



Abb.: Herzogin-Elisabeth-Hospital Braunschweig, Ausschnitt der Südfassade

Strukturierter Qualitätsbericht

nach der Vereinbarung gemäß
§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V

für das Berichtsjahr 2006

Das HEH ist zertifiziert durch die Joint
Commission International Accreditation



Einleitung

Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre haben einschneidende Veränderungen mit sich gebracht. Die Einführung des pauschalierten Entgeltsystems (DRGs) führte in vielen deutschen Krankenhäusern zu weitreichenden Struktur- und Ablaufänderungen. Die **gesetzlichen Anforderungen an das Qualitätsmanagement und an die Qualitätssicherung der Krankenhäuser** wurden kontinuierlich erhöht. Auch die gesetzlichen Verpflichtungen der Krankenhäuser für den Qualitätsbericht 2006 spiegeln diese Entwicklung wider. Der Bericht ist in diesem Jahr den Verbänden der Krankenkassen auch in einer datenbankfähigen Fassung im xml-Format zur Verfügung zu stellen. Damit geht leider auch ein Teil der Lesefreundlichkeit verloren. Die Krankenkassen sind weiterhin verpflichtet, alle Qualitätsberichte im Internet zu veröffentlichen.

Struktur des Qualitätsberichts

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gibt die inhaltliche Struktur und den Umfang des Qualitätsberichts nach § 137 des Sozialgesetzbuchs V (SGB V) sowie die Verfahrensweisen bundesweit und einheitlich vor. Damit soll unter anderem sichergestellt werden, dass die Krankenhäuser regelmäßig vergleichbare und qualitätsrelevante Daten für eine interessierte Öffentlichkeit veröffentlichen.

Der Qualitätsbericht 2006 besteht in der xml-Fassung aus folgenden Abschnitten:

- A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses
- B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen
- C Qualitätssicherung

In der pdf-Fassung ist ein weiterer Abschnitt vorgeschrieben:

- D Qualitätsmanagement

Der Umfang der einzelnen Abschnitte wurde vom G-BA begrenzt.

Der vorliegende Qualitätsbericht nach § 137 SGB V ist selbstverständlich auch auf den Internetseiten des Herzogin-Elisabeth-Hospitals einsehbar (www.heh-bs.de). Zu dem finden sie dort weitere, interessante Informationen unseres Krankenhauses.

Verantwortlich:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Vera Korolko	Geschäftsführerin	0531-699-4001	0531-699-4090	v.korolko@heh-bs.de

Ansprechpartner:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Rainer Schena	Stabsstelle QM	0531-699-4020	0531-699-4090	r.schena@heh-bs.de

Links: www.heh-bs.de

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

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	2
A	Struktur- und Leistungsdaten
A-1	Allgemeine Kontaktdaten..... 5
A-2	Institutionskennzeichen 5
A-3	Standort(nummer) 5
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers 5
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus 5
A-6	Organisationsstruktur 5
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie 6
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte 6
A-9	Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote 6
A-10	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote 7
A-11	Forschung und Lehre 7
A-12	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach §108/109 SGB V 8
A-13	Fallzahlen 8
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen
B-1	Orthopädische Klinik
B-1.1	Name der Fachabteilung 9
B-1.2	Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung 9
B-1.3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung 10
B-1.4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung 10
B-1.5	Fallzahlen der Fachabteilung 10
B-1.6	Hauptdiagnosen nach ICD 10
B-1.7	Prozeduren nach OPS 11
B-1.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 11
B-1.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 12
B-1.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 12
B-1.11	Apparative Ausstattung 12
B-1.12	Personelle Ausstattung 13
B-2	Medizinische Klinik
B-2.1	Name der Fachabteilung 15
B-2.2	Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung 15
B-2.3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung 16
B-2.4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung 16
B-2.5	Fallzahlen der Fachabteilung 16
B-2.6	Hauptdiagnosen nach ICD 16
B-2.7	Prozeduren nach OPS 16
B-2.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 17
B-2.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 17
B-2.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 17
B-2.11	Apparative Ausstattung 18
B-2.12	Personelle Ausstattung 18
B-3	Chirurgische Klinik
B-3.1	Name der Fachabteilung 20
B-3.2	Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung 20
B-3.3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung 21
B-3.4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung 21
B-3.5	Fallzahlen der Fachabteilung 21
B-3.6	Hauptdiagnosen nach ICD 21
B-3.7	Prozeduren nach OPS 21

B-3.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	22
B-3.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	22
B-3.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	23
B-3.11	Apparative Ausstattung	23
B-3.12	Personelle Ausstattung	23
B-4	Anästhesieabteilung	
B-4.1	Name der Fachabteilung	25
B-4.2	Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung	25
B-4.3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung	25
B-4.4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung	25
B-4.5	Fallzahlen der Fachabteilung	25
B-4.6	Hauptdiagnosen nach ICD	25
B-4.7	Prozeduren nach OPS	25
B-4.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	26
B-4.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	26
B-4.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	26
B-4.11	Apparative Ausstattung	26
B-4.12	Personelle Ausstattung	26
C	Qualitätssicherung	
C-1	Teilnahme externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)	27
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	37
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	37
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitäts- sicherung	37
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB	37
C-6	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB (Ausnahmeregelung)	37
D	Qualitätspolitik	
D-1	Qualitätspolitik	38
D-2	Qualitätsziele	41
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	41
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	42
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	45
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	45
Impressum	48

Teil A

Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten

Hausanschrift:

Herzogin-Elisabeth-Hospital
Leipziger Str. 24
38124 Braunschweig

Postanschrift:

Postfach 2873
38108 Braunschweig

Telefon: 0531 / 699 - 0

Fax: 0531 / 699 - 4090

E-Mail: info@heh-bs.de

Internet: www.heh-bs.de

A-2 Institutionskennzeichen: 260310243

A-3 Standort(nummer): 00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Stiftung Herzogin-Elisabeth-Hospital
freigemeinnützig

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus: Nein

A-6 Organisationsstruktur

Das HEH ist in sechs Hauptabteilungen gegliedert:

- Orthopädische Klinik
- Medizinische Klinik
- Chirurgische Klinik
- Anästhesieabteilung
- Pflegedienst
- Verwaltung

Der Vorstand der Stiftung ist das oberste Leitungsorgan des HEH. Dem Vorstand sind die Leiter/-innen der Hauptabteilungen und die OP-Managerin unterstellt. Diese bilden zusammen mit dem Vorstandsvorsitzenden die „Erweiterte Chefarztrunde“ als beratendes Gremium.

Die abteilungs-, fach- und berufsgruppenübergreifende Kommunikation wird durch verschiedene, ständige Gremien und Ausschüsse (z. B. Lenkungsgremium QM, Arzneimittelkommission, Transfusionskommission usw.) und themenbezogene Arbeits- bzw. Projektgruppen unterstützt.

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte

Nr.	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses:	Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt teilnehmen:	Kommentar / Erläuterung:
VS01	Brustzentrum	Chirurgische Klinik	Brust-Netzwerk-Braunschweig (BNWB); www.bnwb.de
VS00	Adipositas-Zentrum	Chirurgische Klinik; Medizinische Klinik	Weitere beteiligte Einrichtungen/ Gruppen: Abt. Physiotherapie des HEH; Ernährungsmedizinisches Zentrum Braunschweig, SHG Adipositas BS

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP04	Atemgymnastik	
MP07	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiter	
MP10	Bewegungsbad/ Wassergymnastik	
MP11	Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP24	Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP31	Physikalische Therapie	
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik	
MP33	Präventive Leistungsangebote/ Präventionskurse	z.B. Nordic Walking, Aquafitness
MP35	Rückenschule/ Haltungsschulung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/ Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- u. Kälteanwendungen	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	
MP51	Wundmanagement	z.B. spezielle Versorgung chron. Wunden und Ulcus cruris
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA01	Aufenthaltsräume	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA09	Unterbringung Begleitperson	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	z. T. Drei-Bett-Zimmer und vereinzelt Vierbettzimmer, jeweils mit eigener Nasszelle
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA14	Fernsehergerät am Bett/ im Zimmer	
SA15	Internetanschluss am Bett/ im Zimmer	in Wahlleistungszimmern
SA16	Kühlschrank	in Wahlleistungszimmern
SA18	Telefon	
SA19	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	in Wahlleistungszimmern
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	Komponentenwahl bei Frühstück u. Abendessen; Menüwahl bei Mittagessen
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)	
SA22	Bibliothek	Ev. Krankenhausbücherei
SA23	Cafeteria	
SA28	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	
SA33	Parkanlage	
SA36	Schwimmbad	2006/2007 saniert
SA39	Besuchsdienst/ "Grüne Damen"	
SA40	Empfangs- und Begleitedienst für Patienten und Besucher	durch Grüne Damen
SA41	Dolmetscherdienste	
SA42	Seelsorge	

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

Gesundheits- und Krankenpflegeschule des HEH

60 Ausbildungsplätze; Ausbildungsbeginn jährlich zum 1. August.

Wohnmöglichkeit im ersten Ausbildungsjahr.

s. a. www.heh-bs.de

Weiterbildungsermächtigungen:

Orthopädische Klinik

Orthopädie	60 Monate
Orthopädie/ Unfallchirurgie	36 Monate
Spezielle Orthopädische Chirurgie	36 Monate
Physikal. Therapie/ Balneologie	24 Monate
Kinderorthopädie	18 Monate
Allgemeine Chirurgie	18 Monate (Common trunk)

Medizinische Klinik

Innere Medizin	48 Monate
----------------	-----------

Chirurgische Klinik

Allgemeinchirurgie	36 Monate
--------------------	-----------

Chefarzt Prof. Dr. K.-D. Heller: Außerplanmäßige Professur der RWTH Aachen
(Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule) mit folgenden Veranstaltungen:

- Orthopädischer Untersuchungskurs
- Sonografie des Bewegungsapparates
- Sportmedizinischer Kurs

Aktuelle, wissenschaftliche Studien:

- Evaluation des Frauenkniees
- Evaluation des MRP-Titanknies der Fa. Brehm
- Vergleichende Evaluation von Endoprothesen: Gender-Knie der Fa. Zimmer, Genesis II der Fa. Smith & Nephew, Journey der Fa. Smith & Nephew und MRP-Titanknie der Fa. Brehm

Es handelt sich hierbei um Studien zu Medizinprodukten, die bereits in Deutschland zugelassen und eingeführt sind.

