

Von den Besten lernen, zu den Besten gehören

Jahresbericht zur Qualitätssicherung 2011



CLINOTEL-Krankenhausverbund

Berichte der Mitgliedshäuser

Projekte im Verbund

Zahlen | Daten | Fakten

Oscar Wilde
Schriftsteller

**Das Durchschnittliche
gibt der Welt ihren Bestand,
das Außergewöhnliche
ihren Wert.**



Von den Besten lernen, zu den Besten gehören

Jahresbericht zur Qualitätssicherung 2011

CLINOTEL-Krankenhausverbund

Berichte der Mitgliedshäuser

Projekte im Verbund

Zahlen | Daten | Fakten

»Das Durchschnittliche gibt der Welt ihren Bestand, ...

... das Außergewöhnliche ihren Wert.«

Im Jahr 2010 hat sich der CLINOTEL-Krankenhausverbund erneut äußerst positiv weiterentwickelt. Neben dem Beitritt von fünf guten und innovativen Mitgliedskrankenhäusern gab es auch in diesem Berichtsjahr einige inhaltliche Höhepunkte, welche die weitere Verbesserung der Qualität in den angeschlossenen Mitgliedshäusern zum Ziel hatte.

Im Kernprozess »Qualitätssicherung mit Routinedaten« gab es mit der Einführung standardisierter Sterblichkeitsraten eine interessante Neuentwicklung. Erstmals können bei häufig vorkommenden Krankheitsbildern (zum Beispiel Hirninfarkt, Myokardinfarkt) die Sterblichkeitsraten risikoadjustiert dargestellt und so die Unterschiede des jeweiligen Patientenguts in die Betrachtungen einbezogen werden.

Im Bereich der CLINOTEL-Auditverfahren wurden im Jahr 2010 insgesamt vier neue Verfahren eingeführt. Neben den Bereichsaudits Notaufnahme und Psychiatrie wurden erstmals auch sogenannte Prozessaudits eingeführt. Diese neuen Prozessaudits »Akuter Ischämischer Schlaganfall« und »Akutes Koronarsyndrom« bieten den Mitgliedshäusern die Möglichkeit, die konkreten Prozesse einer externen Analyse zu unterziehen und so Verbesserungspotenziale gezielt herauszuarbeiten.

In besonderer Weise haben sich im Jahr 2010 die medizinischen Fachgruppen im CLINOTEL-Verbund entwickelt. Insgesamt elf medizinische Fachgruppen haben sich mittlerweile etabliert. Dort finden eine Reihe von Aktivitäten statt, so zum Beispiel die Formulierung gemeinsamer Ziele zur Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität. Das »Voneinander Lernen« wird in diesen Fachgruppen intensiv gelebt, da man offen miteinander reden kann. Durch den Gebietschutz im Verbund besteht zwischen den jeweiligen Fachabteilungen kein Wettbewerb um Patienten, sodass die gegenseitige Stärkung durch Wissenstransfer erfolgt.

Der Bericht ist in drei Bereiche unterteilt. Der erste Berichtsteil bietet die Möglichkeit, sich über die Maßnahmen zur Qualitätssicherung jedes einzelnen Mitgliedshauses im Berichtsjahr zu informieren.

Der zweite Berichtsteil stellt die CLINOTEL-Projekte dar, welche die Geschäftsstelle gemeinsam mit den Mitgliedshäusern im Berichtsjahr umgesetzt hat. Hier werden Sie eine Reihe von weiteren Entwicklungen feststellen, die der Verbund erfolgreich umsetzen konnte. Die Einrichtung von zehn medizinischen Fachgruppen bietet den Führungskräften der Mitgliedshäuser nun die Plattform zum direkten Wissenstransfer. Im letzten Abschnitt dieses zweiten Berichtsteils werden auch in diesem Berichtsjahr Daten zur Ergebnisqualität einzelner Mitgliedshäuser und des gesamten Verbundes veröffentlicht. Diese Daten stehen der Öffentlichkeit in dieser Form unter konkreter Nennung der einzelnen Mitgliedshäuser, der jeweiligen Referenzwerte und auch im Vergleich zwischen den Mitgliedshäusern sonst nicht zur Verfügung, sodass hiermit ein weiterer wichtiger Schritt hin zu mehr Transparenz für die Öffentlichkeit gegangen wird.

Die Medizinische Qualität steht im Mittelpunkt der Aktivitäten des CLINOTEL-Krankenhausverbundes und seiner Mitgliedshäuser



Ganz bewusst veröffentlichen wir in diesem Bericht alle Daten und nicht nur solche mit ausschließlich positiven Ergebnissen. Die Darstellung auch solcher Werte, die noch Verbesserungspotenziale bergen, soll deutlich machen, dass in allen Mitgliedshäusern der Wunsch nach kontinuierlicher Verbesserung besteht, denn die Veröffentlichung erzeugt einen gewollten Druck in den angeschlossenen Mitgliedshäusern, dem wir uns zum Wohl unserer Patienten stellen. Der Vergleich innerhalb unseres Verbundes bietet die Möglichkeit, eigene Daten einzuordnen und das Wissen um die beste Praxis miteinander auszutauschen. So wurden auch die Daten der externen stationären Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (EQS G-BA) verbundintern im Berichtsjahr erneut zu einer strukturierten Analyse zur Ermittlung der besten Praxis bei den jeweiligen Behandlungsbereichen genutzt. Die Erkenntnisse stellen wir der interessierten Öffentlichkeit im Bericht vor und schaffen intern die Möglichkeit voneinander zu lernen.

Im dritten Berichtsteil werden verschiedene Leistungs- und Strukturdaten einzelner Mitgliedshäuser und des gesamten Verbundes dargestellt. Diese Daten sollen es dem Leser ermöglichen, sich über strukturierte Qualitätssicherungsmaßnahmen (zum Beispiel Zertifizierungen), Ausbildungsstände, Ausstattung mit Großgeräten, Weiterbildungsbefugnisse der Ärzte sowie die Fallzahlen der Mitgliedshäuser zu informieren.

Als öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser beziehungsweise als gemeinnütziger Verbund verfolgen wir das Ziel einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung als Selbstzweck ohne Gewinnerzielungsabsicht. Die Darstellungen in diesem Bericht machen deutlich, dass Qualitätssicherung und das Streben nach kontinuierlicher Verbesserung einen hohen Stellenwert in unserem Verbund haben. Die gemeinsame Qualitätspolitik basiert auf einem gelebten Verständnis und den konkret umgesetzten Maßnahmen der einzelnen Mitgliedshäuser und des gesamten Verbundes. Mit diesem Bericht möchten wir unsere Aktivitäten transparent und verständlich für die Öffentlichkeit darstellen.

Köln, im Juni 2011

Prof. Dr. med. Andreas Becker
Geschäftsführer

Udo Beck
Geschäftsführer

Inhalt

- 08 CLINOTEL-Mitgliedshäuser
- 10 Hinweise zum Bericht
- 11 Der CLINOTEL-Krankenhausverbund
- 12 CLINOTEL-Qualitätspolitik
- 14 Glossar

06

07

Teil 1

Berichte der Mitgliedshäuser

- 18 Altötting-Burghausen
- 20 Bochum
- 22 Brandenburg
- 24 Cloppenburg | KKOM
- 26 Emstek | KKOM
- 27 Vechta | KKOM
- 30 Cottbus
- 32 Emden
- 34 Emsdetten | ckt.
Greven | ckt.
Steinfurt | ckt.
- 36 Essen
- 38 Gütersloh
- 40 Ingolstadt
- 42 Kempen
- 44 Koblenz
- 46 Landshut | La.KUMed
- 48 Vilsbiburg | La.KUMed
- 50 Lörrach
- 52 Lünen
- 54 Moers
- 56 Neuruppin
- 58 Oberhausen
- 60 Pirmasens
- 62 Speyer
- 64 Strausberg
- 66 Werne
- 68 Würzburg

Teil 2

Aktivitäten zur Qualitätssicherung

- 72 Das CLINOTEL-Qualitätskonzept
- 74 Instrumente zur Qualitätsentwicklung
- 74 QSR – Qualitätssicherung mit Routinedaten
- 79 Auditverfahren
- 81 Meldesystem Transfusionsmedizin
- 84 Externe stationäre Qualitätssicherung
- 86 Fachgruppen

- 89 Darstellung der Ergebnisse 2010
- 89 Allgemein- und Viszeralchirurgie
- 91 Anästhesie und Intensivmedizin
- 94 Gefäßchirurgie
- 96 Gynäkologie und Geburtshilfe
- 100 Kardiologie
- 103 Pneumologie
- 104 Gastroenterologie
- 105 Neurologie
- 108 Orthopädie und Unfallchirurgie
- 111 Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
- 113 Urologie
- 115 Operationsbereich
- 117 Notaufnahme
- 119 Transfusionsmedizin
- 122 Pflegedienst
- 126 Qualitätsmanagement
- 128 Zusammenfassung und Ausblick

- 130 Externe stationäre Qualitätssicherung
- 130 Grundlagen des Verfahrens
- 138 EQS G-BA Ergebnisse 2009
- 176 Erläuterungen der Mitgliedshäuser

274 Impressum

275 Kontakt



Teil 3

Zahlen | Daten | Fakten

- 188 Akkreditierungen, Zertifizierungen
und Qualitätssicherungsmaßnahmen
 - 188 Übersicht zu Akkreditierungen, Zertifizierungen
 - 198 Übersicht zu Qualitätssicherungsmaßnahmen

 - 224 Personalkennzahlen
 - 224 Anzahl der Mitarbeiter nach Dienstarten
 - 225 Facharztquote im CLINOTEL-Krankenhausverbund
 - 226 Ausbildungsstände im Pflege- und Funktionsdienst
 - 228 Weiterbildungsbefugnisse

 - 266 Apparative Ausstattung mit Großgeräten
 - 268 Fallzahlen der Mitgliedshäuser
 - 270 Fachabteilungen und Betten
im CLINOTEL-Krankenhausverbund
-

Mitgliedshäuser im CLINOTEL-Krankenhausverbund

08
09



Kreisklinik Altötting
Vinzenz-von-Paul-Straße 10
84503 Altötting | Telefon: 08671
509-0 | www.diekreiskliniken.de



Martin-Luther-Krankenhaus gGmbH
Wattenscheid | Voedestraße 79
44866 Bochum | Telefon: 02327 65-0
www.martin-luther-krankenhaus-bo.de



Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH | Hochstraße 29 | 14770 Brandenburg a.d. Havel | Telefon: 03381 41-10
www.klinikum-brandenburg.de



Kreisklinik Burghausen
Krankenhausstraße 1 | 84489 Burghausen | Telefon: 08677 880-0
www.diekreiskliniken.de



St. Josefs-Hospital Cloppenburg
Krankenhausstraße 13 | 49661 Cloppenburg | Telefon: 04471 16-0
www.krankenhaus-cloppenburg.de



Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH
Thiemstraße 111 | 03048 Cottbus
Telefon: 0335 46-0
www.ctk.de



Klinikum Emden gGmbH
Bolardusstraße 20 | 26721 Emden
Telefon: 04921 98-0
www.klinikum-emden.de



Marienhospital Emsdetten GmbH
Marienstraße 45 | 48282 Emsdetten
Telefon: 02572 830-0
www.marienhospital-emsdetten.de



St. Antonius-Stift Emstek
Antoniusstraße 28 | 49685 Emstek
Telefon: 04473 83-0
www.krankenhaus-emstek.de



Katholische Kliniken Ruhrhalbinsel gGmbH
Heidbergweg 22-24 | 45257 Essen
Telefon: 0201 455-0 | www.kkrh.de



Maria-Josef-Hospital Greven GmbH
Lindenstraße 29 | 48268 Greven
Telefon: 02571 502-0
www.maria-josef-hospital.de



Klinikum Gütersloh gGmbH
Reckenberger Straße 19
33332 Gütersloh | Telefon: 05241
83-00 | www.klinikum-guetersloh.de



Klinikum Ingolstadt GmbH
Krumenauerstraße 25 | 85049 Ingolstadt | Telefon: 0841 880-0
www.klinikum-ingolstadt.de



Hospital zum Heiligen Geist GmbH
Von-Broichhausen-Allee 1 | 47906 Kempen | Telefon: 02152 142-0
www.krankenhaus-kempen.de



Stiftungsklinikum Mittelrhein GmbH
Johannes-Müller-Straße 7
56068 Koblenz | Telefon: 0261 137-0
www.stiftungsklinikum.de



Krankenhaus Landshut-Achdorf
Achdorfer Weg 3 | 84036 Landshut
Telefon: 0871 404-0
www.lakumed.de



Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH | Spitalstraße 25
79539 Lörrach | Telefon: 07621 416-0
www.klinloe.de



Klinikum Lünen – St.-Marien-Hospital
Altstadtstraße 23 | 44534 Lünen
Telefon: 02306 77-0
www.klinikum-luenen.de



St. Josef Krankenhaus GmbH Moers
Asberger Straße 4 | 47441 Moers
Telefon: 02841 107-1
www.st-josef-moers.de



Ruppiner Kliniken GmbH
Fehrbelliner Straße 38 | 16816
Neuruppin | Telefon: 03391 39-0
www.ruppiner-kliniken.de



St. Clemens Hospitale Sterkrade GmbH | Wilhelmstraße 34 | 46145
Oberhausen | Telefon: 0208 695-0
www.clemenshospitale.de



Städtisches Krankenhaus Pirmasens gGmbH | Pettenkofer-
straße 22 | 66955 Pirmasens | Telefon:
06331 714-0 | www.kh-pirmasens.de



Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer gGmbH | Hilgardstraße 26
67346 Speyer | Telefon: 06232 22-0
www.diakonissen.de



Marienhospital Steinfurt GmbH
Mauritiusstraße 5 | 48565 Steinfurt
Telefon: 02552 79-0
www.marienhospital-steinfurt.de



Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH | Prötzeler Chaussee 5
15344 Strausberg | Telefon: 03341
52-0 | www.krankenhaus-mol.de



St. Marienhospital Vechta
Marienstraße 6-8
49377 Vechta | Telefon: 04441 99-0
www.marienhospital-vechta.de



Krankenhaus Vilsbiburg
Krankenhausstraße 2 | 84137 Vilsbiburg
Telefon: 08741 60-0
www.lakumed.de



St. Christophorus-Krankenhaus GmbH | Goetheweg 34 | 59368 Werne
Telefon: 02389 787-0
www.krankenhaus-werne.de



Juliusspital Würzburg
Juliuspromenade 19 | 97070 Würzburg
Telefon: 0931 393-0
www.juliusspital.de

Hinweise zum Bericht

Der Bericht erfolgt für 29 Mitgliedshäuser, die zum Stichtag 31.12.2010 dem CLINOTEL-Krankenhausverbund angehörten. Die Mitgliedshäuser werden in einigen Bereichen dieses Berichtes mit den Stadtnamen ihres Krankenhausstandortes abgekürzt, mit folgender Zuordnung:

Altötting	Kreisklinik Altötting
Bochum	Martin-Luther-Krankenhaus gGmbH Wattenscheid
Brandenburg	Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH
Burghausen	Kreisklinik Burghausen
Cloppenburg	St.-Josefs-Hospital Cloppenburg
Cottbus	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH
Emden	Klinikum Emden gGmbH
Emsdetten	Marienhospital Emsdetten GmbH
Emstek	St. Antonius-Stift Emstek
Essen	Katholische Kliniken Ruhrhalbinsel gGmbH
Greven	Maria-Josef-Hospital Greven GmbH
Gütersloh	Klinikum Gütersloh gGmbH
Ingolstadt	Klinikum Ingolstadt GmbH
Kempen	Hospital zum Heiligen Geist GmbH
Koblenz	Stiftungsklinikum Mittelrhein GmbH
Landshut	Krankenhaus Landshut-Achdorf
Lörrach	Kliniken des Landkreises Lörrach
Lünen	Klinikum Lünen – St.-Marien-Hospital GmbH
Moers	St. Josef Krankenhaus GmbH Moers
Neuruppin	Ruppiner Kliniken GmbH
Oberhausen	St. Clemens Hospitale Sterkrade GmbH
Pirmasens	Städtisches Krankenhaus Pirmasens gGmbH
Speyer	Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer gGmbH
Steinfurt	Marienhospital Steinfurt gGmbH
Strausberg	Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH
Vechta	St. Marienhospital Vechta
Vilsbiburg	Krankenhaus Vilsbiburg
Werne	St. Christophorus-Krankenhaus GmbH
Würzburg	Juliusspital Würzburg

Die Reihenfolge der Mitgliedshäuser im ersten Teil dieses Berichtes sowie die Darstellung in Tabellen orientieren sich an dieser alphabetischen Reihenfolge der Krankenhausstandorte, auch dann, wenn die Krankenhausnamen ausgeschrieben sind. An manchen Stellen des Berichtes, wo mehrere Krankenhäuser eines regionalen Verbundes aufgeführt sind, können unmittelbar nach dem ersten Krankenhausstandort weitere Krankenhäuser dieses Verbundes aufgeführt sein.

Dort, wo aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Form gewählt wurde, gelten sämtliche Ausführungen selbstverständlich in gleicher Weise für die geschätzten Leserinnen dieses Berichtes.

CLINOTEL-Qualitätspolitik

Die Geschäftsführer beziehungsweise Verwaltungsdirektoren haben am 29.11.2007 die nachfolgende gemeinsame Qualitätspolitik für den CLINOTEL-Krankenhausverbund verabschiedet:

Die Mitglieder des CLINOTEL-Krankenhausverbundes haben einen besonders hohen Anspruch an die Qualität der Patientenversorgung. Diesem Anspruch liegt ein gemeinsames Qualitätsverständnis der Patientenversorgung zugrunde, das sich auch in der Qualitätspolitik der einzelnen Mitgliedshäuser widerspiegelt und unserem Leitbild »Von den Besten lernen, zu den Besten gehören« entspricht.

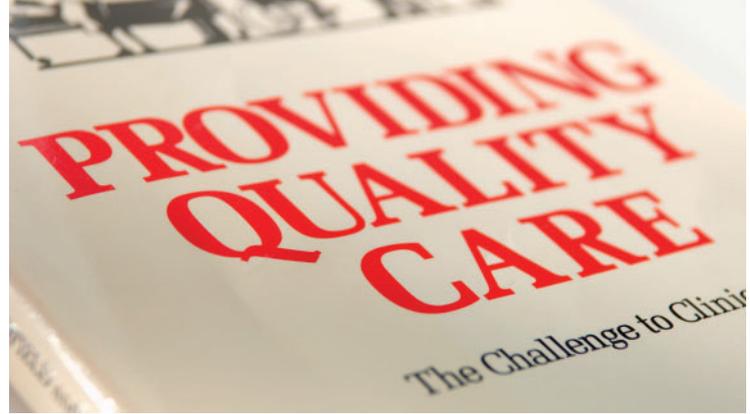
Wir verstehen Qualität

... in ihren verschiedenen Dimensionen. Dies bedeutet eine angemessene Patientenversorgung in Übereinstimmung mit dem aktuellen medizinischen Wissen und der besten verfügbaren Praxis. Die individuellen Wertvorstellungen und Erwartungen der Patienten sind zu berücksichtigen als Ausdruck der Achtung vor dem Individuum und als Grundvoraussetzung zur Erfüllung der an uns gestellten Erwartungen. Ärztliche und pflegerische Leistungen müssen unter besonderer Berücksichtigung der Patientensicherheit erbracht werden, die Vermeidung von Schaden hat höchste Priorität.

Wir leben Qualität

... durch kontinuierliches Streben nach Verbesserung. Dazu gehen wir den Ursachen auf den Grund, um die Fakten herauszufinden, die uns zu korrekten Entscheidungen befähigen. Wir pflegen eine umfassende interne und externe Transparenz durch offenen Umgang mit Qualitätsdaten innerhalb des Verbundes und durch die Veröffentlichung in einem gemeinsamen Qualitätsbericht.

Damit erfüllen wir die zunehmende Forderung nach Transparenz durch Patienten, Patientenorganisationen, Politik und Gesellschaft, Kostenträger und Versicherte und beweisen unsere Wettbewerbsfähigkeit auf regionaler und nationaler Ebene.



Wir arbeiten an Qualität

... durch Einsatz von Instrumenten des Qualitätsmanagements. Auditierungsverfahren geben Hinweise zur Standortbestimmung sowie Empfehlungen zur Verbesserung und überprüfen die Umsetzung. Die Ergebnisqualität hat einen besonderen Stellenwert, daher messen wir sie und stellen die Informationen so zur Verfügung, dass sie bewertet und Maßnahmen abgeleitet werden können.

Hierbei legen wir großen Wert darauf, dass sich die Ergebnisgrößen in die Unternehmenssteuerung integrieren lassen und einen kontinuierlichen Benchmarking-Prozess unterstützen. Wir nehmen teil an allen Verfahren der Qualitätssicherung, die der Gesetzgeber fordert, und darüber hinaus auch an freiwilligen Verfahren, die uns relevante Erkenntnisse vermitteln.

Aus diesem Selbstverständnis

... heraus gehen die Geschäftsführungen der Mitgliedskrankenhäuser die Selbstverpflichtung ein, die Qualität der Dienstleistungen im Mittelpunkt des unternehmerischen Denkens und Handelns zu sehen. Wirkliche Qualitätsentwicklung erfordert die Formulierung von Zielgrößen, an denen wir uns messen und die eine Evaluation unserer Aktivitäten ermöglichen. Wir werden daher das Qualitätsbewusstsein und andere Verfahren des Qualitätsmanagements zum Nutzen der sich uns anvertrauenden Menschen weiterentwickeln und fördern. Dabei gehen wir sach- und zielorientiert unter angemessener Einbeziehung der erforderlichen professionsspezifischen Expertise vor.

Professionsspezifische Interessen werden hierbei nicht berücksichtigt. Wir verstehen und vermitteln, dass Qualität nicht »hereinkontrolliert« werden kann, sondern nur in Prozessen entsteht, die von vornherein auf Qualität ausgerichtet sind. Dies erfordert eine ganzheitliche Betrachtung der Behandlungsabläufe und ihrer Ergebnisse, die sich an den Patienten und nicht an organisatorischen Grenzen des Krankenhauses orientieren.



