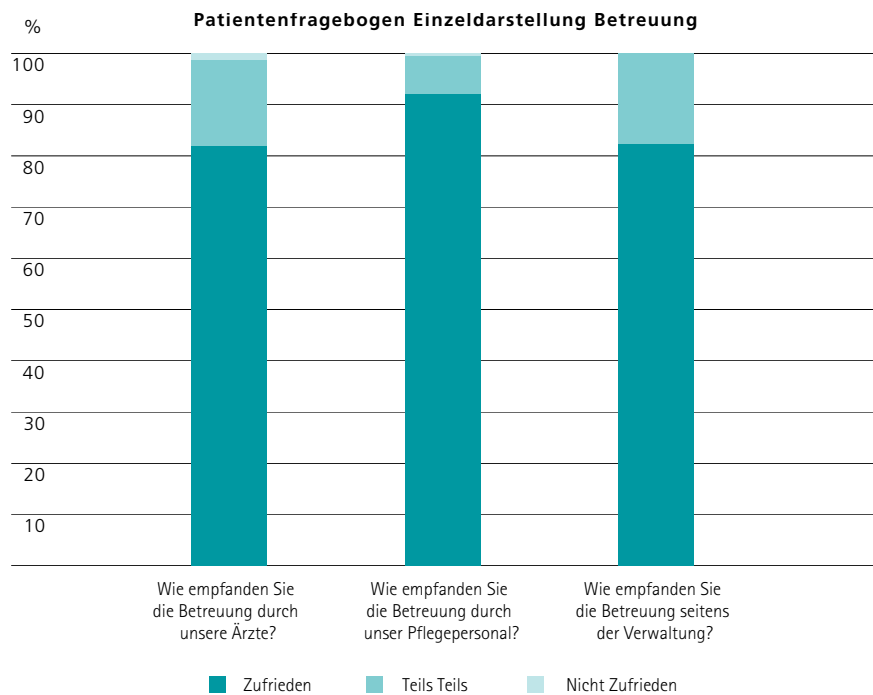


Abbildung 3: Patientenbefragung Einzeldarstellung Betreuung

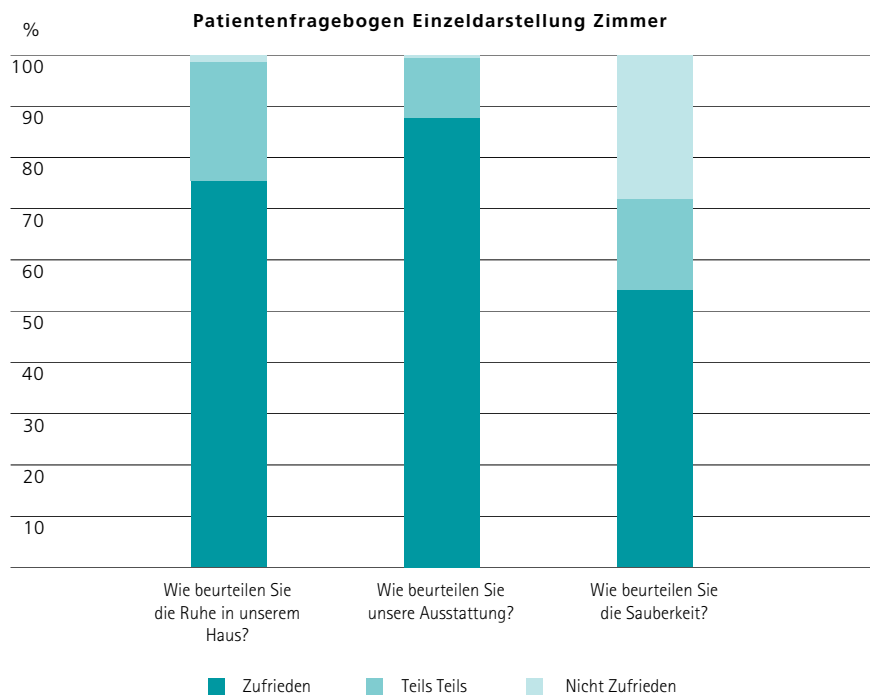


Abbildung 4: Patientenbefragung Einzeldarstellung Zimmer

Einführung eines Klinischen Ethik-Komitees (KEK)

Auch in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung sind vielfach schwierige und komplexe Behandlungssituationen mit teilweise weitreichendem ethischen Konfliktpotential zu bewältigen. In den letzten Monaten und Jahren konnten wir gerade durch den Ausbau unserer Intensiv- und Intermediate-Care-Kapazitäten eine Häufung dieser Behandlungssituationen feststellen.