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

245 Betten

A-13 Fallzahlen:

Vollstationäre Fallzahl: 7363

Teilstationäre Fallzahl: 0

Ambulante Fallzahlen: 12893 (Quartalszählweise)

Teil B

Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Orthopädische Klinik

B-1.1 Name der Fachabteilung

Orthopädische Klinik

Art der Abteilung: bettenführende Hauptabteilung

Fachabteilungsschlüssel: 2300

Weitere Fachabteilungsschlüssel: 3755 (Wirbelsäulenchirurgie)

Hausanschrift: Herzogin-Elisabeth-Hospital
Leipziger Str. 24
38124 Braunschweig

Tel: 0531 / 6992001

Fax: 0531 / 6992090

E-Mail: info@heh-bs.de

Internet: www.heh-bs.de

B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Die Versorgungsschwerpunkte sind nach der vorgegebenen Reihenfolge der Nummern sortiert und nicht nach Gewichtung oder Häufigkeit von Leistungen.

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädische Klinik:
VC26	Metall-/ Fremdkörperentfernungen
VC27	Bandrekonstruktionen/ Plastiken
VC28	Gelenkersatzverfahren/ Endo-Prothetik
VC30	Septische Knochenchirurgie
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lenden-Steißbeingegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
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
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädische Klinik:
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
VC48	Chirurgie der in der Wirbelsäule liegenden (intraspinalen) Tumoren
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen
VC51	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen (z.B. Trigeminusneuralgie, Tumorschmerzen, chronischer Wirbelsäulenschmerzen)
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien (Gelenkerkrankungen)
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien (degenerative Wirbelkörpererkrankungen)
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis (Innenschicht der Gelenkkapsel) und der Sehnen
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien (nicht entzündliche Knochenerkrankungen) und Chondropathien (Korpelerkrankungen)
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
VO12	Kinderorthopädie
VO13	Spezialsprechstunde

B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung

siehe A-9

B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung

siehe A-10

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 3808

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Top 10 Diagnosen

Rang	ICD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	M16	698	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
2	M17	685	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
3	M23	406	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes

Rang	ICD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
4	T84	249	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken
5	M20	246	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen
6	M75	242	Schulterverletzung
7	M48	128	Sonstige Krankheit an den Wirbelkörpern
8	M51	110	Sonstiger Bandscheibenschaden
9	M19	75	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)
10	S83	72	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	5-812	939	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischen-scheiben (Menisken) des Kniegelenks durch eine Spiegelung
2	5-811	817	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung
3	5-820	716	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
4	5-810	656	Spiegelung eines Gelenkes aufgrund einer vorbestehenden und bekannten Erkrankung
5	5-822	629	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks
6	5-788	477	Operation an den Fußknochen
6	5-832	477	Operative Entfernung von erkranktem Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule
8	5-032	434	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein
9	5-800	404	Offen-chirurgische Gelenkoperation aufgrund einer vorbestehenden und bekannten Erkrankung
10	5-814	279	Operativer, wiederherstellender Eingriff an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz:	Angebotene Leistung:
Orthopädische Ambulanz	Wirbelsäulensprechstunde
Orthopädische Ambulanz	Säuglings- und Kindersprechstunde
Orthopädische Ambulanz	Skoliosesprechstunde
Orthopädische Ambulanz	Schulter-/Kniesprechstunde
Orthopädische Ambulanz	Fußsprechstunde
Orthopädische Ambulanz	Ambulantes Operieren

Bezeichnung der Ambulanz:	Angebotene Leistung:
Orthopädische Ambulanz	Sprechstunde für Handchirurgie
Orthopädische Ambulanz	Sprechstunde für rheumatische Erkrankungen
Orthopädische Ambulanz	Sprechstunde für TEP-Wechsel
Orthopädische Ambulanz	Sprechstunde für Sportverletzungen
Orthopädische Ambulanz	Berufsgenossenschaftliches Heilverfahren
Orthopädische Ambulanz	Allg. Sprechstunde
Orthopädische Ambulanz	Privatsprechstunde

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Top 10 Ambulante Operationen

Rang	OPS-301 Ziffer:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	Absolute Fallzahl:
1	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischen-scheiben (Menisken) des Kniegelenks durch eine Spiegelung	265
2	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	190
3	5-830	Operativer Einschnitt in erkranktes Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	136
4	5-810	Spiegelung eines Gelenkes aufgrund einer vorbestehenden und bekannten Erkrankung	105
5	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	62
6	5-788	Operation an den Fußknochen	10
7	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebs-hüllen	8
8	5-041	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven	<= 5
8	5-800	Offen-chirurgische Gelenkoperation aufgrund einer vorbestehenden und bekannten Erkrankung	<= 5
8	5-808	Operative Gelenkversteifung	<= 5

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

nicht vorhanden

B-1.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Kommentar / Erläuterung:
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	MRT: Niedergelassener Radiologe mit Praxis im HEH
AA24	OP-Navigationsgerät	24h verfügbar

Nr.	Vorhandene Geräte:	Kommentar / Erläuterung:
AA27	Röntgengerät/ Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	Digitales Röntgen; 24h verfügbar
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät	24h verfügbar
AA00	Endoskopische Zemententfernung per Ultraschall	24h verfügbar
AA00	Röntgentransparente OP-Tische	24h verfügbar
AA00	Iso-C-3 D-Bogen	Durchleuchtungsgerät , das 3 D-Datensätze errechnen kann. 24h verfügbar

B-1.12 Personelle Ausstattung

B-1.12.1 Ärzte

Ärzte insgesamt (außer Belegärzte): 22
 Davon Fachärzte: 10
 Belegärzte (nach § 121 SGB V): 0

Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Bezeichnung:
AQ06	Allgemeine Chirurgie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie
AQ41	Neurochirurgie
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF24	Manuelle Medizin / Chirotherapie
ZF29	Orthopädische Rheumatologie
ZF32	Physikalische Therapie und Balneotherapie
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie
ZF44	Sportmedizin
ZF00	Orthopädie
ZF00	Rettungsmedizin
AQ00	Chirurgie/Unfallchirurgie
ZF00	Fußchirurgie (Zert. nach Dt. Assoziation f. Fuß u. Sprunggelenk)
ZF00	Kinderorthopädie

B-1.12.2 Pflegepersonal:

Pflegekräfte insgesamt: 82,6

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger
 bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
 (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung): 72,2

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger
bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
(3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung): 2,0

B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar:
SP04	Diätassistenten	
SP15	Masseure/ Medizinische Bademeister	
SP21	Physiotherapeuten	
SP00	Schmerz-Physiotherapeut	Schmerzphysiotherapie ist ein offenes, ganzheitliches, patientenzentriertes Konzept, das aus den Elementen Manuelle Therapie, PNF (Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation) und Kinästhesie zusammengesetzt ist und sehr gut in der Physiotherapie bei jeder Form von Schmerzen eingesetzt werden kann.
SP00	Manualltherapeut	Therapiekonzept der Physiotherapie zur Untersuchung u. Behandlung von Funktionsstörungen am Muskel- und Skelett-System v. a. durch Weichteiltechniken, neuromuskuläre Techniken, Mobilisation von Gelenken.
SP00	Kinder-Bobath-Therapeut	Nach dem Bobath-Behandlungskonzept können Kinder behandelt werden, die sowohl orthopädische als auch neurologische Defizite aufweisen. Ziel ist die spezielle Förderung von alltagstauglichen Bewegungs- und Handlungsabläufen.

B-2 Medizinische Klinik

B-2.1 Name der Fachabteilung

Medizinische Klinik

Art der Abteilung: bettenführende Hauptabteilung

Fachabteilungsschlüssel: 0100

Hausanschrift: Herzogin-Elisabeth-Hospital
Leipziger Str. 24
38124 Braunschweig

Tel: 0531 / 6992201

Fax: 0531 / 6992290

E-Mail: info@heh-bs.de

Internet: www.heh-bs.de

B-2.2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Die Versorgungsschwerpunkte sind nach der vorgegebenen Reihenfolge der Nummern sortiert und nicht nach Gewichtung oder Häufigkeit von Leistungen.