Glossar

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality (Amerikanisches Institut für Qualität im Gesundheitswesen)
BDA	Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V.
BG	Berufsgenossenschaft
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BRK	Bayerisches Rotes Kreuz
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH
CT	Computertomograph
CIRS	Critical Incident Reporting System (Berichtssystem zur anonymen Meldung von kritischen Ereignissen)
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
DDG	Deutsche Diabetes-Gesellschaft e.V.
DGAI	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.
DGG	Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin
DGGP	Deutsche Gesellschaft für Gesundheits- und Pflegewissenschaft mbH
DGSM	Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.
DNGfK	Deutsches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser e.V.
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DPWV	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.
DRG	Diagnosis Related Groups (Fallpauschalen für die Vergütung von Krankenhausleistungen)
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EFQM	European Foundation for Quality Management (Europäische Stiftung für Qualitätsmanagement)
ERCP	Endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikographie
ESWL	Extrakorporale Stoßwellen-Lithotrypsie
FG	Fachgruppe
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Point (Vorbeugendes System zur Gewährleistung der Sicherheit von Lebensmitteln und Verbrauchern)
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
IBF	Innerbetriebliche Fortbildung

IMRT	Intensitätsmodulierte Strahlentherapie
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
ISO	International Organization for Standardization (Institution zur internationalen Koordination von Normung)
IT	Informationstechnik (oft als Synonym für EDV)
ITS	Intensivstation
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Amerikanische Organisation zur Erhöhung der Sicherheit und Qualität medizinischer Leistungen)
KH	Krankenhaus
KIS	Krankenhaus-Informationssystem
KKH	Kreiskrankenhaus
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LQS	Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
MAV	Mitarbeitervertretung
MRT	Magnetresonanztomograph
MRSA	Multi-resistenter Staphylococcus aureus
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NMR	Nuclear Magnetic Resonance (Magnetresonanztomograph)
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
pCC	proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft
PCR	Polymerase Chain Reaction (Polymerase-Kettenreaktion)
PEG	Perkutane Endoskopische Gastrostomie (Maßnahme im Rahmen einer künstlichen Ernährung)
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
QM	Qualitätsmanagement
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragter
QSR	Qualitätssicherung mit Routinedaten
RKI	Robert Koch-Institut
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
Screening	Ein auf bestimmte Suchkriterien ausgerichtetes Testverfahren
SE	Sentinel Event (Sehr seltenes und schwerwiegendes Ereignis im Rahmen einer Behandlung. Ein solches Ereignis muss immer auf seine Ursachen hin analysiert werden.)
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)



01 **Berichte der Mitgliedshäuser im CLINOTEL-Krankenhausverbund**



Die Klinik für Allgemein-,
Viszeral- und Thorax-
chirurgie startet erfolg-
reich in die Zukunft

Bessere Überlebenschancen für Schwer-
verletzte

Kreiskliniken Altötting-Burghausen

Die Kreiskliniken setzen auf Qualität und stellen sich externen Überprüfungen

Nach der Rezertifizierung des Darmzentrums INN-SALZACH gibt es für die Patienten einen Grund mehr, sich bei einer Darmoperation für die Kreiskliniken am Standort Altötting zu entscheiden. Das Rezertifizierungsaudit erforderte eine besondere Leistungsbereitschaft, da die Qualitätsanforderungen durch die Deutsche Krebsgesellschaft deutlich nach oben geschraubt wurden. Die Abteilung hat dennoch die Zertifizierung mit Bravour gemeistert und ohne Abweichungen das Zertifikat erhalten. Damit nicht genug: Als konsequente Ergänzung hat sich die Abteilung auch als Kompetenzzentrum für Koloproktologie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAVC) zertifizieren lassen. Hiermit wurde eine weitere Hürde genommen, die die Qualität der Leistungserbringung am Patienten und zum Wohle der Patienten unter Beweis stellt.

Bei der Zertifizierung, die von einem Fachexperten der DGAVC durchgeführt wurde, konnte sich dieser neben einem Überblick über die allgemeinen Regelungen auch einen Eindruck von der Operationstechnik und der Kompetenz der Chirurgischen Klinik vor Ort verschaffen. So war der Fachexperte sowohl im Operationssaal bei einem großen Eingriff am Kolon als auch bei einer kleineren proktologischen Operation anwesend und schaute den durchführenden Kollegen über die Schulter.

Die Chirurgische Klinik hat damit, in enger Zusammenarbeit mit ihren Kooperationspartnern aus Klinik und Praxis, erneut unter Beweis gestellt, dass nicht nur Zentrum draufsteht, sondern hier auch Zentrum drin ist. Den Patienten steht ein sehr gut ausgebildetes und hochqualifiziertes Team zur Verfügung, das Hand in Hand mit den niedergelassenen Kooperationspartnern die bestmögliche Versorgung bei Darmerkrankungen ermöglicht.

2010 wurde nach fast dreijähriger Vorbereitungszeit ein Netzwerk mit insgesamt 25 Kliniken zum TraumaNetzwerk München-Oberbayern-Süd zertifiziert. Neben 13 lokalen Traumazentren hat sich die Unfallchirurgie der Kreisklinik Altötting zum regionalen Traumazentrum zertifiziert. Dies erfolgte in Übereinstimmung mit den Empfehlungen zur Schwerverletztenversorgung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und den Richtlinien TraumaNetzwerk^D DGU. Das TraumaNetzwerk^D DGU ist ein Projekt zur Optimierung der Prozess- und Strukturqualität der komplexen und interdisziplinären Versorgung von Schwerverletzten.

Künftig soll das Überleben eines Verunfallten nicht vom Zeitpunkt und Ort des Unfalles mitbestimmt sein. Das Ziel, jedem Schwerverletzten in Deutschland rund um die Uhr die bestmögliche Versorgung unter standardisierten Qualitätsmaßstäben zu ermöglichen, setzt fachliche Kompetenz und die Bereitschaft aller beteiligten Leistungserbringer, Kosten- und Krankenhausträger voraus, bestehende Versorgungskonzepte gemeinsam weiterzuentwickeln. Die einzelnen Kliniken im Traumanetzwerk stimmen sich aufeinander ab. Darüber hinaus müssen sie spezielle personelle und appa-



rative Anforderungen erfüllen, um in das Netzwerk aufgenommen zu werden. Die Hürden sind je nach Kompetenzen der Kliniken unterschiedlich. Die Stufen sind lokales, regionales und überregionales Traumazentrum.

Die Unfallchirurgie der Kreisklinik Altötting konnte sich entsprechend der Schwerpunktversorgungsstufe dann auch als regionales Traumazentrum zertifizieren. Dabei wurden alle Prozesse beleuchtet und neu überarbeitet. Damit steht Unfallopfern ein hochqualifiziertes Team, dessen Abläufe aufeinander eingespielt sind, zur Verfügung.

Die Geriatrie Burghausen ist die Antwort der Kreiskliniken auf den demografischen Wandel

*Geriatrie
im akuten Aufwind*

Die seit Jahren bestehende geriatrische Rehabilitation wurde mit Chefarzt Dr. Raymund Hahn in eine Hauptabteilung übergeführt. Die Kreiskliniken ermöglichen damit den immer älter werdenden Menschen, nach schweren Erkrankungen wieder unabhängig zu werden und nach Hause zurückkehren zu können. Mithilfe eines multiprofessionellen Teams werden die Patienten unterstützt, ihre Selbstständigkeit zu erhalten, Pflegebedürftigkeit zu reduzieren, gesundheitliche Einschränkungen auszugleichen, Krankheiten zu bewältigen und Lebensqualität zu steigern.

Dr. Raymund Hahn hat bereits langjährige Erfahrungen im Bereich der Rehabilitation gesammelt. Die Kreiskliniken profitieren von seinen Erfahrungen und werden unter seiner Leitung den Bereich weiter ausbauen. So wird bereits aktuell am Antrag zur Aufnahme in das Fachprogramm »Akutgeriatrie« des Freistaates Bayern gearbeitet. Nach Genehmigung durch das Gesundheitsministerium wird die Akutgeriatrie das bisherige Angebot der geriatrischen Rehabilitation im akutstationären Bereich ergänzen. Die Patienten profitieren von diesem Therapieangebot in mehrfacher Hinsicht. Zum einen können insgesamt mehr Patienten betreut werden, zum anderen wird der Zugang zur Abteilung erleichtert, da auch Hausärzte einweisen können, was bei der jetzigen geriatrischen Rehabilitation nicht möglich ist.

Das interdisziplinäre Team besteht aus geriatrisch geschulten Ärzten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Masseuren und Bademeistern, Psychologen und Sozialarbeitern, die sich intensiv um die Patienten kümmern.



Martin-Luther-Krankenhaus gGmbH Wattenscheid

*Höchster Standard im
Unterbringungsniveau*

Mehr Leistungen für individuelle Patientenwünsche

Das hohe Niveau, dem das Martin-Luther-Krankenhaus in Wattenscheid seit jeher im Bereich der Medizin gerecht wird, verwirklicht die Bochumer Klinik nun auch in der Unterbringung: Im November 2010 wurde die neue Komfortstation eröffnet. Eine komfortable Unterbringung mit vielen Extraservices wie Klimaanlage, Minibar und Wellness-Angeboten sorgen dort für ein angenehmes Umfeld mit Hotelcharakter. Die neue Komfortstation steht allen Patienten offen. Wer nicht privat versichert ist, kann den Service selbst bezahlen.

Mit einer Investition von rund zwei Millionen Euro hat das Martin-Luther-Krankenhaus einen Standard erreicht, mit dem die Bochumer Klinik laut Verband der privaten Krankenversicherungen zu den 20 Krankenhäusern Deutschlands mit dem höchsten Standard im Unterbringungsniveau der Komfortzimmer gehört.

*Moderne minimal-
invasive Methoden
kommen zum Einsatz*

Neuer Chefarzt ist auch Spezialist für Gefäßchirurgie

Mit der Einstellung von Dr. Martin Lainka zum 01.10.2010 hat die Abteilung für Chirurgie ihr breites Therapiespektrum weiter ausgebaut. Der 39-Jährige ist Facharzt für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie. Die minimal-invasive Chirurgie, insbesondere die Kolonchirurgie, hat er als Leitender Oberarzt der Katholischen Kliniken Essen-Nord-West mit ausgebaut. Davon profitieren nun auch die Patienten des Martin-Luther-Krankenhauses. Moderne minimal-invasive Methoden in allen Bereichen der Allgemein- und Viszeralchirurgie des Martin-Luther-Krankenhauses auszubauen, ist sein Anliegen. Für die Patienten bedeutet dies, dass Operationsschnitte kleiner gehalten werden können und die Genesung damit schneller erfolgen kann. Zudem müssen Wattenscheider Patienten nun nicht mehr in die Nachbarkrankenhäuser wechseln, wenn eine gefäßchirurgische Behandlung ansteht. Bei einem »Gefäßtag« am 30.10.2010 konnten sich die Patienten auch gleich vom Können des neuen Chefarztes überzeugen.

*Mit einem guten
Ergebnis die
Rezertifizierung
bestanden*

Erfolgreiche Rezertifizierung

18 Monate intensivster Arbeit haben sich ausgezahlt. Am 04.03.2010 wurde dem Martin-Luther-Krankenhaus Wattenscheid von den KTQ®-Visitoren das Ergebnis der Visitation mitgeteilt: »Die Martin-Luther-Krankenhaus gGmbH hat mit einem guten Ergebnis die Rezertifizierung bestanden.« Die bestandene Rezertifizierung verdeutlicht, dass sich alle Mitarbeiter des Martin-Luther-Krankenhauses kontinuierlich und intensiv um die Qualität ihrer Arbeit und die Belange und Bedürfnisse ihrer Patienten kümmern und ihre Leistungen im Rahmen der Qualitätssicherung auch nach außen hin transparent und überprüfbar machen. Die Bedeutung der Rezertifizierung ist dabei umso größer,



da nachgewiesen werden konnte, dass auch nach den vergangenen Zertifizierungen kontinuierlich Verbesserungen stattgefunden haben und man sich nicht auf den erreichten Zertifikaten ausgeruht hat. Das jetzt erteilte Qualitätszertifikat schließt mit einer Laufzeit vom 01.04.2010 bis zum 31.03.2013 nahtlos an das Zertifikat aus dem Jahre 2007 an. Für die Patienten bedeutet dies, dass die Behandlungsqualität stetig überprüft und verbessert wird.

*Prävalenz-Screening
für alle Patienten*

Kampf den Keimen

Mit dem Beitritt zum MRSA-Netzwerk Bochum sagt das Martin-Luther-Krankenhaus Wattenscheid den resistenten Keimen den Kampf an. Ziel der Initiative: Die Ausbreitung von MRSA durch konsequente vorbeugende Maßnahmen zu verhindern.

Neben der konsequenten Umsetzung der geltenden Hygienevorschriften denkt das Netzwerk über ein Prävalenz-Screening aller Patienten nach: Binnen eines Monats sollen sämtliche Patienten der Bochumer Krankenhäuser bei der Aufnahme auf MRSA untersucht werden. Schon jetzt untersucht das Martin-Luther-Krankenhaus alle Patienten, die ein Risiko aufweisen, einen MRSA zu tragen.

Dem neuen Qualitätsverbund gehören Vertreter aller Bochumer Krankenhäuser an sowie der stationären Altenpflegeeinrichtungen, der ambulanten Pflegedienste, des Rettungsdienstes und der Ärztekammer. Eine wirksame Bekämpfung der MRSA-Infektionen ist nur dann möglich, wenn alle Einrichtungen Hand in Hand arbeiten und gemeinsame Präventionskonzepte erarbeiten. Das Risiko MRSA zu erwerben, lässt sich durch diese Maßnahmen verringern. Damit kann die medizinische Versorgungsqualität der Patienten deutlich gesteigert werden.



Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH

*Darmzentrum
West-Brandenburg
erfolgreich zertifiziert*

Zertifizierung des Darmzentrums West-Brandenburg

Am 08.06.2010 wurde das Darmzentrum West-Brandenburg, welches integraler Bestandteil unseres Klinikums ist, nach den Regularien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert. Zertifizierte Darmkrebszentren erfüllen die fachlichen Anforderungen an Darmkrebszentren und verfügen über ein anerkanntes Qualitätsmanagementsystem. Die Einhaltung der fachlichen Anforderungen wird jährlich durch das unabhängige Zertifizierungsinstitut OnkoZert überwacht.

Neben der Ausrichtung von Diagnostik und Therapie an der von den Fachgesellschaften und Expertenkommissionen entwickelten S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom gewährleistet die Einhaltung strenger Qualitätskriterien eine hohe Patientensicherheit.

Im Darmzentrum werden betroffene Patienten ganzheitlich und in allen Phasen der Erkrankung betreut und versorgt. Eine ganzheitliche Versorgung von Patienten ist nur durch ein Netzwerk von Spezialisten möglich. Alle Patienten werden im Rahmen wöchentlich durchgeführter Interdisziplinärer Tumorkonferenzen in moderne multimodale Therapiekonzepte und strukturierte Nachsorgeprogramme integriert. Besonders engagiert sind wir in der Öffentlichkeitsarbeit und in Studien zur Förderung der Darmkrebsvorsorge.

Für die Patienten besteht durchgehende Transparenz sowohl durch intensive persönliche Aufklärung durch das behandelnde pflegerische und ärztliche Personal als auch durch Aushändigung eines Darmkrebsordners, in dem alle relevanten Unterlagen für den Krankheitsverlauf abgeheftet werden können. Auch für Einweiser und Nachbehandler sollen somit alle relevanten Daten sofort verfügbar und einsehbar sein.

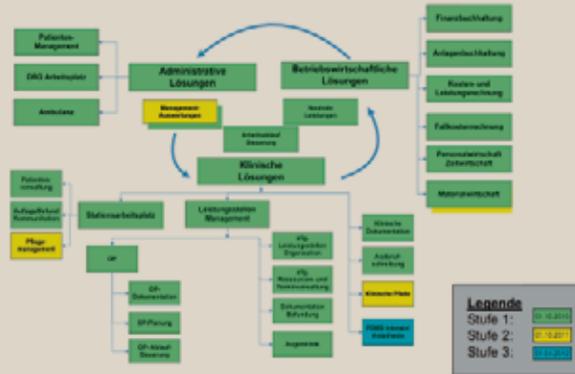
Für Patienten mit Darmkrebs oder Darmkrebsverdacht mit Beratungsbedarf haben wir eine spezielle Darmkrebsprechstunde eingerichtet. Die Zahl der operativ versorgten primären kolorektalen Karzinome bewegt sich seit Jahren auf konstant hohem Niveau zwischen 80 und 90 Patienten jährlich – dies spiegelt einerseits den starken Versorgungsbedarf und andererseits das in uns gesetzte Vertrauen wider.

*Einziges 3-Tesla-Gerät
seiner Art in den östlichen
Bundesländern in Betrieb
genommen*

MR-Tomograph Achieva 3 Tesla TX in Betrieb genommen

Am 28.05.2010 erfolgte nach 62 Tagen umfangreicher Umbaumaßnahmen und Millimeterarbeit bei der Einbringung des Magneten die Übergabe des neuen 3-Tesla-MRT im Institut für Radiologie. Der MR-Tomograph bietet mit der Multi-Transmit-Technologie klinische Bildgebung auf ganz neuem Niveau. Ende 2010 gab es bundesweit nur 14 Geräte mit dieser Technologie, wobei im Städtischen Klinikum Brandenburg das erste Gerät dieser Art in den östlichen Bundesländern aufgestellt ist. Die parallele Sendetechnik Multi-Transmit verhindert dielektrische Artefakte auf der Entstehungsseite durch den parallelen Einsatz unabhängiger HF-Sender. Damit sind die bisherigen Limitationen der

- ◀▷ Zertifikatsübergabe im Rollandsaal
- ◀▷ Einbau des Magneten
- ◀▷ Leistungsumfang des neuen KIS (nur neue Systeme)



3-Tesla-Bildgebung für Untersuchungen am Körperstamm Vergangenheit. Das höhere Signal wird benutzt, um kleinere Strukturen sichtbar und Untersuchungen schneller zu machen. Es ist möglich, Veränderungen im Zellstoffwechsel zu erfassen oder Untersuchungen mit hoher Ortsauflösung durchzuführen. Aber auch die Ganzkörperbildgebung bei Patienten mit Tumor- oder Gefäßserkrankungen wird deutlich verbessert. Gefäßuntersuchungen können in hoher zeitlicher Auflösung als Ersatz für diagnostische Katheterangiographien erfolgen. Ein spezieller Untersuchungstisch mit einer integrierten hochauflösenden Spule für die MRT-Bildgebung der Brust ermöglicht einerseits hochauflösende Bildgebung, andererseits die Entnahme von Gewebeprobe.

Von den verbesserten diagnostischen Möglichkeiten der 3-Tesla-Bildgebung profitieren insbesondere onkologische und angiologisch-gefäßchirurgische Patienten. In 2011 werden Leistungen für die Kardiologie hinzukommen.

Einführung eines neuen Krankenhausinformationssystems

Neues KIS Medico in sechs Monaten eingeführt

Seit 1996 wurde im Städtischen Klinikum Brandenburg das Krankenhausinformationssystem (KIS) clinicom/Care Center der Firma Siemens eingesetzt. Nach Ankündigung der Einstellung des Supports und der fehlenden Weiterentwicklung beschloss die Betriebsleitung 2009 die Anschaffung eines neuen KIS einschließlich der Systeme für die einzelnen Verwaltungsbereiche.

Mitarbeiter aus allen Bereichen entwickelten Anforderungen, die entsprechend ihrer Wichtigkeit eingestuft wurden. Im Ergebnis einer europaweiten Ausschreibung und der Bieterauswertung wurde der Auftrag an die Firma Siemens erteilt mit dem Programm medico im medizinischen Bereich und den Programmen SAP für die Finanzbuchhaltung, die Personalabteilung und das Controlling sowie Amor 3 für die Materialwirtschaft inklusive der Arzneimittelversorgung.

Von der Geschäftsführung wurde für die Umsetzung des neuen KIS ein sehr ehrgeiziger Zeitplan vorgegeben. Innerhalb von sechs Monaten nach Vertragsabschluss hatte der Produktivstart zu erfolgen. Zur Umsetzung dieses Zeitplanes wurden – geführt von zwei Projektleiterinnen – Teilprojekte gebildet mit jeweils verantwortlichen Teilprojektleitern. Im Oktober 2010 konnte fristgerecht der Produktivstart vollzogen werden. In den ersten zwei Wochen gab es Schwierigkeiten bei der Systemumstellung, weil Probleme mit veralteten Office-Programmen auftraten sowie die Druckerzuordnungen nicht funktionierten.

Im Nachgang der Einführung sind in einer zweiten Phase in diesem Jahr weitere Anpassungen vorgesehen. Hierzu gehören weitere Schnittstellen zu bestehenden Subsystemen und die Anschaffung von abteilungsspezifischen Programmen für die Augenklinik und die Anästhesie und ITS.

Für den Behandlungsprozess des Patienten ist insbesondere die schnellere Verfügbarkeit von Befunden, Vorbefunden, Befundbildern und Informationen zu früheren Aufenthalten wichtig. Alle diese Daten liegen nun elektronisch in einem Gesamtsystem vor.



*Videoübertragung der
Tumorkonferenz erleichtert
Fortbildung*

Katholische Kliniken Oldenburger Münsterland gemeinnützige GmbH (KKOM)

St.-Josefs-Hospital Cloppenburg

Zertifizierung eines Darmzentrums

Im Juni 2010 wurde das interdisziplinäre Darmzentrum am St.-Josefs-Hospital Cloppenburg nach den Kriterien der DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert. Die Auditoren konnten sich vor Ort überzeugen, dass die Abteilungen Gastroenterologie, Viszeralchirurgie, Onkologie und Pathologie in einem so hohem Maße zusammenarbeiten, dass eine Zertifizierung gerechtfertigt ist. Die Tumorkonferenz findet jeweils am Dienstag in der Zeit von 18:00 bis 19:00 Uhr statt und ist mit drei Punkten für die ärztliche Fortbildung bewertet. Die Implementierung einer Videokonferenz ermöglicht den Kollegen im St.-Josefs-Hospital Cloppenburg und einigen niedergelassenen Kollegen die gleichzeitige Teilnahme an der Tumorkonferenz.

Zertifizierte Bereiche: Überwachungsaudits

Im St.-Josefs-Hospital Cloppenburg sind folgende Bereiche in den letzten Jahren zur Zertifizierungsreife geführt worden: Endoskopie, Labor, Dialyse, Akutschmerzdienst, Administrative Aufnahme, Brustzentrum.

Im Juni 2010 fand das Überwachungsaudit für diese Bereiche statt. Da innerhalb der Qualitätsmanagement-Struktur im St.-Josefs-Hospital bislang noch eine Einzelbetrachtung der einzelnen Bereiche abgebildet war, wurden im Spätsommer Aktivitäten zur Qualitätsmanagement-Zusammenführung der Bereiche initiiert. In mehreren Veranstaltungen werden Grundlagen für ein gemeinsam zu betrachtendes System geschaffen.

Zertifiziertes Gefäßzentrum

Die Bereiche Gefäßchirurgie, Angiologie und Radiologie haben sich zusammengetan, um innerhalb des St.-Josefs-Hospitals Cloppenburg ein zertifiziertes Gefäßzentrum nach den Kriterien der drei Fachgesellschaften zu bilden. Die Arbeiten für dieses Zentrum laufen aktuell – ein Zieltermin wurde noch nicht formuliert.

Aktion Saubere Hände

Die Problematiken im Bereich von multiresistenten Keimen und im Umgang mit viralen Erkrankungen im Krankenhausbereich machen deutlich, dass die Händehygiene die tragende Säule für ein erfolgreiches Hygienemanagement ist. Im Sinne einer wiederholten Bewusstmachung fand 2010 ein Aktionstag zur Händehygiene mit Unterstützung der Aktion Saubere Hände statt.