Wir haben deshalb die Notwendigkeit eines Forums gesehen, in dem die ethischen Grundlagen der medizinischen Entscheidungen diskutiert und dargestellt werden und das so eine Hilfestellung für alle, die am Patienten beziehungsweise dessen Angehörigen wirken, bietet. Mit der Definition der Rahmenbedingungen wurde Ende des Jahres 2006 ein Klinisches Ethik-Komitee (KEK) geschaffen, das seinen produktiven Betrieb in 2007 aufnehmen soll.

Folgende Aufgaben soll das KEK am St. Elisabeth-Krankenhaus haben:

- Fallbezogene und allgemeine Ethik-Beratung von Patienten, Angehörigen, Betreuern und Mitarbeitern
- Durchführung von Ethik-Konsilen am Krankenbett
- Besprechung ethischer Grundsatzfragen
- Erstellung und Weiterentwicklung von Ethik-Leitlinien

Folgende Ziele verbinden wir mit einem funktionierenden KEK:

- Das KEK ist Ratgeber für die Entscheidungsvorbereitung.
- Das KEK trägt zur Mitarbeitermotivation und Arbeitszufriedenheit bei.
- Das KEK macht ethisches Handeln nachvollziehbar, transparent und „öffentlich“.
- Das KEK ergänzt als freiwilliges Gremium das Qualitätsmanagement.
- Das KEK unterstützt bei der optimalen (nicht minimalen) Ressourcenallokation und -distribution.
- Das KEK gibt Hinweise zur sinnvollen Nutzung unserer Palliativzimmer.
- Das KEK bewertet das vorhandene beziehungsweise potentielle medizinische Leistungsspektrum.

Das KEK wird sich aus Mitarbeitern des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, der Intensivstation, der Krankenhausseelsorge als auch der Geschäftsleitung zusammensetzen.

Im letztjährigen Bericht hatten wir uns für das Jahr 2006 vorgenommen, die Zusammenarbeit zu nachbehandelnden, ortsansässigen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Aus dieser Zusammenarbeit resultiert ein eigens entwickelter Pflegeüberleitungsbogen. Dieser beinhaltet alle wichtigen Informationen für die nachbehandelnden Stellen.

Die Pflegedienstleitung unseres Hauses hat nunmehr die im letztjährigen Bericht 2005 aufgeführten Kurse „Qualitätsmanagementbeauftragte Gesundheitswesen“ und zur „Internen Auditorin Gesundheitswesen“ erfolgreich abgeschlossen.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagementsystem in der St. Elisabeth-Krankenhaus GmbH wurde im Berichtsjahr nicht bewertet.

D-7 Perspektiven des Qualitätsmanagements

Unser Haus ist auch weiterhin bestrebt, neue Projekte zur Verbesserung unseres Standards zu implementieren. Wir wollen weiterhin die bestehenden Projekte zu einem für alle Beteiligten guten Abschluss führen und darüber informieren. Qualität heißt dabei auch weiterhin, uns selbstkritisch zu hinterfragen und erkannte Probleme als Herausforderungen zu begreifen, gemeinsam anzugehen und zu lösen.

Impressum

Frau Julia Kähning (Geschäftsführerin)

Herr Martin Stapper (Geschäftsführer)

Tel. 0971/805-201

Fax. 0971/805-280

E-Mail: info@elisabeth-online.de

Homepage: www.elisabeth-online.de

Die Gesamtheit der Qualitätsberichte ist unter www.rhoen-klinikum-ag.com/qb/ einzusehen.