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Medizinische Klinik:
VI01	Diagnostik und Therapie von durchblutungsstörungenbedingten (ischämischen) Herzkrankheiten
VI02	Diagnostik und Therapie der durch die Lunge bedingten (pulmonalen) Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
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 gehirngefäßbedingten Krankheiten (zerebrovaskulären)
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie [Hochdruckkrankheit]
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI09	Diagnostik und Therapie von Bluterkrankungen (hämatologischen)
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (Diabetes, Schilddrüse, ..)
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darmtraktes
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums (Bauchfell)
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und der Bauchspeicheldrüse
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (Lungenfell)
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Medizinische Klinik:
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen (bösartigen) Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI00	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Herzklappenerkrankungen

B-2.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung

siehe A-9

B-2.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung

siehe A-10

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 1928

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Top 10 Diagnosen

Rang	ICD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	I50	121	Herzschwäche
2	K29	67	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
3	K57	66	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
4	A09	61	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien oder andere Erreger
4	N39	61	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
6	I48	40	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
7	I47	38	Anfallsweise auftretendes Herzrasen
7	R55	38	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
9	E11	37	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
9	I10	37	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache

B-2.7 Prozeduren nach OPS

Top 10 Operationen

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	1-632	485	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
2	1-440	380	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
3	1-650	293	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung (Koloskopie)
4	1-444	170	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung
5	5-452	96	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
6	5-513	51	Operation an den Gallengängen bei einer Zwölffingerdarmspiegelung
7	5-431	39	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung
8	3-052	36	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus (TEE)
9	3-222	31	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
10	1-424	28	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz:	Angebotene Leistung:
Ambulanz der Med. Klinik	Privatsprechstunde
Ambulanz der Med. Klinik	Sondersprechstunde

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	54
2	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	26
3	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	16

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

nicht vorhanden

B-2.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Kommentar / Erläuterung:
AA03	Belastungs-EKG/ Ergometrie	24h verfügbar
AA12	Endoskop	24h verfügbar
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	MRT: Niedergelassener Radiologe mit Praxis im HEH
AA27	Röntgengerät/ Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	Digitales Röntgen, 24h verfügbar
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät	24h verfügbar
AA31	Spirometrie/ Lungenfunktionsprüfung	24h verfügbar
AA00	Echokardiografie	24h verfügbar

B-2.12 Personelle Ausstattung

B-2.12.1 Ärzte

Ärzte insgesamt (außer Belegärzte):	8,7
Davon Fachärzte:	3,7
Belegärzte (nach § 121 SGB V):	0

Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Bezeichnung:
AQ26	Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF28	Notfallmedizin
AQ00	Innere Medizin
ZF00	Ernährungsmedizin (Dt. Akademie f. Ernährungsmed.; Dt. Gesellschaft f. Ernährungsmedizin)

B-2.12.2 Pflegepersonal:

Pflegekräfte insgesamt: 34,7

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger
bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
(3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung): 31,4

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger
bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
(3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung): 0,6

B-2.12.3 Spezielles therapeutisches Personal:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar:
SP04	Diätassistenten	
SP15	Masseure/ Medizinische Bademeister	

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar:
SP21	Physiotherapeuten	
SP00	Manualtherapeut	Therapiekonzept der Physiotherapie zur Untersuchung u. Behandlung von Funktionsstörungen am Muskel- und Skelett-System v. a. durch Weichteiltechniken, neuromuskuläre Techniken, Mobilisation von Gelenken.
SP00	Schmerz-Physiotherapeut	Schmerzphysiotherapie ist ein offenes, ganzheitliches, patientenzentriertes Konzept, das aus den Elementen Manuelle Therapie, PNF (Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation) und Kinästhesie zusammengesetzt ist und sehr gut in der Physiotherapie bei jeder Form von Schmerzen eingesetzt werden kann.

B-3 Chirurgische Klinik

B-3.1 Name der Fachabteilung

Chirurgische Klinik

Art der Abteilung: bettenführende Hauptabteilung

Fachabteilungsschlüssel: 1500

Hausanschrift: Herzogin-Elisabeth-Hospital
Leipziger Str. 24
38124 Braunschweig

Tel: 0531 / 6992401

Fax: 0531 / 6992490

E-Mail: info@heh-bs.de

Internet: www.heh-bs.de

B-3.2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Die Versorgungsschwerpunkte sind nach der vorgegebenen Reihenfolge der Nummern sortiert und nicht nach Gewichtung oder Häufigkeit von Leistungen.

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgische Klinik:
VC05	Schrittmachereingriffe
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen (z.B. Thrombosen, Krampfadern) und Folgeerkrankungen (z.B. Ulcus cruris/ offenes Bein)
VC21	Endokrine Chirurgie (z.B. Schilddrüse)
VC22	Magen-Darm-Chirurgie
VC23	Leber-, Gallen-, Bauchspeicheldrüsenchirurgie
VC24	Tumorchirurgie
VC29	Behandlung von Druckgeschwüren
VC55	Minimal-invasive laparoskopische Operationen („Knopflochchirurgie“)
VC57	Plastisch rekonstruktive Eingriffe
VC58	Spezialprechstunde
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
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
VG04	Kosmetische/ plastische Mammachirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgische Klinik:
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VR02	Native Sonographie
VR06	Endosonographie (z. B. Sonografie d. Magen-Darmwand)

B-3.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung

siehe A-9

B-3.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung

siehe A-10

B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 1627

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Top 10 Diagnosen

Rang	ICD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	E04	205	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse
2	K80	181	Gallensteinleiden
3	K40	135	Leistenbruch
4	C50	65	Brustkrebs
5	K43	54	Bauchwandbruch
6	K57	53	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut (Divertikulose)
7	K35	52	Akute Blinddarmentzündung
8	E66	47	Fettleibigkeit, schweres Übergewicht
9	C18	43	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
10	C20	33	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms (Rektumkrebs)

B-3.7 Prozeduren nach OPS

Top 10 Operationen

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	5-511	202	Operative Entfernung der Gallenblase
2	5-469	142	Sonstige Operation am Darm
3	5-530	140	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
4	5-572	135	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung
5	5-062	124	Sonstige teilweise Entfernung der Schilddrüse
6	5-895	106	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut
7	5-541	101	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des Raums hinter der Bauchhöhle
8	5-455	97	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms
9	5-063	89	Operative Entfernung der Schilddrüse
9	5-893	89	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz:	Angebotene Leistung:
Chirurgische Ambulanz	Allg. Sprechstunde
Chirurgische Ambulanz	Brustsprechstunde
Chirurgische Ambulanz	Bauchchirurgische Sprechstunde
Chirurgische Ambulanz	Schilddrüsenprechstunde
Chirurgische Ambulanz	Adipositassprechstunde
Chirurgische Ambulanz	Koloproktologische (Enddarm-) Sprechstunde
Chirurgische Ambulanz	Sprechstunde Plastisch-Rekonstruktive-Ästhetische Chirurgie
Chirurgische Ambulanz	Privatsprechstunde

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Top 10 Ambulante Operationen

Rang	OPS-301 Ziffer:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	Absolute Fallzahl:
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	32
2	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs	12
3	1-586	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Lymphknoten durch operativen Einschnitt	<= 5
3	5-056	Eingriff mit Aufhebung der Nervenfunktion oder zur Druckentlastung eines Nerven	<= 5
3	5-184	Operative Korrektur abstehender Ohren	<= 5
3	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	<= 5
3	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	<= 5
3	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs	<= 5

Rang	OPS-301 Ziffer:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	Absolute Fallzahl:
3	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebs- hüllen	<= 5
3	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten	<= 5

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft nicht vorhanden

B-3.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Kommentar / Erläuterung:
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	MRT: Niedergelassener Radiologe mit Praxis im HEH
AA27	Röntgengerät/ Durchleuchtungsgerät (z.B. C- Bogen)	Digitales Röntgen 24h verfügbar
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät	24h verfügbar
AA00	Neuromonitoring	Verfahren, das zur Identifizierung und Schonung des Stimm- bandnerven eingesetzt wird. 24h verfügbar
AA00	Wasserstrahldissektor	Verfahren zur schonenden Gewebedurchtrennung 24h verfügbar
AA00	Ultraschall	Verfahren zur schonenden Gewebedurchtrennung 24h verfügbar

B-3.12 Personelle Ausstattung

B-3.12.1 Ärzte

Ärzte insgesamt (außer Belegärzte): 8,8
 Davon Fachärzte: 6,0
 Belegärzte (nach § 121 SGB V): 0

Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Bezeichnung:
AQ06	Allgemeine Chirurgie
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF34	Proktologie

B-3.12.2 Pflegepersonal:

Pflegekräfte insgesamt 28,0

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger
bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
(3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung): 26,6

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger
bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
(3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung): 1,6

B-3.12.3 Spezielles therapeutisches Personal:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar:
SP04	Diätassistenten	
SP15	Masseure/ Medizinische Bademeister	
SP21	Physiotherapeuten	
SP00	Manualtherapeut	Therapiekonzept der Physiotherapie zur Untersuchung u. Behandlung von Funktionsstörungen am Muskel- und Skelett-System v. a. durch Weichteiltechniken, neuromuskuläre Techniken, Mobilisation von Gelenken.
SP00	Schmerz-Physiotherapeut	Schmerzphysiotherapie ist ein offenes, ganzheitliches, patientenzentriertes Konzept, das aus den Elementen Manuelle Therapie, PNF (Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation) und Kinästhesie zusammengesetzt ist und sehr gut in der Physiotherapie bei jeder Form von Schmerzen eingesetzt werden kann.

B-4 Anästhesieabteilung

B-4.1 Name der Fachabteilung

Anästhesieabteilung

Art der Abteilung: nicht bettenführende Hauptabteilung

Fachabteilungsschlüssel: 3700

Hausanschrift: Herzogin-Elisabeth-Hospital
Leipziger Str. 24
38124 Braunschweig

Tel: 0531 / 6990

Fax: 0531 / 6992690

E-Mail: info@heh-bs.de

Internet: www.heh-bs.de

B-4.2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Anästhesieabteilung:	Kommentar / Erläuterung:
VS00	Eigenblutverfahren	Präoperative Eigenblutspende, intraoperative maschinelle u. postoperative Autotransfusion
VS00	Schmerztherapie	
VS00	Allgemeinanästhesie	Vollnarkosen aller Art einschl. endoskop. Intubationsverfahren, Kehlkopfmaskennarkosen und TIVA
VS00	Regionalanästhesie	Örtliche Betäubungsverfahren, z. B. rückenmarksnaher Leitungsanästhesie, Plexusanästhesie des Arms

B-4.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung

siehe A-9

B-4.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung

entfällt

B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

entfällt

B-4.7 Prozeduren nach OPS

entfällt

Zu B-4.6 und B-4.7

Da die Anästhesieabteilung des HEH keine bettenführende Abteilung war, bilden sich deren Leistungen über ICD und OPS nicht bzw. unvollständig ab.