Qualitätsmanagement in Ermächtigungsambulanzen

Das seit einigen Jahren mehr oder weniger nachhaltig betriebene Qualitätsmanagement entsprechend der Forderung der Kassenärztlichen Vereinigung wurde 2010 in einigen Veranstaltungen vorangebracht. Bei den Veranstaltungen wurden die Mitarbeiter im Hinblick auf notwendige Inhalte und elektronische Hilfsmittel geschult, um dem vorgegebenen Umsetzungstermin gerecht zu werden. Bei der Umsetzung erhielten die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gezielt Unterstützung bei der Erstellung der Qualitätsmanagement-Handbücher für die jeweilige Ermächtigungsambulanz.

Überprüfung der Umsetzung der S3-Leitlinie: Sedierung in der Gastroenterologie

*Verbesserte Abläufe und
Rahmenbedingungen*

Die S3-Leitlinie für die Sedierung in der Gastroenterologie hat bundesweit zu verschiedensten Aktivitäten innerhalb der gastroenterologischen Einheiten geführt. Im St.-Josefs-Hospital Cloppenburg fand 2010 eine Überprüfung der Abläufe in Verbindung mit einer Prüfung der Rahmenbedingungen in der Aufbereitung innerhalb der Endoskopie durch Mitarbeiter der »Gesellschaft für Risikoberatung« statt. Auf Basis des erstellten Gutachtens wurden die Inhalte der Leitlinie innerhalb der Endoskopie mit folgenden Maßnahmen umgesetzt:

- Personalschulung
- Anpassung der technischen Ausstattung
- Verbesserung der Abläufe

Aktivitäten zum Traumazentrum

Im Rahmen der Aktivitäten zur Bildung von Traumazentren unter Berücksichtigung der Zulassung zum Verletztenartenverfahren der Berufsgenossenschaften hat das St.-Josefs-Hospital beschlossen, sich am Traumazentrum Weser-Ems zu beteiligen. Im Dezember 2010 erfolgte die Anmeldung zu diesem Zentrum. Seither laufen auch die Aktivitäten zur Zertifizierung durch DioCert im Laufe des Jahres 2011.

Qualitätsmanagement für die Zentralsterilisation

*Auf dem Weg
zur Zertifizierung*

Der Bereich der Zentralsterilisation im St.-Josefs-Hospital ist nicht nur für die Aufbereitung von Materialien innerhalb des Hauses zuständig, sondern bereitet auch Materialien für eine auswärtige Praxis auf. Da sich hier eine besondere Verantwortung für das Krankenhaus ergibt, wurde in Abstimmung mit den beteiligten Mitarbeitern beschlossen, diesen Bereich nach den Kriterien der DIN EN ISO 9001:2008 und der ISO-Norm 13485 zertifizieren zu lassen. Die vorbereitenden Arbeiten dazu konnten im November begonnen werden und werden voraussichtlich unter Einbeziehung der Zentralsterilisationen in Emstek und Vechta Ende des Jahres 2011 beendet sein.



*Optimierte Arbeitsabläufe
verbessern die Versorgung
unserer Patienten*

St. Antonius-Stift Emstek

Erstellung eines Klinischen Behandlungspfades Hüft- und Knie-Totalendoprothesen

Für die häufigsten operativen Eingriffe des St. Antonius-Stiftes wurden im Jahr 2010 klinische Behandlungspfade zur Festlegung der Vorgehensweise aller an der Behandlung des Patienten beteiligten Abteilungen und Berufsgruppen erstellt. Ein berufsgruppenübergreifendes Team erfasste die Arbeitsabläufe, die EDV-basiert abgebildet wurden. Es folgte eine Bewertung und Optimierung der Abläufe. Auch unter dem Aspekt der verstärkten interdisziplinären Zusammenarbeit ist die Erstellung von Behandlungspfaden positiv zu bewerten. Die Dokumentation erfolgt über einen neu entwickelten Formularsatz.

Die Behandlungspfade wurden verbindlich eingeführt, eine ausführliche Beschreibung ist in der EDV für jeden Mitarbeiter abrufbar. Die Überprüfung der Pfadakten wird durch das Qualitätsmanagement vorgenommen. Daraus können sich weitere Maßnahmen, wie zum Beispiel Mitarbeiterschulungen ergeben. Eine Erfassung der Anregungen zur Verbesserung erfolgt über sogenannte Pfadpaten aus jeder Berufsgruppe.

Die Revisionsitzungen dienen der ständigen Nachprüfung der Prozesse im Behandlungspfad und erhöhen die Akzeptanz der erstellten Pfade bei den Mitarbeitern. Durch die einheitliche Vorgehensweise in einem festgelegten Arbeitsablauf konnten die Patientenversorgung verbessert und die Dokumentation vereinfacht werden. Die Patienten profitieren künftig von einer geplanten verlässlichen postoperativen Behandlung, über die sie im Vorfeld informiert werden.

Erstellung eines Behandlungsstandards für Patienten der Rheumatologie

Ergänzend zu den Behandlungspfaden der Orthopädie wurde ein Behandlungsschema für die Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen während des stationären Aufenthalts erstellt. Nach der Erfassung der Arbeitsabläufe von der Aufnahme bis zur Entlassung in der Rheumatologie erfolgte in einem interdisziplinären Team die Beschreibung der Prozesse. In einem weiteren Schritt wurden die Verbesserungspotenziale formuliert und eingearbeitet. Es folgte die Erstellung eines Behandlungsstandards und die verbindliche Einführung in den Abteilungen. Die Kontrolle der Standards erfolgt im Rahmen einer internen Fallbesprechung.

Betreiben einer Knochenbank nach den Richtlinien des Paul-Gerhard-Instituts nach § 20 b f. des Arzneimittelgesetzes

Die seit 1990 bestehenden Regelungen zur lokalen Knochenbank des Hauses wurden nach den Richtlinien des Arzneimittelgesetzes überarbeitet. Die Genehmigung erfolgte im Mai 2010. Durch die Einführung eines stringenten Arbeitsablaufs stehen dem Haus autologe Knochentransplantate in ausreichender Menge zur Verfügung. Dies schafft Planungssicherheit bei den umfangreichen Wech-

*Mehr Planungssicherheit
bei Wechseloperationen*



seloperationen in der Hüft- und Knieendoprothetik sowie der Wirbelsäulenchirurgie. Auch intraoperative, nicht planbare Knochen transplantationen und Aufbautechniken können risikofrei durch ausreichende Bevorratung bedient werden. Für die Patienten bedeutet das eine operative Versorgung auf hohem fachlichem Niveau.

Qualitätsmanagement in Ermächtigungsambulanzen

Das seit einigen Jahren von der Kassenärztlichen Vereinigung geforderte, mehr oder weniger nachhaltig betriebene Qualitätsmanagement wurde 2010 mit einigen Veranstaltungen vorgebracht. In den Veranstaltungen wurden die Mitarbeiter zu notwendigen Inhalten und elektronischen Hilfsmitteln geschult, um dem vorgegebenen Umsetzungstermin gerecht zu werden.



St. Marienhospital Vechta

Zertifizierung Darmzentrum

Im Juni 2010 wurde das interdisziplinäre Darmzentrum am St. Marienhospital Vechta nach den Kriterien der DIN EN ISO 9001:2008 und der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert. Die Auditoren konnten sich vor Ort überzeugen, dass die Abteilungen Gastroenterologie, Viszeralchirurgie, Onkologie, Pathologie, Radiologie und Strahlentherapie in einem Maße zusammenarbeiten, dass eine Zertifizierung gerechtfertigt ist. Die Tumorkonferenz findet jeweils am Dienstag in der Zeit von 18:00 bis 19:00 statt und ist mit drei Punkten für die ärztliche Fortbildung bewertet. Per Videokonferenz ist es den Kollegen im St.-Josefs-Hospital Cloppenburg und einigen niedergelassenen Kollegen möglich, an der Tumorkonferenz teilzunehmen.

Zertifiziertes Brustzentrum: Überwachungsaudits

Im Januar und Juni fanden die Überwachungsaudits für das Zertifizierte Brustzentrum (DIN EN ISO 9001:2008, Audit der Deutschen Krebsgesellschaft) statt. Mit einer Fallzahl von über 150 Primärfällen konnte auch innerhalb des Brustzentrums nachgewiesen werden, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit eine Qualität ermöglicht, die eine Zertifizierung rechtfertigt. Die Tumorkonferenz findet am Dienstag in der Zeit von 19:00 bis 20:00 Uhr statt. Die Teilnahme von niedergelassenen Ärzten ist erwünscht. Per Videokonferenz können außerdem die Kollegen des St.-Josefs-Hospitals Cloppenburg an der Tumorkonferenz teilnehmen.



*Zusammenschluss mit
Zertifizierung*

Abteilung für Viszeralmedizin

Der Fachbereich Gastroenterologie (Medizinische Klinik) und die Abteilung für Viszeralchirurgie (Chirurgische Klinik) haben einen Zusammenschluss zur Abteilung für Viszeralmedizin vereinbart, der im Rahmen des Überwachungsaudits für das Darmzentrum zertifiziert werden soll. Die vorbereitenden Aktivitäten umfassen die Beschreibung der Kernprozesse der neuen Abteilung und die Festbeschreibung von Kommunikationsstrukturen, die bei Patienten mit unklaren Bauchbeschwerden zur schnellen Diagnostik notwendig sind.

*Sensibilisierung
für Hygiene*

Aktion Saubere Hände

Die Problematik im Bereich multiresistenter Keime und im Umgang mit viralen Erkrankungen in der Erwachsenenpflege machen deutlich, dass die Händehygiene die tragende Säule für ein erfolgreiches Hygienemanagement ist. Im Sinne einer wiederholten Bewusstmachung fand 2010 ein Aktionstag zur Händehygiene mit Unterstützung der Aktion Saubere Hände statt.

*Kontrolle
der Maßnahmen*

Hygiene-Visite

Nach jeder Sitzung der Hygiene-Kommission findet unter Beteiligung ihrer Mitglieder eine Hygiene-Visite auf einer Station oder in einer Abteilung des Hauses statt. Diese Maßnahme dient der Kontrolle unterschiedlichster Bereiche innerhalb der jeweiligen Einheit und beinhaltet neben der Besprechung von möglichen Veränderungen auch Hinweise auf Verbesserungen.

*Veranstaltungen und
Schulungen*

Qualitätsmanagement in Ermächtigungsambulanzen

Das seit einigen Jahren mehr oder weniger nachhaltig betriebene Qualitätsmanagement entsprechend der Forderung der Kassenärztlichen Vereinigung wurde 2010 in einigen Veranstaltungen vorgebracht. Bei den Veranstaltungen wurden die Mitarbeiter zu notwendigen Inhalten und elektronischen Hilfsmitteln geschult, um dem vorgegebenen Umsetzungstermin gerecht zu werden.

*Maßnahmen
zur Zertifizierung*

Qualitätsmanagement in der Reha-Klinik

Für geriatrische Reha-Kliniken wird ein Qualitätsmanagement gefordert – eine Pflicht zur Umsetzung und Zertifizierung ergibt sich in den nächsten Jahren. Im St. Marienhospital Vechta erfolgten 2010 die ersten Schritte zur Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen. Der Umfang dieses Vorhabens ergibt sich aus dem Zusammenspiel von verschiedensten Berufsgruppen, die bei der Therapie und Betreuung von geriatrischen Patienten interdisziplinär tätig sind. Für Ende 2011 ist die Fertigstellung des Handbuchs und damit die Erreichung der Zertifizierungsreife vorgesehen.

*Sedierung in der
Gastroenterologie*

Überprüfung der Umsetzung der S3-Leitlinie

Die S3-Leitlinie für die Sedierung in der Gastroenterologie hat bundesweit zu verschiedensten Aktivitäten innerhalb der gastroenterologischen Einheiten geführt. Im St. Marienhospital Vechta fand 2010 eine Überprüfung der Abläufe in Verbindung mit einer Prüfung der Rahmenbedingungen in der Aufbereitung innerhalb der Endoskopie durch Mitarbeiter der »Gesellschaft für Risikoberatung« statt. Auf Basis des erstellten Gutachtens wurden die Inhalte der Leitlinie innerhalb der Endoskopie mit folgenden Maßnahmen umgesetzt:

- Personalschulung
- Anpassung der technischen Ausstattung
- Verbesserung der Abläufe

*Zertifizierung durch
DioCert in Vorbereitung*

Aktivitäten zum Traumazentrum

Im Rahmen der Aktivitäten zur Bildung von Traumazentren unter Berücksichtigung der Zulassung zum Verletztenartenverfahren der Berufsgenossenschaften hat sich das St. Marienhospital Vechta entschlossen, sich am Traumazentrum Weser-Ems zu beteiligen. Im Dezember 2010 erfolgte die Anmeldung zu diesem Zentrum. Seither laufen die Aktivitäten zur Zertifizierung durch DioCert im Laufe des Jahres 2011.



Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH

80 etablierte klinische Pfade und 32 implementierte Laborprofile

Klinische Pfade erhöhen die Behandlungsqualität und Sicherheit

Die klinischen Pfade stellen ein wichtiges Instrument dar, um die Behandlungsqualität und Sicherheit zu erhöhen, da die Behandlungsprozesse an den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin ausgerichtet sind. Das Carl-Thiem-Klinikum Cottbus etablierte bisher insgesamt 80 Pfade, wobei alle Kliniken vertreten sind. Mit 9.185 Fällen, die über Pfade laufen, wird fast ein Viertel des gesamten stationären Leistungsspektrums abgebildet. 2010 wurden in Zusammenarbeit mit dem Chefarzt des Institutes für Laboratoriumsmedizin 32 Laborprofile für wichtige Krankheitsbilder implementiert, so beispielsweise für Linksherzkatheter-Eingriffe, die Schlafapnoe oder die radikale Prostatektomie. Die Weiterentwicklung und Aktualisierung erfolgte in allen Fachabteilungen, besonders intensiv in der Urologie, der Augenklinik und der Frauenklinik.

Verbesserte Mobilität und Lebensqualität für kardiologische Patienten

Carl-Thiem-Klinikum Cottbus, die Charité und das Städtische Klinikum Brandenburg arbeiten im Telemedizinischen Zentrum zusammen

Im August 2010 überreichte die Gesundheitsministerin des Landes Brandenburg, Anita Tack, den Bewilligungsbescheid in Höhe von 972.365 Euro an das Carl-Thiem-Klinikum. Mit dem Telemedizinischen Zentrum wird es möglich, die medizinische Versorgung von kardiologischen Patienten in der Region Südost-Brandenburg in hoher Qualität zu gewährleisten. Im Telemedizinischen Verbund arbeiten das Carl-Thiem-Klinikum, die Charité-Universitätsmedizin Berlin und das Städtische Klinikum Brandenburg eng für die Region zusammen. Patienten können in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben und werden mit modernen medizintechnischen Geräten ausgestattet.

In regelmäßigen Abständen werden wichtige Patientendaten wie EKG, Sauerstoffsättigung, Blutdruck und Gewicht mittels Kurzstreckenfunk (Bluetooth) über eine Basisstation an das Zentrum übertragen. Kardiologen werten diese Daten gemeinsam mit den niedergelassenen Haus- und Fachärzten aus, besprechen gegebenenfalls weitere therapeutische Maßnahmen und informieren die Patienten. Zudem erhalten die Patienten ein Notrufsystem und haben die Möglichkeit einer Selbsteinschätzung über die Basisstation. Die Patienten nutzen den Vorteil, dass sie mobil bleiben, Urlaubsreisen wieder möglich werden und die Lebensqualität damit deutlich steigt.

Fachübergreifende Zusammenarbeit im Beckenbodenzentrum optimiert die Behandlungsqualität

Interdisziplinäres Beckenbodenzentrum ermöglicht vielfältige Behandlungsmöglichkeiten bei Inkontinenz

Mit einem interdisziplinären Beckenbodenzentrum erweitert das Carl-Thiem-Klinikum sein medizinisches Angebot für die Region. Die vielfältigen neuen Behandlungsmethoden bei Beckenbodenschwäche führten zur Etablierung dieses Zentrums, in das Ärzte der Frauenklinik, Urologie und Chirurgie sowie für Anästhesiologie, Intensivtherapie und Palliativmedizin eingebunden sind.

- ◀▷ Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH
- ◀▷ Moderne Hochleistungsmedizin und menschliche Fürsorge für unsere Patienten prägen die Arbeit am Carl-Thiem-Klinikum
- ◀▷ Das Carl-Thiem-Klinikum Cottbus ist mit 1.332 Betten das größte und leistungsfähigste Klinikum des Landes Brandenburg



Senkungsbeschwerden und Inkontinenz werden bei den Frauen von Frauenärzten und bei den Männern von Urologen betreut. Die fachübergreifende Zusammenarbeit ermöglicht konservative, operative oder physiotherapeutische Verfahren.

Carl-Thiem-Klinikum Cottbus etabliert über hochmodernes Ultraschallsystem Hightech in der Kardiologie

Schonende Untersuchung unserer Patienten: strahlungsfrei und nicht-invasiv

Das iE33 X-Matrix von Philips stellt die Funktion des Herzens und seine Anatomie zwei- und dreidimensional sowie in Echtzeit (Live-3D) in höchster Präzision und detailgenau dar. Ein funktional erweitertes Bildgebungssystem verbessert die Diagnosemöglichkeiten bei kardiologischen Untersuchungen und erleichtert das Erkennen ischämischer Krankheiten, die Beurteilung struktureller Herzerkrankungen, die Untersuchung systolischer und diastolischer Herzinsuffizienz sowie von Herzrhythmusstörungen für jährlich mehr als 6.000 Patienten.

Die innovative Untersuchungsmethode ist strahlungsfrei und nicht-invasiv und somit schonend für den Patienten. Mit diesem System, das das leistungsfähigste ist, das der Medizingerätemarkt zur Zeit vorzuweisen hat, kann das Carl-Thiem-Klinikum Cottbus die Qualität der Herzdagnostik weiter verbessern und kardiologische Untersuchungen auf höchstem Niveau anbieten.

Neuer Hubschrauberlandeplatz optimiert die Notfallbehandlung

Der kürzeste Weg zur Notaufnahme

Die Inbetriebnahme des neuen Hubschrauberlandeplatzes ermöglicht eine schnellere und optimierte Versorgung schwerstverletzter Patienten, die auf kürzestem Weg in die Notaufnahme oder gegebenenfalls in den Operationssaal gelangen. Pro Jahr verzeichnet das Carl-Thiem-Klinikum circa 900 Rettungshubschrauber-Einsätze. Die bisherige Landung der Rettungshubschrauber am Boden vor dem Klinikumsgebäude und der Transport über eine freie Distanz bis zur Notaufnahme entfallen damit. Mit einem Durchmesser von 30 Metern garantiert die 12t Tonnen schwere Stahlkonstruktion die sichere Landung der Rettungshubschrauber mit einer Höchstmasse von sechs Tonnen rund 20 Meter über der Erde.

Qualitätssicherung bei Kolon-, Rektum- und Magenkarzinom intensiviert

Erfahrungsaustausch über Landesgrenzen

Internationale Studienergebnisse zu Darm- und Magenkrebs-Erkrankungen wurden auf dem sechsten Spreewaldsymposium im Mai 2010 erörtert. Das Carl-Thiem-Klinikum Cottbus, das Wojewodschaftskrankenhaus Zielona Góra und das An-Institut für Qualitätssicherung in der operativen Medizin an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg waren die Veranstalter.

Das Carl-Thiem-Klinikum Cottbus arbeitet bereits seit 10 Jahren mit dem An-Institut zusammen, dessen Qualitätssicherungsstudien deutschlandweit etabliert sind und in der klinischen Versorgungsforschung einen hohen Stellenwert besitzen. Die Qualitätssicherung der operativen Patientenversorgung wird damit nachhaltig befördert. Die Erfahrungen und Ergebnisse aktueller Studiendaten waren Anlass zu ihrer Internationalisierung. Seit 2009 werden zusätzlich zur deutschlandweiten Datengewinnung auch weitere aus polnischen, litauischen und italienischen Kliniken erhoben.



*Detaillierte Gespräche
mit den Patienten vor der
Operation*

Klinikum Emden gGmbH

Mehr Therapiesicherheit durch Arzneimittelanamnese

Vor jeder Therapie sollte bekanntlich die Anamnese stehen. Dies gilt in besonderem Maße auch für die Arzneimitteltherapie. Um diese zu optimieren, führen die Apothekerinnen im Klinikum Emden bei den elektiven Patienten der Unfallchirurgie bereits bei der Aufnahme ein Gespräch zur Arzneimittelanamnese durch.

Die erfragten Medikamente werden in einem Dokumentationsblatt erfasst. Den Ärzten wird ein geeignetes Austauschpräparat aus der Hausliste vorgeschlagen. Medikamente, die nicht austauschbar sind, werden kurzfristig beschafft. Bei Unklarheiten der Medikation wird Kontakt mit dem Hausarzt aufgenommen. Von der Apotheke wird besonderer Wert auf die Vollständigkeit der Daten gelegt. So wird gesondert auch nach nicht ärztlich verordneten Arzneimitteln gefragt. Auf dem Dokumentationsblatt wird genau festgehalten, welche Medikamente der Patient in welcher Dosierung benötigt. Ergänzt wird der Arzneimittel-Anamnesebogen um Informationen für die Anästhesisten.

Die Vorteile des Verfahrens liegen auf der Hand: Die Arzneimittel-Therapiesicherheit für die Patienten wird erhöht, die Qualität der stationären Medikation wird verbessert und die Pflegekräfte und Ärzte auf den Stationen werden entlastet. Es ist geplant, die prästationäre Arzneimittel-Anamnese auch auf andere Kliniken auszuweiten.

Durch Frühdiagnose Sepsis bekämpfen

Kaum eine Krankheit wird so häufig verkannt wie die Blutvergiftung (Sepsis). Und das, obwohl sie die dritthäufigste Todesursache in Deutschland ist – auf Intensivstationen sogar die häufigste. Entscheidend sind die frühe Diagnose und die dann sofort eingeleitete konsequente Behandlung. Im Klinikum Emden wurden die Leitlinien der Deutschen Sepsis-Gesellschaft in leicht verständliche Anweisungen für die tägliche Arbeitspraxis zur Diagnose und Therapie der Sepsis umgesetzt. Dadurch, dass hier die Intensivmedizin interdisziplinär geleitet wird, können diese Arbeitsanweisungen konsequent überwacht und umgesetzt werden.

Das Arbeiten nach diesem Standard lohnt sich: Nach Auskunft von Dr. Klaus Kogelmann, Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, hat die Gesamtsterblichkeit aller an Sepsis erkrankten Patienten um zwölf Prozent abgenommen – verglichen mit den Vorjahren, in denen nur ein Teil der Patienten so behandelt wurde. Das praktikable Konzept wurde in der Arbeitsgruppe Intensivmedizin des CLINOTEL-Krankenhausverbundes vorgestellt. Diese Arbeits- und Diagnoseanweisungen wurden dann als Behandlungspfad im Wesentlichen übernommen und den Häusern des Verbundes empfohlen.