Die Anästhesieabteilung führte im Jahr 2006 u. a. 3778 Intubationsnarkosen und 1400 Maskennarkosen (99% Larynxmaske) durch. Es wurden 437 Eigenblutspenden abgenommen.

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

entfällt

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

entfällt

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

nicht vorhanden

B-4.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Kommentar / Erläuterung:
AA07	Cell Saver (im Rahmen einer Bluttransfusion)	24h verfügbar

B-4.12 Personelle Ausstattung

B-4.12.1 Ärzte

Ärzte insgesamt (außer Belegärzte): 11,3
 Davon Fachärzte: 11,3
 Belegärzte (nach § 121 SGB V): 0

Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Bezeichnung:	Kommentar / Erläuterungen:
AQ01	Anästhesiologie	
ZF15	Intensivmedizin	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	

B-4.12.2 Pflegepersonal:

Pflegekräfte insgesamt: 13,2

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger
 bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
 (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung): 13,2

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger
 bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
 (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung): 2,3

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:
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	695	99,8	
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	598	100	
Cholezystektomie	189	100	
Mammachirurgie	84	100	
Ambulant erworbene Pneumonie	73	100	
Gynäkologische Operationen	<20	100	
Herzschrittmacher-Implantation	<20	91,6	
Hüftgelenknahe Femurfraktur	<20	100	
**) Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche isolierte Aortenklappenchirurgie, Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Hüft-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel, hüftgelenknahe Femurfraktur, Knie-TEP-Erstimplantation, Knie-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie, isolierte Koronarchirurgie			
Gesamt	1669	99,9	

**) Da das BQS-Verfahren zur Dekubitusprophylaxe an die Leistungsbereiche isolierte Aortenklappenchirurgie, Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Hüft-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel, hüftgelenknahe Femurfraktur, Knie-TEP-Erstimplantation, Knie-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie gekoppelt ist, existieren hier keine gesonderten Angaben über Fallzahlen und Dokumentationsrate. Fallzahl und Dokumentationsrate im Leistungsbereich Dekubitusprophylaxe können aus den Angaben in den jeweiligen Leistungsbereichen abgelesen werden.

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

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) 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 (bun- desweit):	(8) Kommentar / Erläuterung:
Frauenheilkunde Vorbeugende Medika- mentengabe zur Vermeidung von Blutgerinnseln bei Gebärmutterentfernungen	Thrombose- prophylaxe bei Hysterektomie	9	entfällt	Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mitgeteilt	entfällt	>= 95%	Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mitgeteilt. Die niedersächsische Arbeitsgruppe "Gynäkologie und Geburtshilfe" hat für die Auswertung 2006 Qualitätsmerkmale zur Indikationsstellung und somit zur Angemessenheit des operativen Eingriffs ausgewählt, da diese aus Sicht der Arbeitsgruppe die wesentlichen Qualitätsmerkmale darstellen, um aussagekräftige Ergebnisse zur Qualität dieses Leistungsbereiches zu erhalten. Die Qualitätsindikatoren "Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie" und Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie" wurden als nachrangig eingestuft.

(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 (bun- desweit):	(8) Kommentar / Erläuterung:
Frauenheilkunde Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Gebä- rmutterentfernungen	Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	9	entfällt	Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mitgeteilt	entfällt	>= 90%	Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mitgeteilt Die niedersächsische Arbeitsgruppe "Gynäkologie und Geburtshilfe" hat für die Auswertung 2006 Qualitätsmerkmale zur Indikationsstellung und somit zur Angemessenheit des operativen Eingriffs ausgewählt, da diese aus Sicht der Arbeitsgruppe die wesentlichen Qualitätsmerkmale darstellen, um aussagekräftige Ergebnisse zur Qualität dieses Leistungsbereiches zu erhalten. Die Qualitätsindikatoren "Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie" und Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie" wurden als nachrangig eingestuft.
Gallenblasenentfernung Feingewebliche Untersuchung der entfernten Gallenblase	Erhebung eines histologischen Befundes	8	entfällt	100 %	189 / 189	= 100%	
Gallenblasenentfernung Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reinterventionsrate	8	entfällt	0,5 %	entfällt	<= 1,5%	

(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 (bun- desweit):	(8) Kommentar / Erläuterung:
Gallenblasenentfernung Klärung der Ursachen für angestaute Gallenflüssig- keit vor der Gallenbla- senentfernung	Präoperative Dia- gnostik bei extra- hepatischer Cho- lestase	8	entfällt	75 %	entfällt	= 100%	
Herzschrittmachereinsatz Entscheidung für die Herzschrittmacher-BE- handlung und die Aus- wahl des Herzschrittmacher-systems	Leitlinienkonforme Indikationsstellung und leitlinienkon- forme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmus- störungen	9	entfällt	Ergebnis wurde dem Kranken- haus nicht mitgeteilt	entfällt	>= 80%	Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mit- geteilt. Die niedersächsische Arbeitsgruppe "Kardiolo- gie" hat für die Auswer- tung 2006 und den strukturierten Dialog Qualitätsmerkmale zu Durchleuchtungszeit, Komplikationen und Tod ausgewählt, um aussa- gefähige Ergebnisse zur Qualität dieses Leis- tungsbereichs zu erhal- ten. Die Qualitätsindikatoren "Leitlinienkonforme Indi- kationsstellung bei bra- dykarden Herzrhythmus- störungen", "Leitlinien- konforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhyth- musstörungen" und "Leitlinienkonforme Indi- kationsstellung und leitli- nienkonforme System- wahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen" wurden als nachrangig eingestuft.

(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 (bun- desweit):	(8) Kommentar / Erläuterung:
Herzschrittmachereinsatz Entscheidung für die Herzschrittmacher-Be- handlung	Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstö- rungen	9	entfällt	Ergebnis wurde dem Kranken- haus nicht mitgeteilt	entfällt	>= 90%	Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mit- geteilt. Die niedersächsische Arbeitsgruppe "Kardiolo- gie" hat für die Auswer- tung 2006 und den strukturierten Dialog Qualitätsmerkmale zu Durchleuchtungszeit, Komplikationen und Tod ausgewählt, um aussa- gefähige Ergebnisse zur Qualität dieses Leis- tungsbereichs zu erhal- ten. Die Qualitätsindikatoren "Leitlinienkonforme Indi- kationsstellung bei bra- dykarden Herzrhythmus- störungen", "Leitlinien- konforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhyth- musstörungen" und "Leitlinienkonforme Indi- kationsstellung und leitli- nienkonforme System- wahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen" wurden als nachrangig eingestuft.

(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 (bun- desweit):	(8) Kommentar / Erläuterung:
Herzschrittmachereinsatz Auswahl des Herz- schrittmachersystems	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herz- rhythmusstörungen	9	entfällt	Ergebnis wurde dem Kranken- haus nicht mitgeteilt	entfällt	>= 90%	Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mit- geteilt. Die niedersächsische Arbeitsgruppe "Kardiolo- gie" hat für die Auswer- tung 2006 und den strukturierten Dialog Qualitätsmerkmale zu Durchleuchtungszeit, Komplikationen und Tod ausgewählt, um aussa- gefähige Ergebnisse zur Qualität dieses Leis- tungsbereichs zu erhal- ten. Die Qualitätsindikatoren "Leitlinienkonforme Indi- kationsstellung bei bra- dykarden Herzrhythmus- störungen", "Leitlinien- konforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhyth- musstörungen" und "Leitlinienkonforme Indi- kationsstellung und leitli- nienkonforme System- wahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen" wurden als nachrangig eingestuft.
Herzschrittmachereinsatz Komplikationen während oder nach der Operation	Perioperative Kom- plikationen: chirur- gische Komplikati- onen	8	entfällt	0 %	entfällt	<= 2%	

(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 (bun- desweit):	(8) Kommentar / Erläuterung:
Herzschrittmachereinsatz Komplikationen während oder nach der Operation	Perioperative Kom- plikationen: Son- dendislokation im Vorhof	8	entfällt	0 %	entfällt	<= 3%	
Hüftgelenkersatz Ungeplante Folgeopera- tion(en) wegen Komplika- tion(en)	Reinterventionen wegen Komplika- tion	8	entfällt	0,8 %	6 / 694	<= 9%	
Hüftgelenkersatz Entzündung des Operati- onsbereichs nach der Operation	Postoperative Wundinfektion	8	entfällt	0 %	0 / 694	<= 3%	
Hüftgelenkersatz Ausrenkung des künstli- chen Hüftgelenkes nach der Operation	Endoprothesen- luxation	8	entfällt	0,2 %	entfällt	<= 5%	
Kniegelenkersatz Entzündung des Operati- onsbereichs nach der Operation	Postoperative Wundinfektion	8	entfällt	0,8 %	entfällt	<= 2%	
Kniegelenkersatz Ungeplante Folgeopera- tion(en) wegen Komplika- tion(en)	Reinterventionen wegen Komplika- tion	8	entfällt	2,5 %	15 / 598	<= 6%	

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	
Brusttumoren Bestimmung der Hormonempfindlichkeit der Krebszellen	Hormonrezeptoranalyse	0	
Brusttumoren Sicherheitsabstand zum gesunden Gewebe	Angabe Sicherheitsabstand: bei Brust- erhaltender Therapie	0	
Brusttumoren Röntgenuntersuchung des entfernten Gewebes nach der Operation	Postoperatives Präparatröntgen	0	
Herzschrittmachereinsatz Komplikationen während oder nach der Operation	Perioperative Komplikationen: Sonden- dislokation im Ventrikel	0	

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:

(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 (bundes- weit):	(8) Kommentar / Erläuterung:
Dekubitusprophylaxe Neu entstandene Druck- geschwüre während des Krankenhausaufenthaltes bei der Versorgung mit künstlichem Gelenkersatz an Hüfte und Knie	Dekubitusprophy- laxe bei elektiver Endoprothetik von Knie und Hüfte: Veränderung des Dekubitusstatus während des stati- onären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	8	entfällt	0,2 %	entfällt	<= 2,3% (90% Perzen- tile)	
Dekubitusprophylaxe Neu entstandene Druck- geschwüre während des Krankenhausaufenthaltes bei hüftgelenknahen Oberschenkelbrüchen	Dekubitusprophy- laxe bei hüftge- lenknaher Fe- murfraktur: Verän- derung des Deku- bitusstatus wäh- rend des stationä- ren Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufge- nommen wurden: Patienten mit De- kubitus Grad 2 oder höher bei Entlas- sung	8	entfällt	0 %	entfällt	<= 5,6% (90% Perzen- tile)	

(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 (bundes- weit):	(8) Kommentar / Erläuterung:
Dekubitusprophylaxe Neu entstandene Druck- geschwüre während des Krankenhausaufenthaltes bei der Versorgung mit künstlichem Gelenkersatz an Hüfte und Knie	Dekubitusprophy- laxe bei elektiver Endoprothetik von Knie und Hüfte: Veränderung des Dekubitusstatus während des stati- onären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung	8	entfällt	0,2 %	entfällt	<= 1,7% (90% Perzen- tile)	
Dekubitusprophylaxe Neu entstandene Druck- geschwüre während des Krankenhausaufenthaltes bei hüftgelenknahen Oberschenkelbrüchen	Dekubitusprophy- laxe bei hüftge- lenknaher Fe- murfraktur: Verän- derung des Deku- bitusstatus wäh- rend des stationä- ren Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufge- nommen wurden: Patienten mit De- kubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	8	entfällt	0 %	entfällt	<= 7,9% (90% Perzen- tile)	

Legende:

- 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 Strukturierter 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.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

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

Leistungsbereich:	Mindestmenge:	Erbrachte Menge:	Ausnahmeregelung:
Knie-TEP	50	601	Nein

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

Trifft nicht zu.

Teil D Qualitätsmanagement

D 1 Qualitätspolitik

Krankenhäuser müssen Qualität umfassend betrachten. Damit das Ziel einer hochwertigen Leistungserbringung in allen betrieblichen Bereichen und aufeinander abgestimmt verwirklicht werden kann, muss Qualität berufsgruppen- und abteilungsübergreifend gemanagt werden.

Es gibt unterschiedliche Management-Modelle, an denen sich Krankenhäuser bei der Einführung und Umsetzung einer Qualitätspolitik orientieren können. In den Modellen werden leider unterschiedliche Terminologien¹ verwendet. „Qualitätspolitik“ ist z. B. ein typischer Begriff aus dem Qualitätsmodell der Deutschen Normenreihe 9000 ff. In dem Modell der EFQM² wird nicht explizit mit diesem Begriff gearbeitet. Hier sind die Festlegung von Grundwerten des Unternehmens und das Erarbeiten einer Vision die Ausgangspunkte, aus denen sich die Politik ergibt und Strategien abgeleitet werden.

Das HEH orientiert sich seit seiner Teilnahme an dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Pilotprojekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ von 2000 bis 2002 an dem Modell der EFQM. Im Jahr 2006 begann die Vorbereitung des HEH auf die Zertifizierung nach dem internationalen Qualitätssicherungssystem der Joint Commission International Accreditation (JCI) für Krankenhäuser, die 2007 erfolgreich abgeschlossen wurde. Seitdem steht deren Systematik im Vordergrund. Die beiden Systeme ergänzen sich.

Qualitätsanspruch

Medizin, Pflege und alle direkt an der Versorgung von kranken Menschen beteiligten Berufsgruppen sind bei der Behandlung und Betreuung der Patienten traditionell einem hohen Qualitätsanspruch verpflichtet. Dieser Anspruch ist ein fester Bestandteil der Berufsbilder der heilenden Berufe.

Das HEH beschreibt in seinen Unternehmensgrundsätzen seine Grundwerte, Überzeugungen und seinen Qualitätsanspruch

- in der Patientenversorgung,
- in der Zusammenarbeit,
- in der Berufsausbildung und Qualifizierung,
- im Kontakt mit externen Leistungsanbietern und
- gegenüber der Umwelt und der Gesellschaft.

Diese HEH-Unternehmensgrundsätze werden intern als „**Leitbild**“ bezeichnet.

Zentrale Elemente der Qualitätspolitik des HEH sind

- Kundenorientierung,
- Prozessorientierung unter Einbeziehung aller Leistungsbereiche und Ebenen,
- Mitarbeiterorientierung und -beteiligung und die
- kontinuierliche Verbesserung in allen Bereichen.

Die Ableitung von themen- und bereichsspezifischen Qualitätszielen der Abteilungen orientiert sich an dem Leitbild. Der Pflegebereich arbeitet z. B. mit einem „Pflegeleitbild“, das die Unternehmensgrundsätze pflegespezifisch konkretisiert.

¹ Fachwortschatz.

² European Foundation of Quality Management.

Leitbild des Herzogin-Elisabeth-Hospitals (HEH)

- 1 Das Herzogin-Elisabeth-Hospital (HEH) ist eine Stiftung bürgerlichen Rechts.
- 2 Unsere Stiftung ist ein fester Bestandteil in der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung.
- 3 Die Grundlage unseres Handelns ist die Achtung vor der Würde und Einzigartigkeit jedes Menschen.
- 4 Ziel unseres Handelns ist die fachliche und kompetente Beratung, Behandlung und Betreuung aller uns anvertrauten Patienten.
- 5 Jeder Mitarbeiter des HEH ist ein Botschafter des Unternehmens nach innen und nach außen.
- 6 Wir informieren unsere Patienten umfassend und kompetent.
- 7 Wir verhalten uns gegenüber unseren Patienten freundlich, zugewandt und pflegen einen respektvollen Umgang.
- 8 Wir beziehen Angehörige bzw. Freunde des Patienten in den Behandlungsprozess ein, soweit dies möglich ist und es dem Willen des Patienten und dieser Bezugspersonen entspricht.
- 9 Wir berücksichtigen bei der Gestaltung unserer Arbeitsabläufe die Bedürfnisse der Patienten.
- 10 Wir machen es uns zur Aufgabe, für die Patienten und ihre Angehörigen eine angenehme Atmosphäre zu schaffen.
- 11 Wir sind für unsere niedergelassenen Ärzte verlässliche Partner und informieren sie zeitnah und umfassend.
- 12 Wir sind faire Geschäftspartner und Wettbewerber und streben zukunftsorientierte Entwicklungen an.
- 13 Wir unterstützen den effizienten, umweltbewussten Einsatz aller Mittel und Materialien bei der täglichen Arbeit.
- 14 Wir legen Wert auf einen umfassenden Informationsaustausch, Teamgeist und fachübergreifende Zusammenarbeit.
- 15 Wir arbeiten professionell, gewissenhaft und verlässlich; unsere Entscheidungen und unser Handeln orientieren sich an den Zielen und Pflichten des Unternehmens.
- 16 Unsere Kollegialität ist geprägt durch einen respektvollen, offenen und ehrlichen Umgang miteinander.
- 17 Wir üben sachlich Kritik und sind bereit sie anzunehmen. Gute Leistungen erkennen wir an.
- 18 Betriebliche Auseinandersetzungen führen wir grundsätzlich intern.
- 19 Vorgesetzte sind sich ihrer Vorbildfunktion bewusst.
- 20 Die Berufsausbildung und die kontinuierliche Qualifizierung unserer Mitarbeiter haben für uns einen hohen Stellenwert.
- 21 Wir erarbeiten Lösungen, die dem Wohl der Stiftung dienen und der Dynamik der gesellschaftlichen Veränderungen entsprechen.
- 22 Wir sind zukunftsorientiert und reagieren flexibel auf neue Anforderungen.
- 23 Durch unser gemeinsames Handeln sichern wir die Existenz der Stiftung.

Tab.: Leitbild des HEH

Es ist selbstverständlich, dass

- die Erfüllung gesetzlicher Auflagen zur Qualitätssicherung wie beispielsweise Schutz- und Sicherheitsbestimmungen, Hygiene-, Röntgenverordnungen, Bestimmungen aus dem Sozialgesetzbuch V usw.,
- das Arbeiten entsprechend dem aktuellen „Stand der Wissenschaft und Technik“ (State of the art),
- und die Erfüllung von Qualitätsanforderungen aus Verträgen (z. B. Integrierte Versorgung)

integrativer Bestandteil der Qualitätspolitik des HEH sind.

Das HEH möchte mit seinem Qualitätsmanagementsystem folgende **Entwicklungen und Denkweisen** besonders fördern:

Umfassenderes Verständnis von Qualität

Vorrangiges Ziel eines Qualitätsmanagements im Krankenhaus ist das Erreichen von Qualitätszielen und die kontinuierliche, kundenorientierte Verbesserung der Strukturen, der Abläufe und der Ergebnisse des Unternehmens. In diesem Sinn ist Qualitätsmanagement ein Instrument der Organisationsentwicklung und geht über die klassische „Qualitätssicherung“ hinaus. Als Kunde wird nicht mehr ausschließlich der Patient, sondern alle diejenigen gesehen, die in Verbindung mit dem Krankenhaus stehen, also auch die Krankenkasse, der einweisende und weiterbehandelnde Arzt, der Rettungsdienst usw.

Kontinuierliche Verbesserung

Die ständige Verbesserung der Gesamtleistung des Unternehmens ist ein wesentliches Ziel des Qualitätsmanagements. Voraussetzungen sind u.a. die aktive Einbeziehung der Beschäftigten und Kunden sowie die konsequente Anwendung von Managementhilfsmitteln wie den PDCA-Zyklus (Planen-Umsetzen-Kontrollieren-Korrigieren).