*Sterblichkeit der Patienten
hat deutlich abgenommen*

◀▷ Die Leitende Apothekerin Annette Ruwe-Wilken spricht schon in der Aufnahme mit den Patienten

◀▷ Dr. Hendrik Faust, Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, und sein Team können auf dem Monitor das vergrößerte Bild des Operationsgebiets sehen. Die gute Bildqualität ermöglicht genaues und sicheres Arbeiten



*Große Entlastung
für viele Patienten*

Mehr minimal-invasive Eingriffe durch neue OP-Türme

Im Klinikum Emden wurde die Ausstattung zur Verbesserung der minimal-invasiven OP-Techniken erweitert. Es handelt sich um die Neuanschaffung von drei Endoskopietürmen, die von den beiden chirurgischen Kliniken und der Frauenklinik für minimal-invasive Operationen (Schlüsselloch-Chirurgie) eingesetzt werden. Mit den neuen Türmen können nun noch mehr und noch größere Operationen als bisher mit der schonenden Methode durchgeführt werden. Die Vorteile für die Patienten bei minimal-invasiven Operationen: weniger Schmerzen, eine schnellere Erholung, eine kürzere Verweildauer, ein besseres Ergebnis und kleinere Narben. Für die behandelnden Ärzte bedeutet die Neuanschaffung vor allem wegen der exzellenten Bildqualität eine deutliche Arbeitserleichterung. Auch die Sicherheit beim Operieren erhöht sich entsprechend. Die Türme bieten ein großes Potenzial für eine zukünftige Erweiterung des Operationsspektrums im Klinikum.

Einige weitere Projekte zur Verbesserung der Behandlungsqualität

- Einrichtung einer chirurgischen Terminambulanz
- »Stillvisite« auf der geburtshilflichen Station
- Im Bereich Hygiene:
 1. Probe-Einsatz eines Transparentverbandes mit antimikrobiellem Chlorhexidingluconat-Pad auf der Intensivstation über ein Jahr
 2. Fortbildungsveranstaltung »Sicherheit in der Infusionstherapie« für interne und externe Ärzte und Pflegepersonal (über 100 Teilnehmer)
 3. jährliche Erstellung der verschiedenen Infektionserfassungen, Auswertung und Ergebnispräsentation
- Einführung einer Checkliste zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgungsqualität, Festlegung einer wöchentlichen Evaluation durch die Bezugspflegekräfte
- Erweiterung der Pflegeexpertise um eine Multiple-Sklerose-Spezialistin, eine Parkinson-Nurse, eine Case-Managerin, eine zweite Fachkraft für Gerontopsychiatrie sowie einen Suchtfachfortgebildeten
- Projekte der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik:
 1. Modifizierung des pflegerischen Anamnesebogens, zusätzliche Implementierung eines Anamnesebogens für gerontopsychiatrische Patienten
 2. Entwicklung einer einheitlichen Patienteninformation
 3. Implementierung eines lebenspraktischen Angebots für Suchtkranke in Form einer Frühstücksgruppe
 4. Erweiterung des Angebots für psychiatrische Patienten und ehemalige Patienten am Wochenende (Filmclub und Spielnachmittage »Casino Royale«)
 5. pflegerische Entlassungsplanung



ckt. Christliche Krankenhaus-Träger GmbH

**Marienhospital Emsdetten GmbH
 Maria-Josef-Hospital Greven GmbH
 Marienhospital Steinfurt GmbH**

Radiologische Dienstleistung aus einer Hand: RadioLog

Die Krankenhäuser im Klinikverbund der ckt. haben die RadioLog GmbH gegründet. Sie stellt verschiedene moderne Dienstleistungen der diagnostischen Bildgebung zur Verfügung. Am Standort in Steinfurt ist ein offener MRT (Magnet-Resonanz-Tomograph) installiert worden. Er erweitert das Leistungsspektrum der gesamten Klinikgruppe.

MRT ist ein Verfahren, das es erlaubt, ohne jede schädliche Röntgenstrahlen präzise und detailreiche Bilder der meisten Körperregionen anzufertigen. Der Patient liegt dazu in einem starken Magnetfeld. Die Bilder werden aus dem Echosignal von Radiowellen berechnet, die während der Messung eingesetzt werden. Die MRT ist wenig belastend, völlig schmerzlos und nach heutigen Erkenntnissen für den Menschen unschädlich.

Das von der RadioLog für die Patienten ausgewählte Gerät kombiniert die hohe diagnostische Leistung und Vielseitigkeit eines modernen Hochfeld-MRT Gerätes mit dem besonderen Komfort einer offenen Bauweise. Auch kleine Kinder in Begleitung eines Elternteils oder sehr kräftige Menschen können problemlos untersucht werden.

Nahtloser Austausch von relevanten Patienteninformationen

Die RadioLog GmbH hat sich für die Einführung eines einrichtungs- und standortübergreifenden Bildmanagements entschieden. Damit vernetzt der radiologische Dienstleister seine drei Krankenhäuser Marienhospital Emsdetten, Maria-Josef-Hospital Greven und Marienhospital Steinfurt zu einem leistungsstarken Verbund.

Die Radiologen erfahren eine enorme Zeitersparnis bei ihrer täglichen Arbeit und können von überall direkt auf das zentrale Bildmanagement-System zugreifen. Den Ärzten der klinischen Abteilungen stehen zum Beispiel Röntgen- und MRT-Bilder samt schriftlichen Befunden schneller zur Verfügung. Mehr Zeit für die Patienten haben die Pflegekräfte, da sie weniger Zeit für das Bereitstellen der Röntgenbilder aufwenden.

Die RadioLog GmbH verfügt mit ihren Standorten über eine heterogene IT-Landschaft im KIS-Bereich (Krankenhaus-Informationssystem). Um den nahtlosen Austausch von relevanten Patienteninformationen innerhalb organisch gewachsener Strukturen zu gewährleisten, bedarf es des Einsatzes eines Master Patient Index (MPI). Sectra Medical Systems GmbH hat gemeinsam mit iSOFT Radiology eine moderne Systemlösung mit dem Ziel einer einheitlichen Bild- und Befundver-

IT-Plattform zur Verbesserung klinischer Abläufe

- ◀▷ MRT-Aufnahme eines Knies
- ◀▷ Röntgenbefunde stehen den Ärzten dank zentralen Bildmanagements schneller zu Verfügung
- ◀▷ Während einer Videokonferenz können Schlaganfallpatienten direkt bei den Ärzten der Uniklinik vorgestellt und von ihnen untersucht werden



teilung sowie eines reibungslosen Datenflusses für alle Einheiten der RadioLog GmbH erarbeitet. Durch diesen Lösungsansatz besteht für alle klinischen Bilddaten die Möglichkeit des Bildaufrufs unabhängig vom Standort im Gesamtverbund.

Mit seiner hohen Flexibilität und Skalierbarkeit gewährleistet das Radiologie-Informationssystem die einfache und zuverlässige Integration aller drei Standorte in das übergreifende Netzwerk. Durch die Einbindung webbasierter Technologien und Funktionalitäten können so gemeinsam genutzte Ressourcen, wie etwa Terminplanung oder Befunddatenverwaltung, effizienter eingesetzt und so die Behandlungsqualität bei gleichbleibenden oder sogar niedrigeren Kosten erhöht werden.

Hebammen und Ärzte sind auf unerwartet schwierige Geburtsverläufe vorbereitet

Auch wenn problematische Schwangerschaften heute frühzeitig erkannt werden, kommen zwei von 1.000 Neugeborenen auch nach einer unauffälligen Schwangerschaft mit akuten und lebensgefährlichen Störungen der Atmung oder des Herz-Kreislaufsystems zur Welt. Somit hat das Erkennen und die Behandlung dieser Störungen im Rahmen der Neugeborenenversorgung nach der Geburt im Kreißsaal oder nach einer Schnittentbindung im OP eine prognostisch ausschlaggebende Bedeutung für das Kind. Der Deutsche Rat für Wiederbelebung im Kindesalter e.V. hat nach den Richtlinien des European Resuscitation Council (ERC) einen speziellen Fortbildungskurs zur Neugeborenenversorgung entwickelt. Ärzte und Hebammen der beiden Abteilungen in Greven und Steinfurt haben das NLS-Zertifikat erworben. Ziel ist die bestmögliche Behandlung der Neugeborenen.

»Newborn Life Support (NLS)-Zertifikat« als Baustein zur Steigerung der Versorgungsqualität

Jede Minute zählt

Für die effektive Akuttherapie eines Schlaganfallpatienten gilt nach Auftreten der ersten Symptome ein sehr enges Zeitfenster von drei Stunden. Durch die langen Fahrtzeiten zu den spezialisierten Stroke Units verging bisher wertvolle Zeit. Dabei ist klar: Jede Minute, die bis zur Diagnosestellung und bis zum Einsatz der notwendigen Therapie vergeht, zählt.

In Kooperation mit der Stroke Unit der Uniklinik Münster sind am Marienhospital Steinfurt die Voraussetzungen für die Verbesserung der Diagnosestellung und Erstbehandlung von Schlaganfallpatienten geschaffen worden. Mit dem strukturierten Versorgungsnetzwerk beider Kliniken wird die Kompetenz vor Ort durch das nötige Expertenwissen ergänzt. Die Kooperation dient als Pilotprojekt für die beiden anderen Krankenhäuser des ckt.-Klinikverbundes.

Mit Hilfe einer Videokonferenz können Schlaganfallpatienten des Marienhospitals Steinfurt direkt bei den Ärzten der Uni-Klinik vorgestellt und von ihnen untersucht werden. Die Befunddaten stehen allen beteiligten Ärzten direkt zur Verfügung. Handelt es sich tatsächlich um einen Schlaganfall, wird sofort im Marienhospital Steinfurt mit einer Therapie begonnen, die die Folgen des Schlaganfalls wirksam reduziert.

Bessere Erstversorgung von Patienten mit Schlaganfall



Katholische Kliniken Ruhrhalbinsel gGmbH

Hohe Kompetenz für bestmögliche Therapiequalität

Zertifizierung »Darmzentrum Ruhrhalbinsel«

In Deutschland sterben jährlich etwa 28.000 Menschen an Darmkrebs – sechsmal mehr als im Straßenverkehr. Durch die Zertifizierung von onkologischen Zentren nach strengen fachlichen Auflagen hat die Deutsche Krebsgesellschaft es sich zur Aufgabe gemacht, die Versorgung von Krebspatienten zu optimieren. Das Darmzentrum Ruhrhalbinsel hat 2010 die erforderlichen Strukturen geschaffen, um die hohen Qualitätsanforderungen zu erfüllen, was am Ende zu einer erfolgreichen Zertifizierung nach OnkoZert geführt hat. Unter dem Gütesiegel »Zertifiziertes Darmzentrum« profitieren Patienten mit Darmkrebs von dem umfassenden Behandlungskonzept, das von der Feststellung der Erkrankung über die Therapie bis hin zur Nachsorge ein Höchstmaß an Unterstützung bietet.

Mehr Transparenz dank elektronischer Dekubitusdokumentation

Qualitätsindikator Dekubitustherapie

Mobilisieren, richtig lagern, druckentlasten: Prävention und Behandlung von Dekubitalgeschwüren sind wichtige Qualitätsindikatoren in der pflegerisch-medizinischen Versorgung vornehmlich alter und kranker Menschen. Bei den Katholischen Kliniken Ruhrhalbinsel hilft die seit Ende 2010 flächendeckend eingesetzte, vollständig elektronische Wunddokumentation, Risiken und Verlauf von Druckgeschwüren zu beurteilen und frühzeitig die passende Behandlung zu beginnen. Die Auswertungen nach der Testphase haben den Projektverantwortlichen bestätigt: Die elektronische Dokumentation ist transparenter, genauer und leichter anzuwenden als die handschriftliche Dokumentation. Dass neben Arbeitserleichterung, Datenverfügbarkeit an jedem PC oder Einbettung in die Orbis-Pflegedokumentation vor allem die Qualität der Dekubituserhebung gesteigert wurde, ist die eigentliche Leistung des Systems und der Menschen, die damit arbeiten.

Vernetzte Strukturen für bessere Behandlung

Kompetenznetz Vorhofflimmern Ruhr

Obwohl die Zahl der Betroffenen hoch ist, ist das Wissen über Vorhofflimmern gering. Doch Aufklärung tut Not: Aufgrund der sich ändernden Altersstruktur und der Zunahme von Risikofaktoren wie Bluthochdruck und Übergewicht wird in 40 Jahren voraussichtlich jeder Zweite über 60 an Vorhofflimmern leiden. Das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden, steigt damit beträchtlich. Mit dem Ziel, die Behandlung der Patienten zu verbessern, haben die Katholischen Kliniken Ruhrhalbinsel gemeinsam mit dem Elisabeth-Krankenhaus Essen und dem St. Marien-Hospital Mülheim an der Ruhr das Kompetenznetz Vorhofflimmern Ruhr gegründet. Die stadtübergreifende Kooperation setzt auf frühzeitige Diagnostik, ein abgestimmtes Behandlungsmanagement nach aktuellen wissenschaftlichen Leitlinien und auf Patienteninformation. Der große Besucherzuspruch beim Herztag 2010 gibt den Verantwortlichen recht: Vorhofflimmern ist eine Volkskrankheit und die Patienten können von den optimierten Behandlungswegen nur profitieren.

- | | | | | |
|-------------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|---------------|
| 18 Altötting-Burghausen | 24 Cloppenburg KKOM | 30 Cottbus | 34 Greven ckt. | 38 Gütersloh |
| 20 Bochum | 26 Emstek KKOM | 32 Emden | 34 Steinfurt ckt. | 40 Ingolstadt |
| 22 Brandenburg | 27 Vechta KKOM | 34 Emsdetten ckt. | 36 Essen | 42 Kempen |

◀▷ Das Team des Darmzentrums Ruhrhalbinsel

◀▷ Volkskrankheit Vorhofflimmern:
frühzeitige Diagnostik zeigt Risiken

◀▷ In den hochmodernen Reinigungs- und Desinfektionsautomaten haben Keime keine Chance

◀▷ Verstärkung für die Ersthelfer:
Teddys begleiten Notärzte im Einsatz



Neueste Hygienetechnik für die Patientensicherheit

Saubere Sache: Investition in die Zentralsterilisation

Hygiene im Krankenhaus heißt, Verantwortung zu tragen und ist unerlässlich für die Patientensicherheit. In der Zentralsterilisation werden jeden Tag unzählige Instrumente keimfrei gemacht, ohne die weder Operationen noch die Arbeit auf den Stationen oder in der Ambulanz vorstellbar wären. Angesichts zunehmender Patientenzahlen und neuester Entwicklungen in der Hygienetechnik hat das St. Josef-Krankenhaus Kupferdreh die Zentralsterilisation von Grund auf neu konzipiert. Outsourcing des Bereichs kam trotz großer baulicher Herausforderungen nicht infrage.

Stattdessen ist es mit einer cleveren bedürfnisgerechten Lösung gelungen, die Qualität der Patientenversorgung und Arbeitsplätze am Standort zu sichern. Dank modernster Reinigungs- und Desinfektionsautomaten lässt sich jeder Reinigungsvorgang kontrollieren, validierte Prozesse als Bestandteil des Qualitätsmanagements gewährleisten die Hygiene und damit die Patientensicherheit.

Neues Vergütungssystem aktiv mitgestalten

Entgeltssystem Psychiatrie: Die Zukunft hat begonnen

2010 wurde für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen das pauschalierende Entgeltgesetz eingeführt, das die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ablöst und ab 2013 erlösrelevant sein soll. Die wesentliche Herausforderung für die Krankenhäuser besteht darin, bereits jetzt die erforderlichen organisatorischen Entwicklungen anzustoßen und den Grundstein für geeignete Informations- und Steuerungssysteme zu legen. Um das neue Vergütungssystem aktiv mitzugestalten, sind die Katholischen Kliniken Ruhrhalbinsel eines von bundesweit nur 18 Kalkulationshäusern, die mit dem Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) an der Prä-Kalkulationstestphase teilnehmen. Mit der Leistungserfassung in der Pflege (LEP®) ist zudem seit 2008 eine wissenschaftlich fundierte Methode etabliert, die hilft, pflegerische Tätigkeiten zu erfassen und daraus Nutzen für Pflegeprozesse, Personaleinsatz und Zeitmanagement zugunsten der Versorgungsqualität zu ziehen.

Weitere Projekte zur Verbesserung der Behandlungsqualität in 2010

- Arztassistenten entlasten die Ärzte von administrativen Aufgaben
- Gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten hat die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie das Hernienzentrum Essen gegründet
- Zusammen mit niedergelassenen Partnern hat die Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie ein Fußzentrum gegründet
- Mit der Gründung des Hausärztlichen Weiterbildungsverbundes Essen-Süd engagiert sich das Krankenhaus für die Ausbildung von Allgemeinmedizinern
- Ein MRSA-Screening wurde flächendeckend im Haus eingeführt
- Die Vernetzung von Studium und Praxis in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Gesundheit und Prävention (DGGP) ermöglicht die Weiterqualifikation in der somatischen und psychiatrischen Pflege
- In Kooperation mit der Kaiserswerther Diakonie hat die qualifizierte Ausbildung von Chirurgisch-Technischen Assistenten begonnen
- Die Pflege hat einen Expertenstandard für Ernährung erarbeitet
- Teddys der »Good bears of the world«-Stiftung im Rettungswagen und in der Ambulanz spenden Kindern in Notfallsituationen Trost

44 Koblenz

46 Landshut | La.KUMed

48 Vilsbiburg | La.KUMed

50 Lörrach

52 Lünen

54 Moers

56 Neuruppin

58 Oberhausen

60 Pirmasens

62 Speyer

64 Strausberg

66 Werne

68 Würzburg



*Das Gynäkologische
Krebszentrum am Klinikum
erfolgreich zertifiziert*

Gemeinsam den Krebs bekämpfen

Die Diagnose Krebs bringt das Leben aus dem Gleichgewicht. Am Klinikum Gütersloh hat sich mit dem Gynäkologischen Krebszentrum deshalb ein Kompetenzzirkel gebildet, der sich ausschließlich der umfassenden Behandlung von Tumorerkrankungen bei Frauen widmet. Die hervorragende Qualität wurde jetzt durch das bestandene Zertifizierungsverfahren des Instituts OnkoZert bestätigt.

Einen Tag lang unterzog sich das Zentrum um Leiter und Chefarzt Dr. Joachim Hulde dem Auditierungsverfahren durch das von der Deutschen Krebsgesellschaft beauftragte Institut. »Wir tun das, um unsere hohen medizinischen Standards regelmäßig zu überprüfen und Transparenz nach außen zu zeigen«, erklärt der Gynäkologe.

Die beiden Prüfer Prof. Dr. Thomas Beck und Dr. Udo Ebner gingen durch alle angegliederten Fachabteilungen, stellten Fragen nach den Strukturen, danach wie zum Beispiel die regelmäßige Tumorkonferenz gestaltet wird und wie sich die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten darstellt. Auch der Pflegestandard und die angegliederten Institutionen wie Psychoonkologie, Sozialdienst und die Vernetzung mit Selbsthilfegruppen wurden unter die Lupe genommen. Wissenschaftliche Aktivitäten der Ärzte und die Fallzahlen des Gynäkologischen Krebszentrums gehörten neben vielen weiteren Punkten außerdem in den Kriterienkatalog. Nach dem siebenstündigen Audit konnte sich das Team über ein großes Lob freuen. »Das Engagement aller Beteiligten ist bei ihnen sehr hoch«, vermerkten die Prüfenden und bescheinigten dem Kompetenzzentrum eine optimale Versorgung und die Erfüllung aller gestellten Kriterien ohne Ausnahme. Damit ist das Gynäkologische Krebszentrum des Klinikums eines von 48 anerkannten Zentren Deutschlands. »Allein von 32 deutschen Unikliniken haben nur zwölf dieses Zertifikat«, berichtet Dr. Joachim Hulde nicht ohne Stolz. Die nächsten Zentren befinden sich in Paderborn, Kassel und Hannover.

Schon seit mehr als zehn Jahren setzt die Frauenklinik ihren Schwerpunkt auf die ganzheitliche Betreuung ihrer Patientinnen. Für die optimale Behandlung von der Diagnostik über Therapie bis zur Vor- und Nachsorge setzt sich täglich ein interdisziplinäres Team aus Gynäkologen, Pflegefachkräften, Pathologen, Radiologen und Onkologen ein. Da eine Krebserkrankung auch für die Psyche eine enorme Belastung ist, stehen Psychoonkologinnen und der Sozialdienst für persönliche Gespräche jederzeit zur Verfügung. In einer wöchentlichen Tumorkonferenz beraten alle an der Behandlung Beteiligten das optimale und individuelle Therapiekonzept und besprechen gemeinsam mit der Patientin das weitere Vorgehen.

»Die ganzheitliche Betreuung und die Möglichkeit, Patientinnen im Einzelfall auch an klinischen Studien teilnehmen zu lassen, sichert eine Behandlung nach neuesten medizinischen Erkenntnissen«, bilanziert Fachärztin und Zentrumskoordinatorin Indra Babin.

◀▷ Das Klinikum Gütersloh gilt als das größte Akut-Krankenhaus der Region

◀▷ Erfolgreiche Zertifizierung des Gynäkologischen Krebszentrums



MRSA-Screening in Verbindung mit guter Handhygiene verbessert die Patientensicherheit

MRSA-Screening

Seit Juni werden im Klinikum Patienten, bei denen ein Risiko besteht, MRSA-Träger zu sein, am Aufnahme-tag mithilfe eines Schnelltests auf MRSA untersucht. Ermittelt werden die Risikofaktoren mit einem Fragebogen, den die Patienten bei der stationären und vorstationären Aufnahme erhalten. Diese Risikofaktoren wurden den Empfehlungen des Robert Koch-Institutes angepasst. Dabei werden die Patienten in zwei Gruppen eingeteilt. Zur Risikogruppe I zählen die Patienten, die bekannt MRSA positiv sind oder positiv angemeldet werden. Bei ihnen erfolgt so wie bisher eine sofortige Isolierung und Untersuchung auf MRSA mittels Kultur.

Bei Patienten der Risikogruppe II wird bei einer mit »Ja« beantworteten Frage ein Abstrich aus dem Nasen- und Rachenraum abgenommen und per PCR (Polymerase Chain Reaction (Kettenreaktion)), dem sogenannten Schnelltest, untersucht. Da das Ergebnis dieser Untersuchung in der Regel rasch vorliegt und dementsprechend zeitnah adäquate Maßnahmen ergriffen werden können, können Übertragungen auf andere Patienten reduziert beziehungsweise vermieden werden. Beim Betroffenen selbst kann durch geeignete Sanierungsmaßnahmen die Gefahr einer Infektion verringert oder sogar vermieden werden. Die PCR wird wochentags jeweils gegen 14:00 Uhr von den MitarbeiterInnen des Labors angesetzt, das Ergebnis liegt zwei Stunden später vor.