Abteilungs- und berufsgruppenübergreifendes Arbeiten an Qualitätsfragen

An zentralen betrieblichen Prozessen sind verschiedene Abteilungen und Berufsgruppen beteiligt. Wählt man in Qualitätsfragen eine ablauforientierte Betrachtungsweise und bezieht die Sicht der Kunden mit ein, muss man abteilungs- und berufsgruppenübergreifend denken und handeln. Problemlösungen und Weiterentwicklungen werden in dementsprechend zusammengesetzten Arbeitsgruppen und Gremien erarbeitet.

Vision

Im Mittelpunkt der visionären Festlegungen des Stiftungsvorstands des HEH für die Jahre 2003 bis 2008 stand die Entscheidung für die Zusammenlegung der beiden Betriebsstätten des HEH am Standort Braunschweig-Melverode bis zum Jahr 2007 sowie Festlegungen zu der inhaltlichen Ausrichtung der Fachabteilungen und zu den künftigen Leistungsfeldern des HEH.

Die geplanten fachlichen Entwicklungen und Erweiterungen wurden in Angriff genommen und zum Teil bereits umgesetzt, so beispielsweise der Ausbau der Leistungsfähigkeit der Wirbelsäulen- und der Sportchirurgie und der Aufbau der Kinderorthopädie und der Adipositas-Chirurgie. Bereits in 2006 begannen die Vorbereitungen für die Einführung einer Sektion Gefäßchirurgie. Die Qualität des Versorgungsangebots des HEH wird damit weiter verbessert werden.

Die Baumaßnahmen am Standort Braunschweig-Melverode begannen im Jahr 2004 und prägten auch das Jahr 2006, u. a. durch die Inbetriebnahme des neuen Bettenhauses Süd; im Sommer 2007 wurden die beiden Standorte des HEH in Melverode zusammengeführt.

Der Vorstand hat im Jahr 2006 beschlossen, eine Überarbeitung der Vision erst 2007/2008 vorzunehmen, um neue Gegebenheiten ausreichend berücksichtigen und bei sichereren, eigenen Rahmenbedingungen entscheiden zu können. Da die wechselhafte und kurzzyklisch angelegte Gesundheits- und Krankenhausfinanzierungspolitik leider von der derzeitigen

Regierung fortgesetzt wird, werden die für Krankenhäuser instabilen, gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen der letzten Jahre bestehen bleiben. Dies relativiert den Nutzen langfristiger Planungen erheblich.

Die Festlegung der Unternehmensgrundsätze und der Vision des HEH sowie der strategischen Vorgehensweise sind zentrale Aufgaben des Stiftungsvorstands und der oberen Leitungsebene. Die Rolle, die dem Qualitätsmanagement beigemessen wird, wird durch die Besetzung des QM-Lenkungsgremiums deutlich (s. Abschnitt D 3).

D 2 Qualitätsziele

Der Stiftungsvorstand entschied auf Empfehlung des Lenkungsgremiums QM des HEH im Jahr 2005, das HEH als Gesamtunternehmen (also beide betrieblichen Standorte) nach den Qualitätsanforderungen für Krankenhäuser der Joint Commission International Accreditation (JCI) zertifizieren zu lassen. Der Termin für die Zertifizierungsprüfung war März 2007.

Im Jahr 2006 war daher die herausfordernde Aufgabe der Mitarbeiter/-innen des HEH, die Qualitätsziele für Krankenhäuser der JCI zu erfüllen. In jedem JCI-Standard ist die Qualitätsanforderung konkret formuliert und das Qualitätsziel beschrieben, das mit der Anforderung erreicht werden soll. Außerdem sind jeweils „Messbare Elemente“ vorgegeben, anhand derer die Erfüllung des Standards gemessen bzw. beurteilt wird. Das Qualitätssicherungssystem der JCI gibt über 350 Qualitätsstandards mit über 1000 „Messbaren Elementen“ vor, die konsequent die Kontinuität der Patientenbehandlung und die Patientensicherheit sowie die Mitarbeitersicherheit in den Vordergrund stellen.

Der Anforderungskatalog der JCI unterteilt sich in zwei Hauptkapitel:

Patientenbezogene Qualitätsstandards

Zugang zur Behandlung und Kontinuität der Behandlung
Untersuchung der Patienten
Behandlung der Patienten
Rechte der Patienten und Angehörigen
Aufklärung und Unterweisung von Patienten u. Angehörigen

Organisationsbezogene Qualitätsstandards

Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit
Prävention und Überwachung von Infektionen
Management, Führung, Direktion
Anlagenmanagement und Sicherheit
Mitarbeiterqualifikation und Weiterbildung
Informationsmanagement

D 3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements des HEH stellt sich wie folgt dar:

Gremien des Qualitätsmanagements

Lenkungsgremium Qualitätsmanagement (QM)

Die Funktionen des Lenkungsgremiums QM sind in einer Geschäftsordnung geregelt, die der Vorstand erlassen hat.

Das Lenkungsgremium QM soll die klinikinternen, qualitätssichernden Maßnahmen auf die Vision, Strategie und die Einzelziele des HEH ausrichten und einen ständigen Prozess der Verbesserung fördern. Es entscheidet über grundsätzliche Schritte in der Qualitätssicherung und bei der Entwicklung des Qualitätsmanagements, fördert Qualitätsinitiativen und verfolgt den Verlauf und die Zielerreichung von qualitätsbezogenen Projekten. Strategische und operative Ziele des Qualitätsmanagements werden hier festgelegt.

Die Bedeutung, die der Stiftungsvorstand des HEH dem Qualitätsmanagement beimisst, und die Verantwortlichkeit der Krankenhausleitung spiegeln sich in der Zusammensetzung der Mitglieder des Lenkungsgremiums QM wieder: Vorstandsvorsitzender, die erweiterte Chef- arzttrunde mit Pflegedienstleitung und Geschäftsführung, die Betriebsratsvorsitzende und der Qualitätsmanagementbeauftragte des HEH.

Arbeitstreffen der Qualitätsbeauftragten

Die Aufgaben der Arbeitstreffen der Qualitätsbeauftragten sind in einer Geschäftsordnung geregelt.

Die Qualitätsbeauftragten (QB) treffen sich vierteljährlich; bei Bedarf werden zusätzliche Termine vereinbart. Die Arbeitstreffen dienen der Information über Planungen, Stand von Projekten und Ergebnissen aus fortlaufenden Erhebungen und dem Informationsaustausch der Mitglieder. Die Qualitätsbeauftragten berichten über Handlungsbedarfe und Vorschläge aus den eigenen Arbeitsbereichen.

Während der Vorbereitung auf die Zertifizierung nach JCI trafen sich die Qualitätsbeauftragten regelmäßig in der AG QPS und anderen Gremien.

Qualitätsbezogene Arbeitsgruppen

Die Entscheidung über die Form der Bearbeitung eines Qualitätsthemas richtet sich nach dessen Inhalt und Umfang. Es gibt Arbeitsgruppen, die Themen kontinuierlich bearbeiten, wie beispielsweise die Arbeitsgruppe Pflegestandard, die die Revision der vorhandenen Pflegestandards und die Entwicklung neuer Standards übernimmt. Für Einzelprojekte, wie die Reorganisation von Abläufen und/oder Aufgaben (z.B. OP, Aufnahme, Digitales Röntgen), werden spezifische Arbeitsgruppen zusammengestellt. Teilweise wird auch mit Zweipersonengruppen gearbeitet, die sich Einzelthemen annehmen und sich nach inhaltlichem Bedarf befristet erweitern.

Funktionsträger

Qualitätsmanagementbeauftragter (QMB)

Im Rahmen des o. g. Benchmarkingprojekts wurde im HEH eine Stabsstelle der Geschäftsführung eingerichtet, die die Abteilungen bei der Bearbeitung von qualitätsrelevanten Themen direkt unterstützt, die Qualitätsarbeit fördert und koordiniert und die Organisationsentwicklung aktiv unterstützt. Ein Anteil der Stabsstelle wird zur Unterstützung bei Managementaufgaben eingesetzt.

Während der Vorbereitung auf die JCI-Zertifizierung war der QMB in Projektfragen direkt dem Vorstandsvorsitzenden unterstellt.

Qualitätsbeauftragte der Abteilungen (QB)

Es ist die Aufgabe der Qualitätsbeauftragten des HEH, in ihrem Arbeitsbereich über QM-Aktivitäten des HEH zu informieren, Vorschläge für Qualitätsprojekte aufzugreifen und/oder zu entwickeln und solche Projekte zu leiten. Jeder Chefarzt, die Pflegedienstleitung und der Geschäftsführer benennen aus ihrem Zuständigkeitsbereich je einen Qualitätsbeauftragten. Die Qualitätsbeauftragten des HEH erhalten die Möglichkeit, sich entsprechend fortzubilden (EFQM-Assessor, Bundesärztekammer-Ausbildung, DIN-ISO 9000ff). Darüber hinaus sind weitere, qualifizierte Qualitätsbeauftragte benannt (z. B. Labor).

Projektleiter

Projektleiter werden themenbezogen eingesetzt.

D 4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Deutsche Krankenhäuser haben in der Regel ein Netz von qualitätssichernden Maßnahmen wie Fallbesprechungen, die schriftliche Dokumentation von Anordnungen und ausgeführten Maßnahmen, Fortbildung von Mitarbeitern, themenbezogene Kommissionen (Arzneimittel, Hämotherapie, Arbeitsschutzausschuss) und weiteres mehr.

Um Risiken zu vermindern und Fehler zu vermeiden, wird im Qualitätsmanagement der Standardisierung von Strukturen und Prozessen, den Berichtspflichten und der bereichsübergreifenden Kommunikation eine besondere Bedeutung beigemessen.

Standardisierung

Die betrieblichen Abläufe und Verfahren eines Krankenhauses müssen sicher sein. Dabei ist es wichtig, bei dem Umfang und der Menge der schriftlichen Festlegungen das richtige Maß zu finden, um den Betrieb nicht zu „übersteuern“.