Derzeit können circa 20 bis 30 Prozent der stationären Patienten in die Risikogruppe I und II eingeordnet werden. Hier wurden bis jetzt circa vier Prozent der Patienten der Risikogruppe II MRSA positiv getestet. Dies entspricht sechs bis zehn Patienten pro Monat. Da keine Vergleichszahlen aus dem Kreis Gütersloh vorliegen, kann nicht gesagt werden, wie diese Zahlen zu bewerten sind.

Attraktiv als Arbeitgeber

Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen ist immer wieder ein Thema. Um gegen personelle Engpässe zukünftig gewappnet zu sein, ging das Klinikum 2010 das Projekt »Attraktiv als Arbeitgeber« an. Dabei wurden insgesamt vier Projekte ins Leben gerufen, die sich unter anderem mit dem zielorientierten Führen, dem Update Mitarbeitergespräche, der Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder dem Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements auseinandersetzen.

Zudem wurden weitere elf Maßnahmen-Pakete formuliert. Hier reichen die Themen von der Erstellung von Weiterbildungsordnern im Ärztlichen Dienst bis hin zur Überarbeitung des Internetauftritts für Bewerber oder die Etablierung eines Stipendienprogramms für Medizinstudenten. Grundsätzlich verfolgt das Projekt das Ziel, für zukünftige Bewerber attraktiv zu sein, aber auch die bestehenden Mitarbeiter weiterhin ans Klinikum zu binden.

44 Koblenz

46 Landshut | La.KUMed

48 Vilsbiburg | La.KUMed

50 Lörrach

52 Lünen

54 Moers

56 Neuruppin

58 Oberhausen

60 Pirmasens

62 Speyer

64 Strausberg

66 Werne

68 Würzburg



Klinikum Ingolstadt GmbH

*Präzision jenseits des
Menschenmöglichen*

Da Vinci immer besser »in Schwung«

Als erste Klinik in Bayern setzt das Klinikum Ingolstadt seit 2007 das moderne Da-Vinci-System in der Urologischen Klinik ein. Seitdem haben ihr Direktor, Prof. Dr. Andreas Manseck, und sein Team große Erfolge erzielt, wie die ersten Studienergebnisse zeigen. Die Präzision der Eingriffe hat immer mehr zugenommen und liegt zum Teil deutlich über den Ergebnissen der Studien, die ohne oder auch mit Da-Vinci-System ausgewertet wurden. Von den 127 radikalen Prostatovesikolektomien im Klinikum wurden 2010 bereits 119 roboterassistiert durchgeführt. Die Kombination aus dem Fingerspitzengefühl des erfahrenen Operateurs und der Präzision der filigranen Roboterwerkzeuge führt insgesamt zu deutlichen Verbesserungen für die Patienten. Die minimal-invasive Technik sorgt für eine geringe Belastung durch kleine und präzise Schnitte und zu einer deutlich schnelleren Rückkehr in das normale Alltagsleben. Entscheidend für die Patienten sind ein deutlich verbesserter Nerverhalt und Erhalt der Erektionsfähigkeit. Hinzu kommen weniger Wundheilungsstörungen, weniger Schmerzen und ein geringerer Blutverlust für die Patienten. Durch eine schonendere Präparation des Schließmuskels der Harnblase bleibt eine höhere Kontinenzrate. Die moderne Technik ermöglicht zudem eine größere Sicherheit bei der Tumorkontrolle.

*Großes Potenzial für
Verbesserungen*

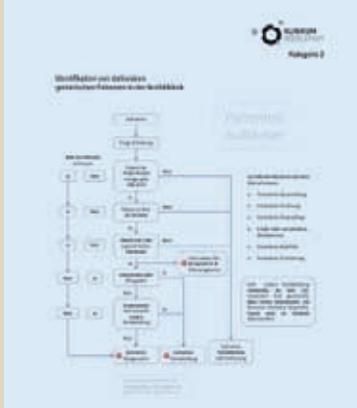
Beschwerden erwünscht

Beschwerden hört niemand gern – aber man sollte sie nutzen. Nach diesem Motto hat das Klinikum Ingolstadt im Februar 2010 ein professionelles Beschwerdemanagement ins Leben gerufen. Neben der externen, unabhängigen Patientenfürsprecherin Marianne Hagn, die bereits seit vielen Jahren Anwältin der Patienten ist, haben diese nun eine weitere interne Anlaufstelle, an die sie sich mit Anregungen, Wünschen und Kritik wenden können.

Beschwerdemanagerin Erika Raab und ihr Team beantworten jede Beschwerde. Die Reaktion hängt dabei von festen Kriterien ab, die nach objektiven Maßstäben eine gerechte Behandlung der Beschwerde ermöglichen sollen. Im Sinne der Patientenzufriedenheit stehen dabei Kulanz und Verständnis für die Belange der Patienten im Vordergrund. Eine ebenso wichtige Aufgabe aber ist es, die Beschwerden detailliert zu erfassen, zu dokumentieren und zu analysieren, um das darin schlummernde Potenzial zu nutzen: »Aus Fehlern lernen« heißt dabei das Motto. Denn die Sicht der Patienten bietet eine neue und sehr wichtige Perspektive auf die eigenen Leistungen.

187 Beschwerden mit 256 Beschwerdegründen gingen in den ersten zehn Monaten bis Jahresende ein. Das Beschwerdemanagement hat jede einzelne davon kategorisiert, ausgewertet sowie die entsprechenden Maßnahmen in die Wege geleitet und koordiniert. In diesem Jahr soll der nächste Schritt gegangen werden: Das Beschwerdemanagement und seine Optimierungspotenziale sollen in das Qualitätsmanagementsystem integriert werden. Das Ziel ist klar: Die Qualität der Versorgung im Sinne der Patienten dort zu verbessern, wo sie nach den Beschwerdeergebnissen den größten Bedarf sehen.

- ◀▶ Prof. Dr. Andreas Manseck bei der radikalen Prostatektomie am Roboterarbeitsplatz im Klinikum Ingolstadt
- ◀▶ Beschwerdemanagerin Erika Raab und Patientenfürsprecherin Marianne Hagn
- ◀▶ Der neu entwickelte und bereits im Einsatz befindliche Assessment-Bogen des Notfallzentrums
- ◀▶ Chefarzt Prof. Dr. Karlheinz Seidl



Den Bedürfnissen der älteren Patienten gerecht werden

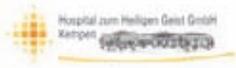
Akutgeriatrie bringt echte Altersmedizin

Der demografische Wandel stellt die Krankenhausmedizin vor immer neue Herausforderungen. Mehr als die Hälfte der Patienten im Klinikum wie auch in den meisten anderen Häusern ist oft deutlich über 65 Jahre alt. Sich auf eine solch große Zahl älterer Patienten nicht einzustellen, wäre unverantwortlich. Im Klinikum hat die geriatrische Versorgung daher eine lange Tradition. Nachdem in Bayern Ende 2009 die Voraussetzungen dafür geschaffen wurden, hat das Klinikum im Juli 2010 eine eigene akutgeriatrische Hauptabteilung geschaffen, die sich besonders den Bedürfnissen der älteren Patienten annimmt. Bei Bedarf können sie nun auf einer speziell auf ihre Versorgung eingestellten Station individuell akutgeriatrisch behandelt werden. Rund 300 Patienten konnte die Station in ihrem ersten Halbjahr entlassen, und die Erfahrungen sind durchweg positiv. Die Station bietet eine echte Altersmedizin, die insbesondere die zahlreichen multimorbiden Patienten durch eine spezifische akutgeriatrische Versorgung und aktivierende Pflege auf dem Weg zu einer möglichst großen Selbstständigkeit unterstützt. Die Versorgung erfolgt durch ein multidisziplinäres Team aus speziell ausgebildeten Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten nach individuell erstellten Behandlungsplänen, die in wöchentlichen fallbezogenen Teambesprechungen gemeinsam entwickelt werden. Vom Assessment bei der Aufnahme bis zum reibungslosen Übergang in die poststationäre Versorgung durch Kooperation mit geriatrischen Zentren erfolgt so eine durchgehende akutgeriatrische Begleitung der Patienten. Davon profitiert das Klinikum, vor allem aber die Patienten. Denn sie erhalten nun eine Behandlung, die genau auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten ist.

Elektrik des Herzens im Mittelpunkt

Der Elektrik des Herzens auf der Spur

Um Herzerkrankungen ausreichend behandeln zu können, ist ein elektrophysiologisches Labor von entscheidender Bedeutung. Mit seinem Herzkatheterlabor verfügt das Klinikum seit Langem über alle Möglichkeiten in diesem Bereich. Anfang Oktober 2010 wurden diese durch die Erweiterung mit einer eigenen elektrophysiologischen Klinik unter der Leitung von Prof. Dr. Karlheinz Seidl erweitert und verfeinert. Die Klinik verfügt über modernste Ausstattung wie EPU-Katheterlabor, EPU-Messplatz, Radiofrequenzgenerator oder 3D-Mappingsystem. In Verbindung mit einem erfahrenen Team stehen dadurch die modernsten Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie aller Arten von Herzerkrankungen zur Verfügung. Als einziges Krankenhaus der Region Ingolstadt bietet das Klinikum alle Varianten elektrophysiologischer Interventionen und eine vollwertige Versorgung bei Herzrhythmusstörungen. Modernste Mapping- und Ablations-Methoden und medizinische Geräte sowie die Berücksichtigung neuester Forschungsergebnisse sichern und steigern die Qualität. Durch die Behandlung können viele Arten von Herzrhythmusstörungen mit einer Erfolgsaussicht von bis zu 95 Prozent dauerhaft geheilt werden. Ein Ziel für die Zukunft ist es, als Referenzzentrum Kooperationen mit anderen Kliniken für die Behandlung komplexer Herzrhythmusstörungen zu etablieren und den Patienten dadurch eine noch bessere und effektivere Diagnostik und Therapie zu bieten.



Nicht Visionen nachhängen, sondern konkrete Hilfe für Patienten ermöglichen

Hospital zum Heiligen Geist GmbH

Die Tumorkonferenz im Hospital zum Heiligen Geist

Seit März 2009 findet im Hospital zum Heiligen Geist im niederrheinischen Kempen pro Woche eine Tumorkonferenz statt. Im Jahr 2010 entwickelte sich die Expertenrunde zum festen Bestandteil der Behandlungsplanung und der Kommunikationskultur im Kempener Krankenhaus.

Entstanden ist das Forum des interdisziplinären Austausches durch enge Kooperation mit der hämatologisch-onkologischen und internistischen Schwerpunktpraxis der Dres. Schaefers, Quabeck und Lucas-Langenohl in Duisburg.

Von Anfang an dabei ist Dr. Matthias Neugebauer, internistischer Oberarzt und Koordinator des Forums. Der Auslöser für die Einrichtung der Tumorkonferenz sei die Feststellung gewesen, dass von den Patienten, die in das Haus eingewiesen wurden, immer mehr an Krebserkrankungen gelitten hätten, nennt Dr. Matthias Neugebauer das Initial zur Gründung der Tumorkonferenz.

Im Sinne einer leitliniengerechten Behandlung und Therapie wolle man jetzt das Optimum für die Patienten erreichen und deshalb sei es wichtig, dass der Rat von spezialisierten Medizinern und Therapeuten in die Entscheidungen einbezogen werde, beschreibt der Internist die Ausrichtung der Gespräche über ausgesuchte Fälle. Als Akutkrankenhaus ohne onkologische Fachabteilung sehe man jeden Tag Patienten, die mit onkologischen Befunden kämen und die eine Antwort auf ihre Fragen erwarteten. Außerdem habe es gerade auf dem Gebiet der internistischen Onkologie und medikamentösen Therapie derart große Fortschritte gegeben, dass das Spezialistenwissen eine wichtige Stütze bei Therapieentscheidungen sei. Man wolle für die Patienten früh die richtigen Weichen stellen, denn gerade in der internistischen Onkologie hänge ein Therapieerfolg mitunter auch vom leitliniengerechten Start ab.

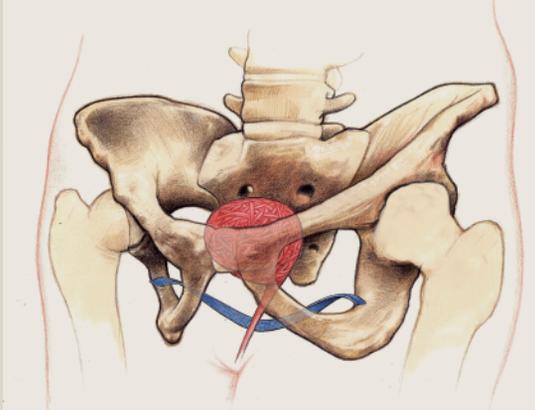
Kurze Wege, auf denen Therapieentscheidungen schnell zur Reife gebracht werden

Doch nicht nur Internisten profitieren von den Fallbesprechungen. Mit am Tisch sitzen Chirurgen, Radiologen, Strahlentherapeuten, Pathologen und Psychoonkologen. Das Ziel im Hospital zum Heiligen Geist sei das Angebot und die Möglichkeit einer komplexen Therapie aus einer Hand für alle Patienten, wie Chefarzt Dr. Oliver Schmidt Osterkamp betont. Der Gastroenterologe ist seit Kurzem im Hospital tätig und schätzt vor allem die kurzen Wege, mit denen Therapieentscheidungen schnell zur Reife gebracht und Behandlungsstrategien umgesetzt werden können.

Eigene onkologische Fachabteilung als Fernziel

Irgendwann habe man vielleicht eine eigene onkologische Fachabteilung in der Inneren Medizin, formulierte Dr. Matthias Neugebauer ein Fernziel, das auch die Krankenhausleitung ins Visier genommen hat. Vom Erfolg der Tumorkonferenz profitierten die Patienten des Kempener Kranken-

- ◀▷ Patient Georg Feistauer (63) ist froh über den Behandlungserfolg, den Oberarzt Dr. Matthias Neugebauer und Gesundheits- und Krankenpflegerin Sarah Stamm vor der Entlassung noch einmal kontrollieren
- ◀▷ Über das MRT-Ergebnis diskutieren (von links): Dr. Oliver Schmidt Osterkamp (Chefarzt Innere 1), Dr. Matthias Neugebauer (Oberarzt Innere 1), Dr. Jens Haustein (Innere), Dr. Sabine Leenen, Dr. Hajo Wilkens (Chefarzt und Oberärztin Gynäkologie und Geburtshilfe), Dr. Michael Schaefers (Onkologiepraxis Duisburg), Dr. Hermann Thielen (Oberarzt Urologie)
- ◀▷ Ein Kunststoffband stützt die Harnröhre



hauses allerdings schon im Berichtsjahr 2010. Das sei mehr als ein guter Grund, in der Expertenrunde nicht Visionen nachzuhängen, sondern akut Hilfen und Behandlungswege für Patienten zu entwickeln und umzusetzen, so Dr. Matthias Neugebauer.

TVT-OP bringt Lebensqualität und Lebensfreude zurück

Beim Niesen, Husten, Lachen oder Anheben einer Last geht manchmal unfreiwillig etwas Urin verloren. Obwohl allein in Deutschland mehr als fünf Millionen Menschen davon betroffen sind, ist die im Alter weit verbreitete Harninkontinenz noch immer ein Tabuthema. Wenn Beckenbodengymnastik und Medikamente nicht mehr helfen, ist der Leidensdruck meist immens, Betroffene meiden oft zunehmend die Öffentlichkeit.

Das Hospital zum Heiligen Geist in Kempen hat im Berichtsjahr 2010 in der gynäkologischen Klinik die Methodik der TVT-Operation (Tension-free Vaginal Tape) weiter ausgebaut und konnte einer steigenden Anzahl betroffener Frauen helfen. Bei der OP wird ein Kunststoffband locker vor die Harnröhre gelegt. Das verhindert ein sofortiges Nachgeben bei Belastung. Wird die Harnröhre gestützt und am Tiefertreten gehindert, öffnet sich der Schließmuskel nicht sofort. Zusätzlich regt das Band die Zellen zur Bindegewebsproduktion an. Ein mehr als positiver Nebeneffekt, da schwaches Bindegewebe eine Ursache der Belastungsinkontinenz ist.

Frauen sind noch fünf Jahre nach dem Eingriff kontinent

Die TVT-Operation führt in rund 85 Prozent der Fälle zur Heilung. Und zwar nicht nur kurzfristig: Auch nach fünf Jahren seien alle erfolgreich operierten Frauen kontinent, hieß es in der Ärzte Zeitung. Bei weiteren 10 Prozent aller Patientinnen verringerten sich die Beschwerden. Allerdings gibt es in vielen Kliniken Altersgrenzen für eine TVT-Operation, da man befürchte, dass durch den massiven Quetschungsvorgang bei der Geburt das Band verrutschen könne, weiß Dr. Hajo Wilkens, Chefarzt der Gynäkologie und Geburtshilfe im Kempener Hospital. Seine Patientinnen müssen deshalb mindestens 35 Jahre alt sein, andere Krankenhäuser setzen die Grenze bei 40 Jahren.

Für die TVT-Operation reicht eine örtliche Betäubung

Die minimal-invasive TVT-Operation ist recht unkompliziert, dauert meistens nur 30 Minuten und lässt sich gut in örtlicher Betäubung vornehmen. Um zu beurteilen, ob das Band richtig sitzt, ist das ein Vorteil. Viele Ärzte lassen ihre Patientinnen bei der Operation zur Kontrolle husten.

Obwohl die Patientin anschließend schnell wohlauf ist, rät Dr. Hajo Wilkens mit Blick auf selten auftretende Verletzungen der Blutgefäße oder des Beckens von ambulanten Eingriffen ab. Man müsse beobachten, ob die Patientin gut Wasser lassen kann, so der Chefarzt. In Kempen habe man schon sehr vielen Patientinnen mit dieser und ähnlichen Operationsmethoden im Beckenbodenbereich nachhaltig helfen können.

Herzhaftes Lachen muss für Frauen mit Blasenschwäche kein Problem mehr sein



*Verkürzte OP-Wartezeiten
und Verbesserung des
funktionellen Ergebnisses*

*Naomi Feil, Expertin
in Sachen Demenz,
leitete 2010 eine
spezielle Fortbildung*

*Der Förderverein unter-
stützte das Kapellen-
projekt mit Spenden von
über 300.000 Euro*

Stiftungsklinikum Mittelrhein GmbH

Kein langes Warten mehr auf Knie- oder Hüftoperation

Oft betragen die Wartezeiten für eine Knie- oder Hüftoperation viele Monate. Für die Patienten, die trotz medikamentöser Behandlung oder Krankengymnastik unter unerträglichen Schmerzen leiden, erhöht sich ihr Leidensdruck zusätzlich.

Das Stiftungsklinikum Mittelrhein verbessert diese Situation bei Knie- oder Hüftoperationen. Das Zentrum für Unfallchirurgie und Orthopädie hat ein Verfahren eingeführt, das eine zeitnahe, effiziente und ganzheitliche Behandlung gewährleistet. Bei Anfrage erhalten Patienten umgehend einen Termin für die Sprechstunde, in der möglichst zeitnah der Termin für die Operation vereinbart wird. Patienten, die auch kurzfristig einen Termin wahrnehmen können, werden telefonisch informiert, sobald eine Lücke entsteht.

Neben der Verbesserung von organisatorischen Abläufen werden die Patienten zusätzlich bereits vor ihrer Operation durch die Teilnahme an einem muskelaufbauenden Training auf die Zeit nach der Operation vorbereitet. Diese Maßnahme verbessert die Aussicht nach der Operation wieder schnellstmöglich gehfähig zu werden.

Demenzkranken Rückhalt geben

Die Alterserkrankung Demenz hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Da sich Demenzkranke aufgrund ihrer eingeschränkten Wahrnehmungsfähigkeit nur schlecht an die Abläufe in einem Krankenhaus anpassen können, empfinden sie einen Krankenhausaufenthalt als Stress. Nicht selten reagieren sie nach Narkosen mit akuten Verwirrheitszuständen. Damit es zu keiner Krisensituation mit negativen Auswirkungen auf ihre weitere Lebensperspektive kommt, sind Demenzkranke auf ein entängstigendes und kompetentes Umfeld angewiesen.

Mit regelmäßigen Fortbildungen für Mitarbeiter, einem Fortbildungsangebot für pflegende Angehörige sowie der aktiven Mitgliedschaft im Koblenzer »Netzwerk Demenz« hat das Stiftungsklinikum Mittelrhein seit einigen Jahren begonnen, sich auf diese wachsende Patientengruppe einzustellen. Die Entwicklung des 160 Stunden umfassenden Qualifizierungsangebots »Präsenzkräfte Demenz und Pflegehilfskräfte« entspricht dem steigenden Bildungsbedarf zu dieser Thematik.

Ein Platz für Besinnung und Gebet

Neben der notwendigen medizinischen und pflegerischen Versorgung brauchen viele Menschen eine Insel der Ruhe und Besinnung, einen Ort für Dank und Bitte in schwieriger Zeit, einen Ort der Nähe zu Gott mit Hoffnung und Trost. Die bisher am Standort Koblenz zur Verfügung stehenden Räume boten den Patienten und Besuchern nicht die Ruhe, die sie suchten.

◀▷ Im Stiftungsklinikum Mittelrhein finden Patienten modernste Technik gekoppelt mit Menschlichkeit und Geborgenheit

◀▷ Brennende Kerzen in der Kapelle St. Martin: Symbole für Hoffnung und Trost

◀▷ Unterricht im Krankenzimmer: Schulkinder unterstützen Friedensdorf-Kinder, darunter auch Cacilda aus Mosambik



Das außergewöhnliche Bauprojekt »Kapelle St. Martin« wurde vor drei Jahren ins Leben gerufen. Mit der Einsegnung des von Markus Lüpertz gestalteten, acht mal vier Meter großen Fensters steht den Patienten sowie allen Besuchern des Krankenhauses nun ein Ort der Ruhe und Stille zur Verfügung. Die Kapelle ist 130 Quadratmeter groß und bietet Raum für dreißig Personen.

Klare Informationen für Patienten

Inzwischen besuchen über 8.000 Personen monatlich unsere Klinikseite

Eine Studie des BKK Bundesverbandes zeigt: 16 Prozent der befragten Personen gab an, für einen planbaren Krankenhausaufenthalt das Internet als Informationsquelle zu nutzen. Tendenz steigend.

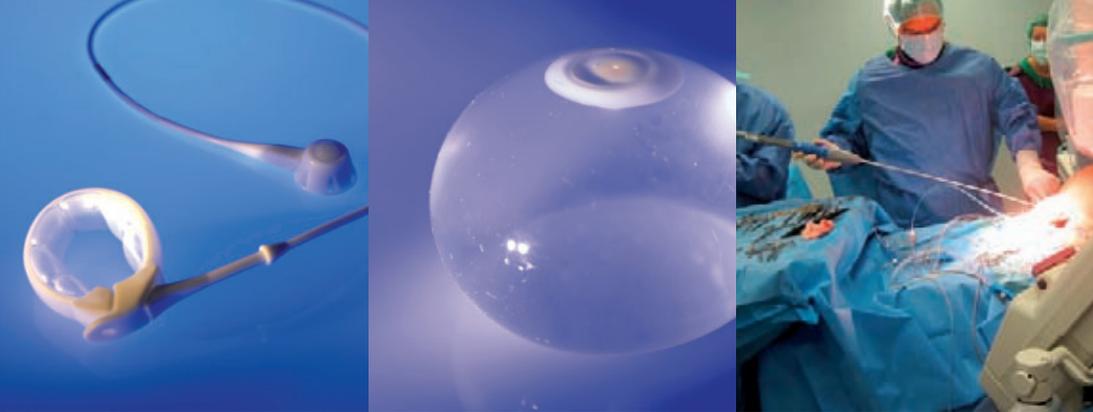
Bei der Neugestaltung der Internetseite des Stiftungsklinikums Mittelrhein galt es daher, durch eine klare Strukturierung, eine verständliche Darstellung medizinischer Informationen sowie Informationen über organisatorische Abläufe den Informationsbedürfnissen der Patienten, Senioren und niedergelassenen Ärzte Rechnung zu tragen.

Seit August 2010 hat das Stiftungsklinikum Mittelrhein einen neuen Internetauftritt. Unter der gewohnten Adresse (www.stiftungsklinikum.de) präsentiert sich der Krankenhausverbund am Mittelrhein weltweit in neuem Design. Beim Wettbewerb »Deutschlands Beste Klinik-Website 2010« belegte das Stiftungsklinikum Mittelrhein im Feld von 497 Mitbewerbern den achten Platz.

Weitere Projekte zur Verbesserung der Behandlungsqualität im Jahr 2010

Auch in 2011 ist die Steigerung der Patientenzufriedenheit das oberste Ziel

- Die Einführung der neuen Behandlungsmethode »Intrakranielle Thrombektomie mit Mikrodrahtretrievern« verbessert die Chancen für Schlaganfallpatienten, ein Blutgerinnsel in den Arterien des Kopfes schnell und sicher aufzulösen.
- die Anschaffung von neuen Hightech-Geräten wie zum Beispiel eines Gerätes für die Blutwäsche, eines Ultraschallkatheters (Intravasculäres Ultraschallgerät) für das Herzkatheterlabor, eines Gerätes zur Untersuchung der Speiseröhre (HR-Manometriergerät) und eines Mikroskops in der Klinik für Neurochirurgie
- der Bezug des Neubaus des Bettenhauses am Standort Nastätten, die Neuschaffung eines modernen und patientengerechten Aufwachraumes sowie der Zentralen Sterilgutversorgungs-Abteilung am Standort Koblenz
- die Durchführung einer umfangreichen Befragung niedergelassener Ärzte zur Verbesserung einer gemeinsamen Versorgung von Patienten
- die Einrichtung eines Patientenfernsehens »Stiftungsklinikum Mittelrhein-TV«
- die Einführung eines elektronisch gesteuerten Bettenmanagements
- Mitarbeiterbefragung zur Steigerung der Versorgungsqualität
- Patientenbefragung zur Steigerung der Patientenzufriedenheit
- Einführung eines Verfahrens zur Steuerung und Lenkung von Vorgabedokumenten



La.KUMed



Mit der Adipositaschirurgie stellt sich das Krankenhaus auf die demografische Entwicklung ein

Krankenhaus Landshut-Achdorf

Adipositaschirurgie am Krankenhaus Landshut-Achdorf

Im Januar 2010 wurde die moderne Adipositaschirurgie im Krankenhaus Landshut-Achdorf eingeführt. Entsprechende Eingriffe können dank chirurgischer »Schwerlasttechnik« sicher und überwiegend minimal-invasiv durchgeführt werden. Auf den Stationen sind Zimmer mit spezieller Ausstattung für extrem übergewichtige Patienten eingerichtet worden. Neben vergrößerten Badezimmern und verstärktem Mobiliar ist auch eine Hebevorrichtung an der Decke angebracht, um die Pflege zu erleichtern. Das Team um Prof. Dr. Johannes Schmidt bietet neben speziellen Sprechstunden alle gängigen operativen Verfahren wie Magenbandanlage, Magen-Bypass und Magenschlauchbildung an. In Zusammenarbeit mit der Medizinischen Klinik II werden außerdem Magenballons via Gastroskopie eingesetzt. Darüber hinaus steht ein interdisziplinäres Ernährungsteam zur Verfügung.

Zertifizierung »Anerkanntes Gefäßzentrum (DGG)«

Eine ganz besondere Auszeichnung hat die Chirurgische Klinik III unter Leitung von Chefarzt Dr. Johann Hatzl und das von ihm gegründete Interdisziplinäre Gefäßzentrum Landshut-Achdorf im Jahr 2010 erhalten: Die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) hat Landshut-Achdorf als »Anerkanntes Gefäßzentrum (DGG)« zertifiziert.

Das interdisziplinäre Gefäßzentrum erhielt das Zertifikat der DGG aufgrund seiner langjährigen Erfahrung und des hohen medizinischen Qualitätsstandards bei der erfolgreichen Behandlung von Gefäßerkrankungen. In Bayern erhielten bisher weniger als zehn Gefäßzentren diese Zertifizierung.

Im Zertifizierungsverfahren konnte das Gefäßzentrum Landshut-Achdorf nachweisen, dass es die Qualitätsrichtlinien von allen drei medizinischen Fachbereichen – Angiologie, Radiologie und Gefäßchirurgie – erfüllt. Bereits seit der Gründung der Klinik für Gefäßchirurgie 2004 wurden die Strukturen eines Gefäßzentrums durch enge Kooperation mit der Medizinischen Klinik I (Kardiologie/Angiologie) und dem Institut für Radiologie gelebt. Nur auf diese Weise ist es möglich, den aktuellen Wissensstand der Gefäßmedizin durch Bündelung von Spezialisten anzubieten, um aus der Vielzahl der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten individuell und kompetent die richtige Behandlung für den Patienten auszuwählen.

Nach Absprache der beteiligten Ärzte wird für jeden Patienten individuell der optimale Behandlungsplan festgelegt. So wird ein Maximum an fachlicher Kompetenz und persönlicher Zuwendung für die Behandlung jedes einzelnen Patienten gewährleistet. Positive Folgen sind: kürzere Wege,

- ◀▷ Modernes justierbares Magenband
- ◀▷ Magenballon, der circa sechs Monate im Magen bleiben kann
- ◀▷ Das Gefäßzentrum, nun zertifiziert nach den Richtlinien der DGG
- ◀▷ Prof. Dr. Dr. Hager (rechts) gratuliert Chefarzt Prof. Dr. Johannes Schmidt zur erfolgreichen Zertifizierung des Darmzentrums



Vermeidung von Doppeluntersuchungen, und – am wichtigsten – individuell für jeden Patienten ausgearbeitete Behandlungskonzepte und alle modernen Therapiemöglichkeiten auf höchstem Niveau.

Über 2.500 Patienten wurden im Jahr 2010 im Gefäßzentrum Landshut-Achdorf behandelt – sowohl ambulant als auch stationär.

Kompetenzzentrum für Chirurgische Koloproktologie

Nach der bereits im Jahr 2009 erfolgten Zertifizierung des La.KUMed-Darmzentrums verlieh die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Coloproktologie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (CACP/GAV) im Januar 2010 zusätzlich das Prädikat »Kompetenzzentrum für chirurgische Koloproktologie«. Der frühere Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie und Nestor der Deutschen Proktologie, Prof. Dr. Dr. Hager, hat sich persönlich bei einem Besuch in Landshut-Achdorf von der hohen Qualität und Leistungsfähigkeit des Darmzentrums überzeugt. Von den 385 Plankrankenhäusern Bayerns haben bisher nur zehn diese Auszeichnung erhalten.

Onkologisches und Palliativmedizinisches Netzwerk

2010 hat La.KUMed mit der Eröffnung des Interdisziplinären Zentrums für Schmerztherapie, dem weiteren Ausbau der Akademie für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin und der Gründung des Onkologischen und Palliativmedizinischen Zentrums Landshut das Onkologische Netzwerk Landshut weiter ausgebaut. Die stationäre Arbeit der Palliativstation am Krankenhaus Landshut-Achdorf, ebenfalls Partner im Onkologischen Zentrum, wird mittlerweile durch ambulante Leistungen wie der Brückenpflege und der speziellen ambulanten Palliativversorgung, die in Kooperation mit der hämatologisch-onkologischen Schwerpunktpraxis in Landshut betrieben wird, ergänzt. 2011 wird mit dem Hospiz in Vilsbiburg ein weiterer wichtiger Pfeiler im Netzwerk entstehen.

Ziel des Onkologischen und Palliativmedizinischen Netzwerkes ist die Sicherstellung einer durchgehenden medizinischen Versorgung von Patienten mit Krebserkrankungen sowie von geriatrisch-onkologischen Patienten, Patienten mit chronischen Schmerzen und mit anderen fortgeschrittenen Erkrankungen und begrenzter Lebenserwartung. Durch den Ausbau des Netzwerkes konnte die Zahl und Dauer stationärer Aufnahmen bereits reduziert werden. Die ersten Ergebnisse einer noch laufenden Befragung der Palliativpatienten erbrachten einen hohen Zufriedenheitsgrad insbesondere mit der vom Netzwerk etablierten engen Verzahnung von stationärer und ambulanter Behandlung. Wenn 2011 das Hospiz für die Region Landshut und Südostbayern den Betrieb aufnimmt, bietet die Region eine umfassende, allen Patientenbedürfnissen gerecht werdende Versorgung für alle palliativen Patienten – sowohl stationär als auch ambulant.

Die Verzahnung von ambulanter und stationärer Therapie ist ein wesentlicher Bestandteil des Netzwerks



Krankenhaus Vilsbiburg

Endoprothetik

Im Bereich der Hüftendoprothetik setzt das Ärzteteam der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie weiterhin auf langjährig bewährte Implantate mit modernen Gleitpaarungen, durch die lange Standzeiten in Aussicht gestellt werden können. Die Versorgung mit Großkopf-Gleitpaarungen aus Keramik verbessert die Beweglichkeit, senkt das Luxationsrisiko sowie das Impingement.

Die Klinik hat beim Einsatz des künstlichen Hüftgelenks die besten Ergebnisse innerhalb des bundesweiten CLINOTEL-Krankenhausvergleichs erzielt (unter anderem die niedrigste perioperative Transfusionswahrscheinlichkeit); die Vilsbiburger Ergebnisse liegen deutlich über denen des EQS G-BA Bundesdurchschnitts. Basis für die guten Behandlungsergebnisse ist neben der hohen Operationszahl – jährlich mehr als 400 Knie-, Hüft- und Schulter-Operationen allein im endoprothetischen Bereich – auch die enge Arzt-Patienten-Beziehung.

Für Patienten, die im Krankenhaus Vilsbiburg ein neues Gelenk erhalten, ist eine durchgehende Arzt-Patienten-Beziehung während des gesamten Behandlungsverlaufs sichergestellt: Beratungssprechstunde, Operation und Nachuntersuchung werden ausschließlich durch den Chefarzt Dr. Hermann Albersdörfer und den Leitenden Arzt Dr. Thomas Lorenz durchgeführt. Beide visitieren ihre Patienten während des stationären Aufenthaltes täglich.

Kreuzbeinschrittmacher zur Therapie der Stuhlinkontinenz

2010 wurden weitere Kreuzbeinschrittmacher zur Therapie der Stuhlinkontinenz implantiert, nachdem das Ärzteteam des Inkontinenz- und Beckenbodenzentrums Vilsbiburg im Vorjahr niederbayernweit die erste erfolgreiche Implantation eines Kreuzbeinschrittmachers durchgeführt hatte.

Dabei wird eine Schrittmacherstimulation der sakralen Nervenwurzeln am Austritt aus dem Kreuzbein durchgeführt und über eine Miniinzision eine Stimulationssonde durch das Os sacrum an den Sakralnervenplexus gelegt. Das Stimulationsaggregat wird im Bereich des Gesäßes implantiert. Die Feinregulation der Stimulationsfunktionen kann nach der Operation selbsttätig durch den Patienten über eine Fernbedienung vorgenommen werden. Durch diese permanente Stimulation erhöht sich der anale Zwickdruck, zum Teil auch der Ruhedruck, und es verbessert sich die anorektale Sensorik.

Das Verfahren zeigt eine hohe Erfolgsrate – diese liegt bei über 80 Prozent –, ist sicher und wenig komplikationsträchtig und erhöht die Lebensqualität der Patienten deutlich.

Die Implantation des Schrittmachers hat eine hohe Erfolgsquote, ist sicher und wenig komplikationsträchtig

- ◀▷ Arthroskopie einer Schulter
- ◀▷ Kreuzbeinschrittacher steigern die Lebensqualität der Patienten
- ◀▷ Das multidisziplinäre Behandlungsteam des interdisziplinären Zentrums für Schmerztherapie



Schmerztherapie

Seit April 2010 werden mit dem Interdisziplinären Zentrum für Schmerztherapie Vilsbiburg neue medizinische Leistungen angeboten. Schwerpunkt ist die multimodale Behandlung von Tumorschmerzen sowie die Therapie chronischer Schmerzen, bei denen neben körperlichen Symptomen auch psychische und soziale Faktoren zu einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Lebensqualität geführt haben.

Jede Form von Schmerzen lässt sich mit der richtigen Therapie behandeln und lindern. In interdisziplinärer Zusammenarbeit wird im Krankenhaus Vilsbiburg die für die Patienten jeweils beste therapeutische Alternative gesucht. Für die Patienten steht ein Team aus erfahrenen Spezialisten verschiedener Fachbereiche bereit. Mit dem Algesiologikum, dem Kooperationspartner im Bereich Schmerztherapie, hat La.KUMed deutschlandweit anerkannte Spezialisten in Sachen Schmerztherapie für die Region gewinnen können.

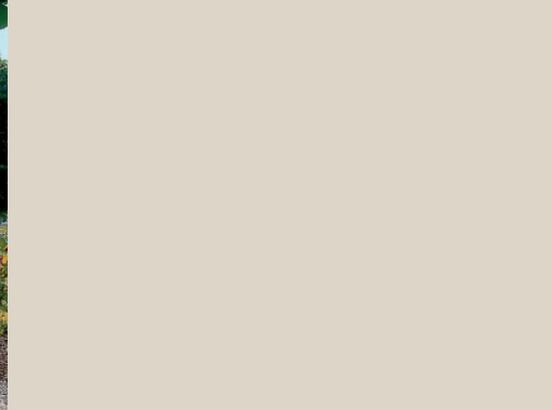
Grundlage der Behandlung ist die multimodale Schmerztherapie. Das heißt: Neben rein medizinischer Therapie finden immer auch psychologische Verfahren, Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie, Entspannungsverfahren und bei Bedarf auch Ergotherapie Anwendung.

Die medizinische Schmerztherapie hat die Überprüfung und Optimierung der medikamentösen Schmerztherapie im Fokus. Bei entsprechender Indikation kommen auch invasive Verfahren nach modernsten internationalen Standards wie diagnostische und therapeutische Nervenblockaden, Implantation von peripheren und rückenmarksnahen Nervenstimulationssystemen sowie Medikamentenpumpen zur Anwendung.

Die Einstellung und Behandlung von Patienten mit tragbaren Pumpsystemen kann ebenfalls im Interdisziplinären Zentrum für Schmerztherapie vorgenommen werden. Die psychologische Schmerztherapie dient dazu, sowohl die Schmerzempfindung als auch die mit Schmerzen verbundenen Beeinträchtigungen in Alltag, Erleben und Verhalten zu verringern. Die psychologische Schmerztherapie orientiert sich dabei an bewährten psychologischen Behandlungsprinzipien und an Erkenntnissen aus der aktuellen psychologischen und medizinischen Schmerzforschung.

Einen wichtigen Stellenwert im Behandlungskonzept haben darüber hinaus Physiotherapie und medizinische Trainingstherapie. Ergänzt wird das Angebot durch sozialmedizinische Beratung und Ergotherapie.

Die Diagnose und Behandlung chronischer Schmerzen ist durch die enge Zusammenarbeit von Schmerzspezialisten unterschiedlicher Disziplinen erfolgreich. Sie betrachten die verschiedenen Aspekte der Erkrankung und legen zusammen mit den Patienten die Therapie fest und überwachen sie. Das multidisziplinäre Behandlungsteam besteht deshalb aus schmerztherapeutisch erfahrenen Ärzten verschiedener Fachdisziplinen, psychologischen Schmerztherapeuten, Physiotherapeuten und medizinischen Trainingstherapeuten, speziell ausgebildetem Pflegepersonal, Ergotherapeuten und Mitarbeitern des Sozialdienstes.



Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH

Verbesserung der Zusammenarbeit

Befragung der einweisenden Ärzte

Die gute Zusammenarbeit mit den einweisenden Ärzten ist für die drei Kliniken des Landkreises Lörrach von größter Bedeutung. Um auf empirischer Basis Rückschlüsse auf die Zufriedenheit der Einweiser und Verbesserungsmöglichkeiten in der Zusammenarbeit ziehen zu können, wurde unter externer Betreuung eine schriftliche Befragung der einweisenden Ärzte zu allen drei Standorten durchgeführt. Diese Befragung stellt einen der Bausteine dar, mit denen die Einschätzung der geleisteten Arbeit und deren Qualität erfragt werden soll, um auch hier zielführend an einer weiteren Optimierung der Versorgungsqualität der Patienten arbeiten zu können.

Restrukturierung und Effizienzsteigerung

Neuer Geschäftsführer

Die Kliniken des Landkreises Lörrach mit den drei Standorten Lörrach, Rheinfeldern und Schopfheim haben im vergangenen Jahr einen neuen Geschäftsführer bekommen. Auf Dieter Ahlbrecht, der in den Ruhestand gegangen ist, folgte zum 01.07.2010 Armin Müller. Mit dem Eintritt des Diplom-Betriebswirtes, der über einen großen Erfahrungsschatz im Krankenhauswesen und in vergleichbaren Positionen verfügt, wurden weitreichende Restrukturierungs- und Effizienzsteigerungsprozesse angestoßen, die eine Nachhaltigkeit in der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung im Landkreis Lörrach zum Ziel haben.

Stärkung der kardiologischen Abteilung

Linksherzkathetermessplatz

Da die räumliche Situation als unbefriedigend eingestuft und die vorhandenen Geräte altersbedingt ersetzt werden mussten, wurde im Kreiskrankenhaus Lörrach ein neuer Linksherzkathetermessplatz eingerichtet. Die Gesamtinvestition betrug circa 1,6 Millionen Euro und führte zu einer deutlichen Stärkung der kardiologischen Abteilung in Lörrach.

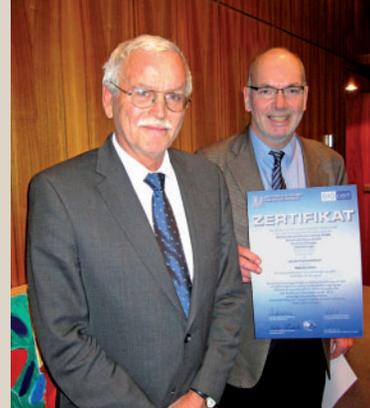
Parenterale Nahrung für Säuglinge und Zytostatika

Zentralapotheke

Im Kreiskrankenhaus Lörrach wurde für circa 3 Millionen Euro (hiervon circa 1,65 Millionen Euro Fördergelder) eine neue Zentralapotheke eingerichtet. Seit die technische Ausstattung auf dem modernsten Stand ist, werden von hier aus auch weitere, nicht zum Klinikverbund gehörende Häuser versorgt. So können in der Zentralapotheke des Kreiskrankenhauses Lörrach nun parenterale Nahrung für Säuglinge hergestellt sowie Zytostatika in Reinraumlabor vorbereiten werden. Damit konnte eine höhere Versorgungsqualität der Patienten sichergestellt werden.

◀▷ Die Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH an den drei Standorten Lörrach, Rheinfelden und Schopfheim

◀▷ Geprüft und zertifiziert: Dr. Christoph Haag (rechts) vom Kreisklinikum Lörrach nahm in Begleitung des Leitenden Ärztlichen Direktors Dr. Bernd Vetter die Zertifizierungsurkunde als Lokales Traumazentrum von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie entgegen



Lokales

Traumazentrum

Zertifizierung Traumanetzwerk Oberrhein und Stroke Unit

Nach knapp drei Jahren intensiver Arbeit, in denen Strukturen geschaffen, Investitionen getätigt und Mitarbeiter (auch präklinischer Institutionen wie des Rettungsdienstes) geschult wurden, ist es so weit: Das regionale Traumanetzwerk Oberrhein ist zertifiziert. Damit darf sich das Kreiskrankenhaus Lörrach ab sofort »Lokales Traumazentrum« nennen. »Durch das Traumazentrum wird die Zusammenarbeit bei der Behandlung Schwerverletzter in der Region optimiert. Die bestmögliche Versorgung solcher Patienten ist damit sichergestellt«, freut sich Dr. Christoph Haag, der die Zertifizierungsurkunde in der Bezirksärztekammer Freiburg am 24.11.2010 überreicht bekam.

Eine weitere Zertifizierung hat das Kreiskrankenhaus Lörrach 2010 für seine Stroke Unit erhalten. Die im Januar 2008 eröffnete Schlaganfalleinheit verbindet kurze Wege mit schneller und umfassender medizinischer und pflegerischer Betreuung und bietet einzigartige Kompetenz in der lokalen Akutversorgung neurologischer Notfälle.

Anstieg der

Patientenzahlen

Neuer Chefarzt in Rheinfelden

Mit dem Internisten Dr. Reiner Haag konnte die vakante Chefarztstelle in der Inneren Medizin in Rheinfelden seit Oktober 2010 auf das Beste neu besetzt werden. Ein sprunghafter Anstieg der Patientenzahlen war bereits innerhalb kürzester Zeit zu verzeichnen. Es zeigt sich, dass das Vertrauen von Zuweisern und Patienten und somit eine wohnortnahe Versorgung der Patienten wiederhergestellt werden konnten.

Ortsnahe stationäre

Versorgungsstruktur

Psychiatrie im Kreiskrankenhaus Schopfheim

Am Standort Schopfheim ging 2010 die Erwachsenenpsychiatrie in Betrieb. Die Baukosten betragen circa 2,2 Millionen Euro, wovon sich circa 1,15 Millionen Euro aus Fördergeldern generierten. Die Station umfasst 30 vollstationäre Betten und bietet eine ortsnahe stationäre Versorgungsstruktur im erwachsenenpsychiatrischen Bereich. Besonders erfreulich ist, dass die Psychiatrie in Schopfheim und Umgebung eine sehr gute Akzeptanz gefunden hat und darüber hinaus auch einen Beitrag zur nachhaltigen Sicherung des Krankenhausstandortes leistet.