Das HEH hat interne Verfahrensanweisungen, Standards, Ablaufbeschreibungen in allen Bereichen, z. B. Arztdienst, Pflegedienst, Funktionsabteilungen, Arzneimittelversorgung, Küche, Hygiene, Entsorgung.

Übergeordnete Prozesse und Richtlinien sind bspw. für

- Innerklinische Notfälle,
- Reanimationen,
- Risikopatientengruppen,
- Arzneimittelversorgung und Medikation,
- Schmerzmanagement
- Medizinische Ethik
- Dokumentation und Archivierung,
- Datenschutz

beschrieben und über Outlook-Öffentlicher Ordner einsehbar.

QM-bezogene Festlegungen und Informationen gibt es u.a. zu

- Prozesse und Anwendungen
- Komplikationen und unerwartete Ereignisse, Medikationsfehler
- Unterweisungspflichten
- Interne Audits
- Dokumentenlenkung
- Beschwerdemanagement
- Patientenbefragungen
- Betriebliches Vorschlagswesen

Informationen zu Arbeitsschutzthemen und zur Infektionsprävention und -verhütung sind in den „Grünen Ordnern“ der Abteilungen und Bereiche hinterlegt,

Die Verträge über Integrierte Versorgung, die das HEH abgeschlossen hat, beinhalten „sektorenübergreifende“ Festlegungen zum Ablauf der Behandlung; das bedeutet eine engere Vernetzung der ambulanten, stationären und nachstationären Versorgung einschließlich der Nachsorgeuntersuchungen.

Berichtspflichten

Im Jahr 2006 wurden Berichtspflichten gegenüber dem Lenkungsgremium QM, bestimmten internen Gremien und/oder dem Vorstand neu festgelegt und jahresbezogen terminiert.

Hierzu gehören:

- Int. Patientenbefragung
- Ext. Patientenbefragung (zweijährlich)
- Beschwerdemanagement
- Patientenaktenkontrolle (offene u. archivierte Akten)
- Infektionsprävention u. -kontrolle (Hygiene)
- Blut und -produkte (s. TQMH)
- Anästhesiedaten (Narkose, etc.)
- Dekubitus, Sturz
- Komplikationen und Unerwartete Ereignisse

Medikationsprozess (Fehlmedikation, unerwünschte Nebenwirkungen, Betäubungsmittel, Begehungsergebnisse)
BQS-Daten (Externe QS)
Externe medizinische Qualitätsdaten (KISS, sonstige Studien)
Sicherheits- u. Qualitätskontrollen im Labor
Sicherheits- u. Qualitätskontrollen in der Radiologie
Klinische Forschung
Organspende
Risikomanagement
Qualitätsbericht nach SGB V (alle 2 Jahre)
Öffentlichkeitsarbeit
Betriebliches Vorschlagswesen
Mitarbeiterzufriedenheit
Gebäudeschutz u -management (Sicherheit, einschl. Brandschutz)
Arbeitssicherheit, Betriebsärztliche Untersuchungen, Strahlenschutz
Erfüllung der Unterweisungspflichten
Reanimationstraining

Administrative Schwerpunkte

Beschaffung routinemäßig benötigter Materialien und Medikamente, die für die Patienten von essentieller Bedeutung sind.
Finanzmanagement
Jahresrechnungsbild
Patientenstrukturen/-diagnosen
Prüfung, Kontrolle und Verhütung von Ereignissen, die die Sicherheit von Patienten, Angehörigen u. Mitarbeitern gefährden könnten

Alle zwei Jahre wird ein **Qualitätsbericht** gemäß § 137 SGB V erstellt und veröffentlicht.

Kommunikation

Die im Abschnitt D 3 beschriebenen Strukturen bieten eine solide Basis für die innerbetriebliche Kommunikation von Qualitätsthemen des HEH. Zur weiteren Unterstützung der internen Kommunikation erhalten alle Beschäftigten vierteljährlich den „**HEH-Nachrichtenticker**“³, der in komprimierter Form über Aktuelles, einschl. Qualitätsthemen, aus dem HEH berichtet.

Als weitere Informations- und vor allem Nachschlagemöglichkeit wird der „**Öffentliche Ordner**“ (Outlook) des internen EDV-Netzes genutzt. Hier können beispielsweise die Organisationshandbücher und Standards der Bereiche, Betriebsvereinbarungen, Rundschreiben, Ergebnisse von Patientenbefragungen und anderen Untersuchungen eingesehen werden. Übergreifende Dokumente und Informationen sind im Öffentlichen Ordner in der jeweils, aktuellen Fassung hinterlegt.

Der überwiegende Teil von Verbesserungsvorschlägen entsteht bei der täglichen Arbeit in den Bereichen und wird dort aufgegriffen und bewertet. Unabhängig davon haben die Mitarbeiter die Möglichkeit, ihre Ideen über das „**Betriebliche Vorschlagswesen**“ einzubringen. Das Verfahren ist in einer Betriebsvereinbarung geregelt.

Regelmäßige Befragungen und das systematische Aufgreifen von Verbesserungsideen und Beschwerden von Patienten sind wichtige Instrumente der patientenbezogenen Kommunikation des Qualitätsmanagements. Das HEH führt **kontinuierlich interne und** im Abstand von zwei Jahren **externe Patientenbefragungen** durch. Die Befragungsergebnisse werden den Beschäftigten direkt zugänglich gemacht und die Optimierungshinweise bearbeitet.

³ Der HEH-Nachrichtenticker entstand auf Basis der Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung. Die Mitarbeiter wünschten mehr aktuelle und bereichsübergreifende Informationen aus dem betrieblichen Geschehen.

Auf den Fragebögen unserer internen Befragung haben die Patienten die Möglichkeit auch frei formuliert zu schreiben, was ihnen gefallen/missfallen hat und welche Verbesserungsvorschläge sie haben. Diesen Anregungen wird nachgegangen und die Patienten erhalten eine schriftliche Antwort des HEH. Die Umsetzung solcher Anregungen hat zu sinnvollen Verbesserungen im Patientenalltag geführt.

D 5 Qualitätsmanagement-Projekte

Das zentrale Qualitätsmanagement-Projekt im Jahr 2006 war die **Vorbereitung auf die Zertifizierung nach den internationalen Qualitätsstandards für Krankenhäuser der Joint Commission International Accreditation (JCI)**.

Zur Projektsteuerung wurden Projektleitung, -koordinator und Zertifizierungsausschuss benannt. Nach Einführungsveranstaltungen für die Mitarbeiter wurden zehn abteilungs- und berufsgruppenübergreifende Arbeitsgruppen mit dem Auftrag gebildet, zunächst zu prüfen, inwieweit das HEH die Qualitätsstandards der JCI (Qualitätsziele, messbare Elemente) erfüllt, um dann die notwendigen Korrekturen und Verbesserungen einzuleiten. Die Themen der Arbeitsgruppen entsprachen den Abschnitten des JCI-Anforderungskatalogs (s. Abschnitt D 2). Nachdem die Ergebnisse und Umsetzungen der Arbeitsgruppen vorlagen, unterstützte eine HEH-„Task Force“ vor allem die Durchdringung der Neuerungen im Betrieb. Um die Bearbeitung der Qualitätsstandards zielgerecht zu fördern, wurden außerdem im Lauf des Jahres drei externe Überprüfungen des Gesamtsystems durchgeführt (Systemaudits).

Das Projekt wurde im März 2007 erfolgreich mit der Zertifizierung nach JCI abgeschlossen.

Selbstverständlich wurden begonnene Projekte fortgeführt oder abgeschlossen. Beispielhaft sei hier das PACS-Projekt erwähnt. 2004 sondierte eine Arbeitsgruppe die Rahmenbedingungen für die Einführung der **digitalen Röntgentechnik und des dazugehörigen Kommunikations- und Archivierungssystems**. 2006 begann die letzte Projektphase mit der Installation der digitalen Röntgentechnik und des neuen Röntgen-Archivierungssystems.

Außerdem ist das Projekt zur Entwicklung und Einführung eines **innovativen Wartungssystems für OP-Instrumentarium** nennen.

D 6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Im Sinne des PDCA-Zyklus (Planen-Umsetzen-Kontrollieren-Korrigieren) sind systematische Prüfungen und Bewertungen notwendig, um Qualität zu sichern und gezielt Verbesserungen einführen zu können. Seit 2006 bildet der Anforderungskatalog der Joint Commission International (JCI) die Basis des HEH für die interne, systematische Erfassung von Verbesserungspotenzialen.

Durch die Vorbereitung auf die Zertifizierung nach JCI stand im Jahr 2006 das intensive Prüfen, Korrigieren oder neu Planen und Umsetzen des gesamten Unternehmens im Vordergrund:

Externe Überprüfungen nach den Qualitätsstandards der JCI

2006 wurden drei System-Audits durch einen externen Dienstleister durchgeführt, bei denen alle Bereiche des HEH nach den Qualitätsstandards der JCI begutachtet und anschließend Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet wurden.

Interne Überprüfung der Qualitätsstandards der JCI

Die Arbeitsgruppen und die Projektsteuerung bewerteten fortlaufend die Erfüllung der Standards und setzten notwendige Korrekturen um.

Berichtspflichten

Im Jahr 2006 wurden Berichtspflichten gegenüber dem Lenkungsgremium QM, bestimmten internen Gremien und/oder dem Vorstand neu festgelegt (s. Abschnitt D 4), die die Kontinuität der internen Bewertungen sichern.

Bewertungen von Qualität erfolgen im Krankenhaus in vielfältiger Form. Diese können sich direkt auf die individuelle Behandlung, die Abteilungsebene oder das Gesamtsystem beziehen, themenspezifisch, fachbezogen oder fachübergreifend sein. Um dies nachvollziehbarer zu machen, sollen hier einige Beispiele aufgeführt werden:

So dienen die klassischen **Visiten und Fallbesprechungen** unter anderem der qualitativen Bewertung des Behandlungsverlaufs und der daraus folgenden, individuellen Anpassung der therapeutischen Maßnahmen. Das Auswerten von **Komplikationen und unerwarteten Ereignissen** zeigt – unabhängig von dem einzelnen Patienten – kritische Punkte in Behandlungskonzepten auf. Solche Daten werden analysiert und bewertet, um faktengestützt Qualität verbessern zu können.