44 Koblenz

46 Landshut | La.KUMed

48 Vilsbiburg | La.KUMed

50 Lörrach

52 Lünen

54 Moers

56 Neuruppin

58 Oberhausen

60 Pirmasens

62 Speyer

64 Strausberg

66 Werne

68 Würzburg



Klinikum Lünen – St.-Marien-Hospital GmbH

RadioOnkologie Lünen – onkologische Standortverstärkung durch Etablierung eines neuen Zentrums für Strahlenheilkunde

*Die Idee:
alle Kernleistungen
für Tumorpatienten
an einem Standort*

Nach konzeptioneller Entwicklung der Strahlentherapie durch das Klinikum Lünen – St.-Marien-Hospital nahm im Januar 2010 die neu errichtete Praxis für Strahlenheilkunde im Facharztzentrum am Klinikum Lünen ihren Betrieb auf. In enger Kooperation mit dem Klinikum ist die Versorgung aller ambulanten und stationären Patienten an einem modernen Strahlentherapiestandort gesichert.

Auf circa 700 Quadratmetern wurden moderne Behandlungsräume und Patientenruhezonen errichtet, um eine optimierte Therapie in spannungsfreier Umgebung zu ermöglichen. Diese neu konzipierte Strahlentherapie hat in ihrer interdisziplinären Zusammenarbeit mit den onkologischen Fachdisziplinen am Schwerpunktkrankenhaus Klinikum Lünen und den ambulanten Praxen im Facharztzentrum den onkologischen Standort wesentlich verstärkt.

*Verbesserte
Gerätetechnologie –
mehr heilbare Tumoren,
weniger Nebenwirkungen*

Im ersten Jahr wurden circa 800 Patientinnen und Patienten mittels moderner Gerätetechnologie onkologisch behandelt. Dadurch werden onkologische Zielvolumen (zum Beispiel Speiseröhrenkrebs) optimal erfasst und Nebenwirkungen an unmittelbar dem Bestrahlungsvolumen anliegenden Risikoorganen (zum Beispiel Rückenmark) äußerst gering gehalten. Eine im Bestrahlungsgerät eingebaute CT-Kontrolle, die sogenannte »Cone-Beam-CT«, erlaubt die Korrektur von kleinsten Lageabweichungen vor jeder Bestrahlung.

Zusätzlich bereits etablierte oder in der Entwicklung befindliche Bestrahlungstechnologien wie die intensitätsmodulierte Bestrahlung (IMRT), die Navigation und die Bildführung von beweglichen Tumoren unter Bestrahlung führen zu einer weiteren Optimierung der Bestrahlungsdosis bezogen auf das Tumorzielvolumen.

Hier stellt die IMRT eine spezielle Form der Strahlentherapie dar, bei der die Intensität der Strahlendosis innerhalb des Bestrahlungsfeldes dem Gewebe angepasst werden kann. Verschiedene Bezirke im Bestrahlungsfeld werden zudem mit unterschiedlicher Intensität bestrahlt. Prinzipiell werden mit der IMRT durch Bestrahlung vieler kleiner Felder aus möglichst unterschiedlichen Einstrahlrichtungen Strahlintensitäten generiert, die in der dreidimensionalen Überlagerung dann eine möglichst an das Tumorzivolumen adaptierte Dosisverteilung erzeugen. Die IMRT erlaubt neben der Dosisescalation in Organarealen mit hoher Tumorlast gleichzeitig eine bessere Schonung des den Tumor umgebenden strahlenempfindlichen gesunden Gewebes. Damit können Nebenwirkungen der Behandlung reduziert und Tumore mit höherer Dosis behandelt werden. Die Heilungschancen in der Tumorthherapie wie zum Beispiel beim Prostatakarzinom werden dadurch signifikant gebessert.

- ◀▷ Ruhezone für die Patientinnen und Patienten
- ◀▷ Hochmoderner Linearbeschleuniger
- ◀▷ In guten Händen durch fachübergreifende Medizin



Spezialambulanz für Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie

Ausgangslage

Die pulmonale Hypertonie ist ein in der Vergangenheit häufig vernachlässigtes Krankheitsbild in der Kompetenzschnittmenge von Pneumologen und Kardiologen. Ursächlich hierfür ist die relativ geringe Häufigkeit der Erkrankung bei insgesamt umfangreicher und zum Teil schwieriger Diagnostik. Im Mittel wurden historisch vor einer adäquaten Diagnosestellung in bis zu 30 Prozent der Fälle vier und mehr Ärzte aufgesucht. Verantwortlich hierfür war ein nur schmales Band therapeutischer Maßnahmen, die darüber hinaus nahezu sämtlich ohne Prognoseverbesserung geblieben waren. Somit waren erfolgversprechende therapeutische Maßnahmen bei einer Zweijahressterblichkeit von über 35 Prozent nicht verfügbar und dieses Krankheitsbild damit prognostisch ungünstiger als die meisten Tumoren.

In den letzten Jahren sind jedoch vielfältige Anstrengungen auf dem pharmakologisch forschenden Sektor unternommen worden, sodass mittlerweile symptomlindernde und zum Teil sogar prognoseverbessernde Substanzen zur Verfügung stehen. Da diese jedoch nur für bestimmte Subgruppen von Patienten mit pulmonalen Hypertonien indiziert sind, gleichzeitig jedoch auch für die Kostenträger einen erheblichen finanziellen Aufwand von bis zu mehreren 10.000 Euro Behandlungskosten pro Jahr darstellen, ist gesundheitspolitisch die Vorgabe zur Zentrenbildung erfolgt.

Spezialisierung und Netzwerkbildung zum Vorteil der Patientinnen und Patienten

Diese Zentren sind nach einem langwierigen Auswahlprozess im Sommer 2010 benannt und mit einer sogenannten Institutermächtigung nach § 116b Sozialgesetzbuch V versehen worden. Dabei handelt es sich um überregionale Zentren, die durch die jeweilige Landes- und Bezirksregierung für die Diagnostik und Therapie der pulmonalen Hypertonie ernannt wurden.

Die Medizinische Klinik I des Klinikums Lünen ist als überregional versorgendes Zentrum ausgewählt worden, wobei hierfür sicherlich die Ausweisung zweier hochspezialisierter Abteilungen (Pneumologie und Kardiologie) innerhalb der organisatorischen Führung einer Klinik mit ursächlich waren.

So leitet Prof. Dr. Christian Perings als Internist, Kardiologe und Pneumologe beide Fachabteilungen, die sowohl nicht-invasiv wie invasiv das komplette Spektrum der jeweiligen Teilgebiete abdecken. In enger Kooperation mit niedergelassenen Kardiologen und Pneumologen des weiteren Umfeldes wird somit kontinuierlich wachsend ein Netzwerk zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit pulmonaler Hypertonie gesponnen und damit die Versorgungsqualität für dieses Krankheitsbild nachhaltig verbessert.



St. Josef Krankenhaus GmbH Moers

Der Mensch steht in unserem Haus im Mittelpunkt. In seinem Interesse wollen wir uns ständig verbessern

Lebensqualität im Fokus: Zertifizierung als Harninkontinenz-Zentrum

Zentrale Notaufnahme: Kürzere Wartezeiten – hochwertigere Behandlungsmöglichkeiten

In den USA und Großbritannien ist das Konzept einer eigenständigen Zentralen Notaufnahme im Krankenhaus etabliert. Dabei wird der Notwendigkeit und der Bedeutung der schnellen und zielgerichteten Behandlung von Patienten mit akut auftretenden Beschwerden unterschiedlichster Art durch speziell ausgebildete Notfallmediziner Rechnung getragen, um die Behandlungsqualität weiter zu verbessern.

Seit dem 01.09.2010 führt ein fünfköpfiges Ärzteteam unter der Leitung von Dr. Rainer Körte die interdisziplinäre Zentrale Notaufnahme (ZNA) im St. Josef Krankenhaus. Das Ärzteteam der ZNA ist für die Notfallversorgung aller neurologischen, internistischen und aller Patienten mit unklarer Diagnose werktags von 8:00 bis 20:00 Uhr verantwortlich. Kürzere Wartezeiten bei gleichzeitig hochwertiger Behandlungsqualität für Patienten mit akut auftretenden Beschwerden sind das Ziel des Ärzteteams der Zentralen Notaufnahme. Gleichzeitig haben Dr. Rainer Körte und sein Team die Vernetzung zwischen dem ambulanten (einweisende Ärzte, Rettungs- und Pflegedienst) und dem stationären Versorgungsbereich für Notfallpatienten verbessert.

Urologie als Prostatazentrum zertifiziert

Im November 2010 ist die Urologische Abteilung des St. Josef Krankenhauses als 14. Prostatazentrum der Bundesrepublik nach den Vorgaben des Dachverbandes der Prostatazentren Deutschland zertifiziert worden. Die Ziele sind eine Verbesserung der Behandlungsqualität und die Versorgung von Patienten mit gutartigen und bösartigen Erkrankungen der Prostata.

Das Zentrum setzt sich zusammen aus der Krankenhausabteilung für Urologie unter der Leitung von Dr. Michael Reimann, fünf niedergelassenen Urologen und weiteren Kooperationspartnern. Die niedergelassenen urologischen Kollegen sind Dr. Christina Steltmeier aus Duisburg-Meiderich, Sabine Feldhege aus Duisburg-Rheinhausen, Dr. Harald Brand, Dr. Jörg Wehmeier und Dr. Adam Ziemacki aus Moers.

Feste Kooperationspartner sind die Strahlentherapie am Klinikum Duisburg, die Pathologie im Bethesda Krankenhaus Duisburg, eine Rehabilitationsklinik für Urologie, das Gesundheitszentrum Niederrhein am St. Josef Krankenhaus Moers mit Krankengymnastik, die Schwerpunktpraxis für Hämatologie und internistische Onkologie, Dres. Jochen Eggert, Jörg Wiegand, Paul Jehner in Moers und die Abteilung für Radiologie im St. Josef Krankenhaus Moers. Ferner arbeitet ein Psychoonkologe als Kooperationspartner mit sowie die Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Moers und das Department für Schmerz- und Palliativmedizin im St. Josef Krankenhauses in Moers.



Durch die Bündelung von Kompetenzen und Ressourcen sowie die Verzahnung von Klinik und Praxis wird das Qualitätsoptimum bei der Versorgung erreicht. Fortbildung und wissenschaftlicher Gedankenaustausch werden unter dem Dach des Prostatazentrums gefördert.

Im Mittelpunkt stehen drei Prostataerkrankungen, die durch die Zentrumsbildung erfasst werden: das benigne Prostatasyndrom, das Prostatakarzinom und die Entzündung der Prostata (Prostatitis). Die Verpflichtung der Partner, nach internationalen und nationalen Leitlinien zu behandeln, ist Voraussetzung für unser Zentrum. Wir möchten unseren Patienten in Moers und Umgebung ein Partner sein, der sich kompetent auf höchstem Niveau mit Erkrankungen der Prostata befasst.

Pflege in Moers – mit Brief und Siegel ausgezeichnet

Der Ambulante Pflegedienst wurde 2010 geprüft. Die Gesamtnote: 1,0

Die Pflege im St. Josef Krankenhaus Moers ist ausgezeichnet. Das hat jetzt das unabhängige und bundesweit tätige Institut DioCert bei einer Begehung im November 2010 bestätigt. Eine solche Zertifizierung macht die pflegerische Qualität messbar und nachvollziehbar. Der Moerser Pflegedienst hat als erster Pflegedienst der Region alle Anforderungen der Qualitätsnorm DIN EN ISO 9001:2008 erfüllt.

Der gesamte Pflegedienst des St. Josef Krankenhauses arbeitet mit einem einheitlichen Dokumentationssystem, um die Beobachtungen aus Pflege, Diagnostik und Therapie festzuhalten. Regelmäßig finden klinische Audits zur Pflegedokumentation, zur Patientensicherheit und zur Patientenzufriedenheit statt.

Der Pflegedienstleitung ist es wichtig, dass die Mitarbeiter nicht nur an Entscheidungen beteiligt, sondern über Ergebnisse und Vorhaben rasch informiert werden. Ein breit gefächertes Fort- und Weiterbildungsprogramm steht den Mitarbeitern offen – und das orientiert sich an den Qualitätsmerkmalen der nationalen pflegerischen Expertenstandards. So bleibt der hohe pflegerische Standard gewährleistet.

Weitere Projekte zur Verbesserung der Behandlungsqualität in 2010

Neben den hier genannten Projekten hat das Krankenhaus mit vielen Maßnahmen in die Sicherung der Zukunft investiert.

- Einführung eines zukunftssicheren Krankenhausinformationssystems
- Neustrukturierung der Unternehmensleitung ermöglicht eine raschere Umsetzung innovativer Projekte



*Ein Zertifikat nach
OnkoZert ist das Güte-
siegel für Krebszentren*

Ruppiner Kliniken GmbH

Darmkrebszentrum zertifiziert

Das Darmkrebszentrum Brandenburg-Nordwest unter Leitung von Dr. Thomas Buthut wurde durch OnkoZert zertifiziert. Ein externes Gremium hat bestätigt, dass das Zentrum die hohen qualitativen Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft und anderer führender Fachgesellschaften erfüllt. Überprüft wurden vor allem die Struktur und die Fallzahlen. So können nur Einrichtungen als Darmkrebszentrum zertifiziert werden, in denen eine bestimmte Anzahl an Operationen von Darmtumoren pro Jahr erfolgt.

Für eine Zertifizierung nach OnkoZert müssen viele Prozesse, die bereits bestehen, in eine standardisierte Form gebracht werden. Das setzt ein hohes Maß an Engagement aller Mitarbeiter voraus. In sogenannten Qualitätszirkeln tauschten sich Vertreter aller beteiligten Berufsgruppen aus und koordinierten die Schritte zur Optimierung bestehender und neuer Strukturen und Abläufe. Zuständigkeiten wurden festgeschrieben und die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Fachbereichen reglementiert.

Zum Darmkrebszentrum Brandenburg-Nordwest gehören neben der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, der Klinik für Strahlentherapie, der Medizinischen Klinik B und der Onkologischen Schwerpunktpraxis der Ruppiner Kliniken auch niedergelassene Fachärzte und die Klinik für Innere Medizin des Kreiskrankenhauses Prignitz. Die enge Vernetzung der verschiedenen Einrichtungen erleichtert eine umfassende Betreuung der Patienten vor, während und nach der Therapie.

Innovative Neurochirurgie

Die Klinik für Neurochirurgie der Ruppiner Kliniken unter der Leitung von Chefarzt Dr. Ralf Dörre ist die erste Klinik Brandenburgs und eine der ersten Kliniken deutschlandweit, die eine neuartige Bandscheibenprothese in die Halswirbelsäule implantiert.

Das Implantat ist aus hochwertigem Kunststoff, der die Bioverträglichkeit erhöht, denn der Stoff liegt weicher auf den Knochen der Wirbelsäule als Metall. Zudem erleichtert das neue Material die Diagnostik nach der Implantation. Kommt es beispielsweise nach der Operation um den Bandscheibenersatz zu Narbenbildungen, Rezidivvorfällen, Entzündungen oder Abszessbildungen, die Schmerzen verursachen, können diese mithilfe einer Röntgen- oder Computertomographuntersuchung nicht erkannt werden. Die einzige Möglichkeit zur Diagnostik bietet eine Untersuchung mit dem Magnetresonanztomographen (MRT).

Doch das Gerät kann nach Titanimplantationen frühestens sechs Wochen nach der Operation eingesetzt werden. Denn unmittelbar nach dem Eingriff besteht die Gefahr, dass sich unter Einwirkung des Magnetfeldes das Implantat lockert. Sechs Wochen nach der OP erschweren dann allerdings Auslöschungsschatten (Metallartefakte) die Diagnostik. Unter Umständen hilft dann nur ein erneuter operativer Eingriff, um die Hintergründe der postoperativen Schmerzen zu diagnostizieren.

Bessere Bioverträglichkeit und erleichterte Diagnostik

- ◀▷ Dr. Ralf Dörre, Chefarzt der Klinik für Neurochirurgie, und seine Kollegen implantieren Patienten moderne Bandscheibenprothesen
- ◀▷ Patienten, Gäste und Mitarbeiter ließen sich vor Ort die Linksherzkathetermessplätze und die Elektrophysiologische Untersuchung erklären
- ◀▷ Die Mitarbeiter der Ruppiner Kliniken und ihre Kinder freuen sich über die neuen Räume in der Betriebskita



Bei Verwendung des neuartigen Implantats gehören diese Probleme in Zukunft der Vergangenheit an. Das hilft nicht nur dem Patienten – es spart auch Kosten.

Kardiologie mit neuer Funktionsdiagnostik

Am 28. April feierten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ruppiner Kliniken gemeinsam mit Patienten und Gästen die weitestgehende Fertigstellung des Anbaus an der Klinik für Kardiologie und nutzten die Möglichkeit zur Besichtigung. Der verglaste Bau enthält die moderne Funktionsdiagnostik, in der die Herzkatheter- und elektrophysiologischen Untersuchungen stattfinden.

Bis Mitte des Jahres 2011 wird die gesamte Klinik in ein komplett saniertes Haus A umziehen. Der Chefarzt der Klinik, Prof. Dr. Dr. Kurt J. G. Schmailzl, freut sich, dass nach den optimalen Behandlungsbedingungen sich dann auch der Komfort für die stationären Patienten steigert.

Familienfreundliches Unternehmen – noch mehr Platz für Kinder

Die Kindertagesstätte »Wirbelwind« der Medizinischen Bildungsakademie Neuruppin (MBN), einer Tochtergesellschaft der Ruppiner Kliniken, wurde von Juni bis Anfang September 2010 durch Aus- und Umbauten um insgesamt 350 Quadratmeter Nutzfläche erweitert. Die neuen Räume bieten Platz für 28 Kinder. Die Kita »Wirbelwind« ist die einzige betriebseigene Kindertagesstätte im Landkreis Ostprignitz-Ruppin.

Damit die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ruppiner Kliniken und Tochtergesellschaften ihre Kleinen immer in der Nähe zum Arbeitsplatz und dabei in guten Händen wissen, investiert das Unternehmen gern in den Kindergarten. Und dass ein Ausbau aufgrund steigender Geburtenzahlen notwendig ist, zeigt eine erfreuliche Entwicklung. Beim Ausbau der Räume wurde insbesondere auf die TÜV-geprüfte Qualität der Möbel, auf eine kindgerechte sanitäre Einrichtung und eine kinderfreundliche Atmosphäre geachtet.

Die Kita »Wirbelwind« arbeitet nach den Grundsätzen der elementaren Bildung, das heißt aktive Förderung der Fähigkeiten der Kinder im Spiel. Es gibt für die Kinder einen festen Essraum. Ansonsten können die Kinder sich in allen Räumen frei bewegen. Insgesamt bietet die Kita »Wirbelwind« dann Platz für 110 Kinder der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ruppiner Kliniken.

Laufende Maßnahmen zur Qualitätssicherung 2010

- kontinuierliche digitale Patientenbefragung
- Zertifizierung Brustkrebszentrum
- Entwicklung einer elektronischen Signatur im Rahmen eines Pilotprojektes
- Anwendung der WHO-OP-Checkliste
- Pilotprojekt Materialwirtschaft

*Vereinbarkeit von Beruf
und Familie erleichtern*



St. Clemens Hospitale Sterkrade GmbH

Klinik für Unfallchirurgie ist jetzt »Lokales Traumazentrum« im Traumanetzwerk DGU (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie)

Der Behandlungspfad »Polytrauma«

Die Klinik für Unfallchirurgie hat erfolgreich die Anforderungen als lokaler Traumanetzwerkpartner im Traumanetzwerk DGU erfüllt. Damit verbunden war die Erstellung eines Behandlungspfades »Polytrauma«, mit dem die Abläufe geregelt wurden. Dr. Thomas Krock hat diese Aufgabe übernommen und zu einem guten Abschluss gebracht.

Bei einem sogenannten Polytrauma liegen gleichzeitig entstandene Verletzungen mehrerer Körperregionen oder Organsysteme vor, die einzeln für sich oder in ihrer Kombination lebensbedrohlich sind. Das Polytrauma ist zu unterscheiden von der Mehrfachverletzung ohne vitale Bedrohung oder der schweren lebensbedrohlichen Einzelverletzung.

Der Behandlungspfad »Polytrauma« beginnt bei der Anmeldung eines polytraumatisierten Patienten. Nach der Anmeldung durch die Rettungsleitstelle wird zu jeder Tages- und Nachtzeit automatisch das interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende Schockraumteam alarmiert. Hierzu gehören die Pflegekräfte der Ambulanz, der Oberarzt der Unfallchirurgie, der diensthabende Assistenzarzt Unfallchirurgie/Allgemeinchirurgie, der diensthabende Anästhesiarzt, eine Pflegekraft Anästhesie, der Oberarzt der Allgemein-/Viszeralchirurgie, eine OP-Pflegekraft, ein Mitarbeiter des Labors und je nach Bedarf ein Oberarzt der Anästhesie, ein Gefäßchirurg und ein Mitarbeiter der Radiologie. Jeder der Beteiligten ist dank des Behandlungspfades genau darüber informiert, was und wie zu tun ist.

Die vier Phasen der Erstversorgung

Die erfolgreiche Behandlung eines »Polytraumatisierten« ist eng verknüpft mit der Zeit, in der seine Erstversorgung adäquat stattfindet. Hier gilt: schnell und sorgfältig. Eine sogenannte »Traumauhr« hilft, die entsprechenden Zeitvorgaben der einzelnen hinterlegten Phasen einzuhalten.

Es werden vier Phasen unterschieden: Phase Rot 0 bis 5 Minuten, Phase Gelb 6 bis 15 Minuten, Phase Blau 16 bis 30 Minuten, Phase Grün 31 bis 60 Minuten. Für jede der einzelnen Phasen gibt der Behandlungspfad genau vor, was in dieser Zeit zu tun ist. Ist in Phase Grün alles Notwendige erledigt, verbessert sich die Prognose für den Patienten erheblich.

- ◀▷ Chefarzt Dr. Thomas Friess (rechts) und Oberarzt Dr. Thomas Krock freuen sich über das bestandene Audit
- ◀▷ Phase Grün für gute Arbeit: die Bescheinigung nach dem erfolgreichem Audit
- ◀▷ Der Lohn der Auditvorbereitung: das Zertifikat



Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2008 zur interdisziplinären Behandlung von Darmkrebskrankungen erfolgreich zertifiziert

Interdisziplinarität zum Wohle des Patienten

Ende 2010 war es endlich soweit. Die Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems für die Behandlung von Darmkrebskrankungen konnte erfolgreich zu einem Abschluss gebracht werden. Im Qualitätsmanagementhandbuch sind, neben den sich aus der DIN ISO ergebenden Anforderungen, die Schritte der einzelnen Behandlungsabläufe vorgegeben. Basis der festgeschriebenen Abläufe stellt die bestehende S3-Leitlinie »Kolorektales Karzinom« dar.