Patientenbefragungen

Patientenbefragungen geben Aufschluss darüber, wie Patienten einzelne Leistungen der Einrichtung und das Krankenhaus insgesamt bewerten.

Das HEH führt **kontinuierlich interne Patientenbefragungen** mit einem teilstandardisierten Kurzfragebogen durch. Die Ergebnisse werden betriebsintern bekannt gegeben und abteilungsbezogen erörtert. Die Ergebnisse der internen Patientenbefragung 2006 bestätigten die sehr guten Ergebnisse der letzten externen Befragung im Jahr 2005.

Im Abstand von zwei Jahren führt das HEH zeitgleich mit anderen Krankenhäusern und identischen Fragebögen eine „**Externe Patientenbefragungen**“ durch. Die beteiligten Krankenhäuser haben in den Vorjahren ihre Qualität kontinuierlich verbessert. Die Gesellschaft für Forschung und Beratung wertet die Bögen aus und stellt vergleichende Auswertungen zur Verfügung. Im Sinne eines **Benchmarkings** wird zu jeder Frage auch die Einrichtung genannt, die den besten Wert erreicht hat. Das sichert den Beteiligten die Möglichkeit, von Häusern mit hervorragenden Lösungen zu lernen.

BQS – Externe Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

Die nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser sind verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V zu beteiligen. Hierzu legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Leistungsbereiche fest. Für diese Leistungsbereiche müssen diese Krankenhäuser Daten nach einer standardisierten Abfrage an eine auswertende, zentrale Einrichtung senden. Für den Qualitätsbericht 2006 hat der G-BA Festlegungen getroffen, welche Ergebnisse zu veröffentlichen sind (s. Abschnitt C).

Das Verfahren wurde deutlich verbessert und die Indikatoren und Datenqualität kontinuierlich weiterentwickelt. Es ist aber weiterhin problembehaftet, so dass wir die Ergebnisse intern zur Kenntnis nehmen und analysieren, aber auf dieser Datenbasis externe Vergleiche von Krankenhäusern nicht empfehlen können.

Die Daten der Externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (in der Folge BQS-Daten genannt) erzeugen das Bild einer Korrektheit und Vergleichbarkeit, die mit der hier geforderten Genauigkeit nicht gegeben ist. Das Erfassungssystem ist weiterhin strategiefähig, weil sich durch unzureichende Akteneinsicht, Kodierungsmängel, fehlende Detailkenntnisse der Ausfüllhinweise oder auch durch interne Ausfüllvorgaben u. w. m. die „Qualität“ der Behandlungen verändert bzw. verändern lässt. So werden beispielsweise bei einigen operativen Eingriffen sehr niedrige Komplikationsraten in den BQS-Daten ausgewiesen, die in kontrollierten Studien nicht erreicht bzw. in der Fachliteratur deutlich höher beschrieben werden. Des Weiteren behindern Fachgruppen- und politische Interessen die Entwicklung.

Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS)

Das HEH beteiligt sich seit dem Jahr 2000 an einem nationalen Projekt zur Erfassung von krankenhauserworbenen (nosokomialen) Infektionen. Das KISS-Projekt wurde auf Initiative des Robert-Koch-Instituts und des Nationalen Referenzzentrums für Krankenhaushygiene gestartet. Die beteiligten Häuser dokumentieren standardisiert ihre hauseigene Situation und können sich dann mit bundesweiten Ergebnissen vergleichen, ihr Infektionsniveau einordnen und – wenn nötig – Verbesserungen einleiten.

Von 2000 bis 2004 wurden die Wundinfektionen bei Hüftendoprothesen-Operationen systematisch erfasst. Da die Jahres-Wundinfektionsrate des HEH seit 2003 fortlaufend deutlich unter der standardisierten Wundinfektionsrate lag, werden seit dem 2. Hj. 2004 die Knieendoprothesen-Operationen mit „OP-KISS“ erfasst, um auch für diesen Haupteingriff Benchmarkwerte zu erhalten. In der Chirurgie werden seit 2004 die Schilddrüsenoperationen als Indikator-OP verwendet.

Seit Aug. 2006 wird das Modul „ITS-KISS“ (beatmungsassoziierte Lungenentzündungen, Harnwegkatheter-assoziierte Harnwegsinfektionen und zentrale Venenkatheter-assoziierte Sepsen) bei internistischen Patienten auf der Intensivstation eingesetzt.

Qualitätssicherungsmaßnahme Kolorektale Karzinome (Enddarmkrebs)

Die Chirurgie des HEH nimmt seit Juni 2003 an der Qualitätssicherungsmaßnahme des Konvents der Ltd. Krankenhausärzte und der Dt. Gesellschaft für Chirurgie teil. In diesem Projekt werden alle Fälle eines kolorektalen Karzinoms nach wissenschaftlichen Kriterien dokumentiert und fünf Jahre in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt nachbeobachtet. Bei der kolorektalen Karzinomchirurgie ist der Einfluss des Chirurgen auf das Langzeitergebnis wissenschaftlich belegt. Die teilnehmenden Krankenhäuser dokumentieren mit standardisierten Erhebungsbögen und müssen einen Nachweis erbringen, dass sie ihre kolorektalen Karzinomoperationen vollständig erfassen und melden. Das Institut für Qualitätssicherung in der operativen Medizin in Magdeburg fragt die Folgedaten über fünf Jahre jährlich bei den weiterbehandelnden Hausärzten ab.

Qualitätssicherungsstudie Operative Therapie der Adipositas

Die Chirurgie des HEH nimmt seit 2005 an der o.g. Qualitätssicherungsstudie der Dt. Gesellschaft für Chirurgie der Adipositas, Dt. Gesellschaft für Chirurgie und Dt. Gesellschaft für Visceralchirurgie teil.

Dekubitus

Ein Dekubitus ist eine durch Druck entstandene Wunde der Haut und des darunter liegenden Gewebes. Der Pflegedienst erfasst seit Januar 2004⁴ die Zahl der Patienten mit einem Druckgeschwür (Grad 2 bis 4), um die Vorbeugung und die Behandlung von Dekubiti im HEH datenbasiert kontinuierlich zu verbessern. Auf Basis der Ergebnisse einer zusätzlichen Patientenaktenauswertung der Dekubiti in der Orthopädie des Jahres 2004 wurden Veränderungen in der Vorbeugung eingeleitet. Die Daten aus 2005 und 2006 zeigten eine deutliche Verbesserung.

Die hohe Variationsbreite der Inzidenzraten aus nationalen und internationalen Erhebungen lässt einen direkten Vergleich der Dekubitusinzidenz zur Zeit noch fragwürdig erscheinen. Die Rate der während des Krankenhausaufenthaltes neu auftretenden Druckgeschwüre lag in allen Abteilungen unter den von uns verwendeten Vergleichswerten.

Stürze

Seit Sep. 2006 werden – in Anlehnung an den nationalen Standard zur Sturzprophylaxe – Stürze von Patienten systematisch erfasst und ausgewertet.

⁴ Im Vorjahr war der nationale Standard zur Dekubitusprophylaxe verabschiedet worden. Das HEH hat seine Maßnahmen entsprechend angepasst.

Schwerpunktprüfung des internen Kontrollsystems (IKS)

Der Vorstand lässt jährlich einen Bereich und/oder Arbeitsgebiete der Verwaltung über die gesetzlichen Vorgaben hinaus extern prüfen. 2006 wurde die Organisation und Abwicklung des Zahlungsverkehrs und Beschaffungswesens und die Eingruppierung der Mitarbeiter geprüft.

Weitere Maßnahmen

Bei den bisher beschriebenen Beispielen handelt es sich mit Ausnahme der BQS-Daten um Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -entwicklung des HEH, die nicht vorgeschrieben sind. **Ein anderer Teil der externen Qualitätsbewertungen erfolgt regelmäßig durch Aufsichtsbehörden.** Hierzu einige Beispiele:

Die Krankenhaushygiene wird von den Gesundheitsämtern überprüft. Die Küche wird vom Gewerbeaufsichtsamt kontrolliert. Der TÜV kontrolliert mit sicherheits- und messtechnischen Kontrollen die eingesetzte Medizintechnik und die Anlagen der Haustechnik. Im Laborbereich sind regelmäßig externe Qualitätskontrollen durchzuführen (Ringversuche). Bei den Begehungen durch die Feuerwehr wird der Brandschutz bewertet.

Die Arbeitssicherheit hat einen hohen Stellenwert im HEH. Der Aufsichtsbeamte der zuständigen Berufsgenossenschaft wird aktiv eingebunden und bei arbeitssicherheitsrelevanten Planungen und Änderungen konsultiert.

Im Bereich der Krankenhausverwaltung finden externe, qualitative Prüfungen statt. Der Jahresabschluss muss durch einen Wirtschaftsprüfer geprüft und bestätigt werden. Durch staatliche Behörden werden regelmäßig u.a. Sozialversicherungs-, Lohnsteuer-, Gemeinnützigkeitsprüfungen usw. durchgeführt.

Der „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ begutachtet im Auftrag der Krankenkassen medizinische Leistungen des Krankenhauses.

Impressum:

Herausgeber: Herzogin-Elisabeth-Hospital, Braunschweig
Redaktion: R.Schena

Herzogin-Elisabeth-Hospital
Leipziger Str. 24
38124 Braunschweig
Fon: 0531 - 699 - 4020
Fax: 0531 - 699 - 4090
E-Mail: r.schena@heh-bs.de
Internet: www.heh-bs.de

© Herzogin-Elisabeth-Hospital, Braunschweig, 2007