Ist die Diagnose einmal gesichert, greifen die im Qualitätsmanagementhandbuch aufgeführten, interdisziplinären Mechanismen, um den Patienten bestmöglich und nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Technik zu behandeln. In wöchentlich stattfindenden »Tumorkonferenzen« wird zusammen mit der Onkologin, den Pathologen, den Radiologen und den Vertretern der Fachdisziplinen (Allgemeinchirurgie, Innere Medizin und Geriatrie) das weitere Vorgehen bei der Behandlung des einzelnen Patienten besprochen und festgelegt.

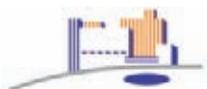
Bei Fragen zu einer möglichen Strahlentherapie werden externe Kooperationspartner mit einbezogen. Jeder Patient erhält frühzeitig physiotherapeutische Maßnahmen, sodass drohenden Verlusten der Selbstständigkeit, aufgrund von Immobilität, Schonhaltung etc. entgegengewirkt werden kann, was insbesondere bei älteren Tumorpatienten eine nicht unwesentliche Rolle spielt.

Externe Kontrollen gegen den »blinden Fleck«

Im »Bauchzentrum« arbeiten die Klinik für Allgemeinchirurgie und die Klinik für Innere Medizin schon einige Jahre erfolgreich zusammen. Für die Behandlung von Darmkrebskrankungen haben sich nun die leitenden Abteilungsärzte der Allgemeinchirurgie, der Inneren Medizin und der Geriatrie gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001 in einer Selbstverpflichtungserklärung an die Einhaltung der festgeschriebenen Abläufe gebunden.

Mit der Zertifizierung stellen sie sich von nun an der jährlichen Überprüfung durch externe Auditoren. In diesen Audits wird unter anderem überprüft, ob die im Handbuch festgeschriebenen Behandlungspfade ihre Entsprechung bei der tatsächlichen Behandlung der Patienten gefunden haben. Wurde wirklich jeder Patient in der Tumorkonferenz vorgestellt, hat jeder Patient Physiotherapie erfahren, wurde die erforderliche Diagnostik tatsächlich und auch korrekt durchgeführt usw. Interne Schulungen und Fortbildungen sowie der Zugriff auf das Qualitätsmanagement-Handbuch von jedem Computer des Hauses aus sorgen dafür, dass alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen jederzeit entsprechend der erstellten Behandlungspfade arbeiten können.

Die erfolgreiche Zertifizierung bestätigt den Abteilungen, dass ihre Arbeit dem Ziel der gegenwärtig bestmöglichen Diagnostik und Therapie für Darmkrebspatienten entspricht.



*DIN ISO 9001:2008
Zertifizierungen für
Brust- und Darmzentrum*

Städtisches Krankenhaus Pirmasens gGmbH

Zertifizierung von Brust- und Darmzentrum

Im Oktober 2010 stellte sich das Städtische Krankenhaus nach einer Vorbereitungszeit von nur knapp zehn Monaten einer Doppelzertifizierung seines Brust- und Darmzentrums nach DIN EN ISO 9001:2008 und den Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft. Während eines zweitägigen Audits wurden die Strukturen und Abläufe innerhalb der Zentren durch externe Auditoren detailliert begutachtet und bewertet.

Beide Zentren erhielten Ende November durch den TÜV Süd die DIN EN ISO 9001:2008 Zertifizierung ohne Abweichungen. Zusätzlich wurde unserem Brustzentrum auch von der Deutschen Krebsgesellschaft die Zertifizierung ausgesprochen, das Ergebnis für unser Darmzentrum wird in den nächsten Wochen erwartet.

Das Brustzentrum Pirmasens unter der Leitung von Chefarzt Dr. Abdolhamid Huschmand Nia und das Darmzentrum Pirmasens unter der Leitung von Chefarzt Dr. Cornelius Moser und Chefarzt Dr. Georgios Adamidis bieten das gesamte Spektrum der Früherkennung, der histologischen Abklärung, der Operation und der Nachbehandlung des Brust- beziehungsweise Darmkrebses an.

Beide Zentren bestehen aus einem Netzwerk hochspezialisierter Institute und Facharztpraxen, insbesondere die Institute für Pathologie, Strahlentherapie und die Arztpraxen für Onkologie und psychoonkologische Betreuung. So ist sichergestellt, dass allen Patientinnen und Patienten die nach heutigem Standard bestmögliche Früherkennung und Behandlung wohnortnah angeboten werden kann.

Einführung eines Dokumentenmanagementsystems

Nach intensiven Vorbereitungen wurde zum 1. Juni 2010 das Dokumentenmanagementsystem Nexus Curator im Städtischen Krankenhaus Pirmasens eingeführt. Ziel ist der Aufbau einer klinikweiten Informationsplattform im Stile eines Intranets, in der alle Dokumente wie Dienstsanweisungen oder Prozessbeschreibungen jederzeit den Mitarbeitern zum Abruf bereitstehen. Die vorher praktizierte Dokumentation in Papierform wird zum Stichtag 30. Juni ersatzlos entfallen. Mit anderen Worten, alle Dokumente, die bis dahin nicht elektronisch überführt wurden, verlieren automatisch ihre Gültigkeit. »Somit haben wir eine Eindeutigkeit in den Dokumenten und Anweisungen, die auch der Sicherheit der Mitarbeiter und der Unternehmensführung dient«, sagt Heidi Helfrich, die zusammen mit Christian Heinrich in der Stabsstelle Organisation und Qualitätsmanagement arbeitet. Um jedem Mitarbeiter den Zugang zum hauseigenen Intranet zu ermöglichen, zum Beispiel auch der Küche und der Reinigung, wurden spezielle Terminals an zentralen Stellen im Krankenhaus installiert.

Das System zeichnet sich unter anderem auch durch eine automatische Wiedervorlage aus, sodass nach einer Laufzeit von ein bis zwei Jahren der Autor des Dokuments erneut über die Aktuali-

*Ziel ist der Aufbau
einer klinikweiten
Informationsplattform*

- ◀▷ Das Städtische Krankenhaus Pirmasens
- ◀▷ Die Kooperationspartner des Brustzentrums nach Zertifikatsvergabe
- ◀▷ Das TÜV DIN EN ISO 9001:2008 Zertifikat der beiden Zentren
- ◀▷ Das Dokumentenmanagementsystem im Städtischen Krankenhaus Pirmasens



tät entscheiden muss. Die Nutzer des Systems können mithilfe einer Suchmaschine (genauso wie im Internet) stichwortbezogen suchen, in welchen Dokumenten ihre Fragen behandelt werden. Zahlreiche weitere Informationen wie zum Beispiel aktuelle Nachrichten rund um das Krankenhaus, der aktuelle Speiseplan oder die hausinterne Telefonliste sind ebenfalls abrufbar.

»Das Dokumentenmanagementsystem wird von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr gut angenommen, wir haben täglich über 1.000 Klicks innerhalb des Systems«, erläutert Christian Heinrich, der zusammen mit Heidi Helfrich für den Aufbau, die Implementierung und Pflege des Systems zuständig ist. »Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass wir regelmäßig aktuelle Nachrichten aus dem Haus einstellen. Somit bleibt das System lebendig und wird ständig eingesehen.«

Städtisches Krankenhaus Pirmasens setzt Zeichen bei Nachwuchsförderung in strukturschwacher Region

Förderung des Nachwuchses in der strukturschwachen Region

Während zahlreiche Kliniken in Deutschland einer eher ungewissen Zukunft entgegensehen, haben der Pirmasenser Krankenhausdezernent, die Geschäftsführung und der Ärztliche Direktor am Städtischen Krankenhaus die Zeichen der Zeit erkannt: Ein Stipendium hilft angehenden Mediziner, sich während der schweren Endphase ihres Studiums auf das Examen zu konzentrieren. Im Gegenzug verpflichten sich die Stipendiaten, für mindestens drei Jahre am Krankenhaus der Schuhmetro-pole tätig zu sein.

Auch der Famulatur, die jeder Medizinstudent absolvieren muss, haben der Chefarzt der Inneren Medizin – Gastroenterologie, Dr. Cornelius Moser, und der Ärztliche Direktor, Dr. Stephan Rambach, zu einer besonderen Anziehungskraft verholfen: Während die angehenden Mediziner an anderen Häusern oft eingesetzt werden, um anfallende Arbeiten zu verrichten, legt der Ärztliche Direktor am Städtischen Krankenhaus Pirmasens Wert darauf, dass die Studierenden ihr theoretisches Wissen auch mit ersten praktischen Erfahrungen bereichern können. Diese Maßnahmen führen dazu, dass der Nachwuchs in der strukturschwachen Region Westpfalz gefördert und langfristig an das Haus gebunden werden kann. (Quelle: bico)

44 Koblenz	50 Lörrach	56 Neuruppin	62 Speyer	68 Würzburg
46 Landshut La.KUMed	52 Lünen	58 Oberhausen	64 Strausberg	
48 Vilsbiburg La.KUMed	54 Moers	60 Pirmasens	66 Werne	



Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer

Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer gGmbH

Onkologisches Zentrum zertifiziert und anerkannt

Das Onkologische Zentrum Speyer wurde im August 2010 als erstes seiner Art in Rheinland-Pfalz und der Metropolregion Rhein-Neckar durch die Deutsche Krebsgesellschaft anerkannt und zertifiziert. Es kann auf ein funktionierendes Netzwerk zwischen niedergelassenen Ärzten und dem Krankenhaus zurückgreifen: Die Vorzüge der vorhandenen Strukturen im 2007 zertifizierten Darmzentrum und dem seit 2008 bestehenden Brustzentrum kommen nun allen Tumorpatienten zugute.

Das Onkologische Zentrum ist besonders spezialisiert auf die Behandlung von gynäkologischen Tumorerkrankungen der Brust und Gebärmutter, von gastrointestinalen Tumoren in Magen, Darm, Pankreas und Speiseröhre sowie der Lunge. Auch die Metastasenbehandlung wird angeboten.

Im Onkologischen Zentrum Speyer kooperieren das Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer, das Radiologische Zentrum, die Onkologische Schwerpunktpraxis, die Strahlentherapie sowie das Institut für Angewandte Pathologie. Dadurch stehen Krebspatienten alle modernen Diagnostik- und Therapieverfahren aus einer Hand zur Verfügung.

Netzwerk bietet alle modernen Diagnostik- und Therapieverfahren

Abstimmung der Therapie in wöchentlicher Tumorkonferenz

Kernstück des Onkologischen Zentrums ist die wöchentlich stattfindende Tumorkonferenz. Wird nach Untersuchung durch niedergelassene Ärzte und mithilfe der im Onkologischen Zentrum zur Verfügung stehenden modernen Medizintechnik eine Krebsdiagnose gestellt, wird in der Tumorkonferenz die Therapie abgestimmt. Fachärzte der Gynäkologie, Inneren Medizin, Chirurgie, Radiologie, Onkologie, Strahlentherapie und anderer Fachrichtungen beraten über die Behandlung.

Zusätzlich zu den medizinischen Leistungen gewährleistet das Onkologische Zentrum Speyer eine spezielle Betreuung durch eine Psychoonkologin und onkologische Fachschwestern, die auf die besonderen Bedürfnisse der Patienten eingehen.

Qualitätsgesicherte Leitlinien werden in individueller Therapie berücksichtigt

Dadurch, dass sich die Behandlung im Onkologischen Zentrum Speyer nach qualitätsgesicherten Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft richtet, kann sich der Patient sicher sein, dass für seine individuelle Therapie jeweils die neuesten wissenschaftlichen und technischen Möglichkeiten berücksichtigt werden. Dadurch, dass an Diagnose und Therapie alle Fachrichtungen beteiligt sind und sich wöchentlich austauschen, werden dem Patienten außerdem unnötige Wege oder Doppeluntersuchungen erspart.

- ◀▷ Onkologische Fachschwestern gehen auf die besonderen Bedürfnisse der Patienten ein
- ◀▷ Das Zertifikat bescheinigt, dass das Onkologische Zentrum die Qualitätskriterien der Deutschen Krebsgesellschaft erfüllt
- ◀▷ Modernste Diagnosemöglichkeiten im Bereich Urogynäkologie



Patiententransporte schnell und transparent

Seit Oktober 2010 werden die Patiententransporte im Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus und dem angrenzenden Ärztehaus automatisiert durchgeführt. Die Mitarbeiter auf den Stationen geben den Transportauftrag mit Angaben zum Abhol- und Zielort sowie zum Transportmittel in die Maske des neuen Systems »Synchrotess« ein. Wenn ein Termin frei ist, wird der Transportauftrag per Knopfdruck freigesetzt. Der nächste freie Mitarbeiter bekommt eine entsprechende Nachricht auf sein Handy und kümmert sich um den Auftrag.

Auch eine Vortermiierung ist möglich: Wenn Termine für Untersuchungen oder Operationen bereits am Vortag feststehen, wird der Auftrag rechtzeitig an einen Mitarbeiter des Patientenbegleitedienstes geschickt, der den Patienten automatisch zur vorgegebenen Zeit abholt. Der Rückweg funktioniert ähnlich, alle Stationen und Funktionsbereiche im Krankenhaus sind mit dem System ausgestattet. Die Einführung des neuen Systems bedeutet für die Mitarbeiter auf den Stationen eine erhebliche Zeitersparnis und unter den Mitarbeitern des Patientenbegleitedienstes herrscht größere Zufriedenheit, da die Aufgaben transparent und gerecht verteilt sind. Für die Patienten entfallen Wartezeiten auf dem Weg zu Untersuchungen und Behandlungen und zurück.

Stärkung der Urogynäkologie

Fünf Millionen Frauen leiden allein in Deutschland vorübergehend oder dauerhaft unter Inkontinenz. Dennoch wird das Thema tabuisiert. In der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe schafft der Bereich Urogynäkologie Abhilfe, klärt auf und führt individuelle, auf die Patientin abgestimmte Therapien durch. Zur Stärkung des Behandlungsschwerpunktes Urogynäkologie wurde im Juni 2010 der Behandlungspfad »Rekonstruktive Beckenbodenchirurgie und operative Behandlung bei Harninkontinenz« durch den TÜV zertifiziert. Voraussetzung für die Zertifizierung war die Implementierung eines Behandlungspfades, der auf nationalen Leitlinien basiert. Durch eine bestimmte Anzahl von jährlich durchzuführenden Operationen wird außerdem Qualitätssicherheit erreicht.

*Auf Leitlinien basierender
Behandlungspfad Voraus-
setzung für TÜV-Zertifikat*

*Moderne chirurgische
Verfahren für erfolgreiche
Therapie*

Das Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus bietet Patientinnen, die unter Belastungsinkontinenz, Harn-dranginkontinenz, Blasenentleerungsstörungen oder Beckenbodensenkungen leiden, modernste Diagnose- und Therapiemöglichkeiten. Neueste netzchirurgische Verfahren oder sogar Darm- und Blasenschrittmacher werden zur erfolgreichen Therapie angewandt. Durch die Erfüllung der Kriterien für die Zertifizierung garantiert der Bereich Urogynäkologie im Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus den Patientinnen eine individuelle Behandlung, die auf aktuellen internationalen Leitlinien basiert und den neuesten Stand in Wissenschaft und Technik berücksichtigt.



Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH

*Moderne Medizin –
Kompetenz und Fürsorge*

Weiterer Ausbau des systematischen Qualitätsmanagements

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses Märkisch-Oderland haben sich zum Ziel gesetzt, unter Anwendung eines systematischen Qualitätsmanagements den Forderungen, Erwartungen und Wünschen von Patienten, Angehörigen und einweisenden Ärzten umfassend gerecht zu werden. Eine besondere Bedeutung kommt dabei der Optimierung geforderter Leistungen unter gegebenen begrenzten Ressourcen zu. Kurzfristiges Ziel ist die Zertifizierung des Krankenhauses nach Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ). Interprofessionelle Projektgruppen entwickeln Konzepte zur Steuerung der Prozesse. So wurde ein einheitlicher Standard für die Erstellung und den Umgang mit Dokumenten entwickelt und 2010 ein elektronisches Dokumentenmanagementsystem beschafft.

*Geplante und strukturierte
Entlassung ermöglicht
optimale Nachsorge*

Erarbeitung eines differenzierten Entlassungsmanagements

Die Projektgruppe, zusammengesetzt aus Mitarbeitern aller an dem Entlassungsprozess beteiligten Professionen, hat auf der Grundlage des Expertenstandards »Entlassungsmanagement in der Pflege« ein Konzept zur Organisation einer geplanten und strukturierten Entlassung und zum Führen entsprechender Dokumentationen erarbeitet. Ein gezieltes Entlassungsmanagement schafft die Voraussetzung dafür, dass die erforderliche Nachsorge zur richtigen Zeit am richtigen Ort beziehungsweise die nahtlose Weiterversorgung gegeben ist. Die Wahl des Krankenhauses durch Patienten sowie die Weiterempfehlung durch andere Leistungserbringer orientiert sich unter anderem an der Qualität des Entlassungsmanagements.

Die Stationsteams, Mediziner und Pflegekräfte koordinieren gemeinsam mit dem Sozialdienst unter Beteiligung des Patienten und seiner Angehörigen strukturiert die Entlassungsplanung, kommunizieren mit den nachversorgenden Institutionen beziehungsweise Pflegeeinrichtungen.

*Heilungschancen steigen
mit Qualität der Behand-
lungen*

Zertifizierung des Darmzentrums Märkisch-Oderland

Die große Anzahl der Darmkrebs-Neuerkrankungen in Deutschland beschäftigt viele Mediziner, Therapeuten sowie nichtärztliche Spezialisten. Entsprechend groß sind die Bemühungen, denn Darmkrebs ist, nicht nur im frühen Stadium erkannt und behandelt, oft heilbar. Die Chance auf Heilung steigt, je besser die Qualität der Behandlung ist. Das Darmzentrum Märkisch-Oderland wurde 2010 gegründet, um die Versorgung von Patienten mit Darmkrebs in der Region Märkisch-Oderland (Ost-Brandenburg) zu verbessern. Es handelt sich um einen Zusammenschluss von Spezialisten innerhalb der gesamten Behandlungskette.



Chirurgen und Internisten des Krankenhauses Märkisch-Oderland arbeiten mit ambulant und stationär tätigen Fachärzten, Psychologen, Rehabilitationskliniken und Selbsthilfegruppen der Region zusammen. Die Grundlagen dafür sind in einem umfangreichen Zentrums-Handbuch gemäß den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft e.V./OnkoZert und der DIN EN ISO 9001:2008 geregelt.

2010 konnten mit Fördermitteln im Rahmen des Zukunftsinvestitionsgesetzes audiovisuelle Konferenzräume mit modernster Übertragungstechnik ausgestattet werden. Hier werden unter anderem Videokonferenzen für die Tumorfallbesprechung zwischen den beiden Standorten Strausberg und Wriezen unter Einbeziehung externer Kooperationspartner durchgeführt. Es wird dazu eine softwarebasierte Organisation und interaktive Durchführung von Tumorfallbesprechungen und Tumordokumentationen unter Einbindung externer Teilnehmer und statistischer Auswertungen genutzt. Jeder Darmkrebspatient wird mit seiner Erkrankung vorgestellt.

Alle teilnehmenden Fachärzte der unterschiedlichen Fachrichtungen bewerten die Befunde aus ihrer Sicht. Ziel ist es, einen gemeinsamen Behandlungsplan zu erstellen, der optimale Heilungschancen bietet. Dieser Plan orientiert sich an den gültigen Leitlinien der Medizinischen Fachgesellschaften zur Behandlung dieser Krankheit. Das Darmzentrum wurde Ende 2010 erfolgreich nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert.

Teilnahme am Regionalen Netzwerk zur Prävention der Übertragung von multiresistenten Erregern

Standardisiertes Hygiene-, Infektions- und Informationsmanagement

Das MRSA-Netzwerk ist ein freiwilliger Zusammenschluss von verschiedenen medizinischen Einrichtungen mit dem Ziel, in diesem Qualitätsverbund durch abgestimmte Prozesse eine Senkung der nosokomialen MRSA-Raten zu erreichen. Eine wichtige Präventionsstrategie dabei ist das frühzeitige Erkennen von MRSA-Trägern bei der Klinikaufnahme. Dabei hat sich ein standardisiertes MRSA-Aufnahmescreening bewährt.

Bei Risikopatienten werden Abstriche von den am häufigsten besiedelten Stellen für die mikrobiologische Diagnostik des MRSA-Keimes genommen. Bei einem positiven Befund arbeiten die Kliniken dann entsprechend nach den Vorgaben eines standardisierten Hygiene-, Infektions- und Informationsmanagements. Bei Verlegung des Patienten in eine andere stationäre oder ambulante Einrichtung wird im Überleitungsbogen der MRSA-Trägerstatus (positiv/negativ) mitgeteilt, um eine effektive Weiterbehandlung zu gewährleisten.



St. Christophorus-Krankenhaus GmbH

*Endoprothetische
Operationen mit neuarti-
gen Implantaten zum
Wohle unserer Patienten*

Qualitätssicherung durch spezielle Schulung von Wirbelsäulenoperatoren auf neuere modernere Implantate im Halswirbel- und Lendenwirbelsäulenbereich

Seit 2005 hat sich die Wirbelsäulenchirurgische Abteilung der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des St. Christophorus-Krankenhauses Werne stark im Bereich Bewegungserhaltende Wirbelsäulenchirurgie engagiert. Der interessanteste Aspekt ist die Implantation von Bandscheibenprothesen an der Halswirbelsäule (cervikal) und der Lendenwirbelsäule (lumbal).

Seit 2007 ist die optimale cervikale Prothese (HWS) M 6 und die lumbale Prothese (LWS) M 6 L etabliert. Diese Prothese ist optimal axial (also in der Wirbelsäulenachse) gedämpft und wird in der lateralen Bewegung zunehmend gebremst, sodass eine physiologische Bewegung möglich ist. Tatsächlich entspricht das Kraftbewegungsdiagramm in den biomechanischen Laborversuchen sehr genau dem einer gesunden menschlichen Bandscheibe, sowohl cervikal als auch lumbal.

Die cervikale Prothese, die seit 2007 verfügbar ist, wurde in der Wirbelsäulenchirurgie Werne seit 2007 bis heute bei über 400 Patienten eingesetzt. Seit Mitte 2010 ist eine lumbale Variante der Prothese verfügbar. Nach Qualifizierung/Zertifizierung der Operateure auf dieses neue Implantat wurde es bisher zwölfmal komplikationslos mit gutem klinischem Erfolg eingesetzt.

Die Anwendung dieser neuen lumbalen Prothese, die erstmals einer menschlichen Bandscheibe im biomechanischen Labor in der Testung sehr nahekommt, hat das Potenzial, die klinischen Ergebnisse weiter zu verbessern.

Für den Patienten zählt, dass gut geschulte Operateure sich stets auf die Implantation optimierter und neuer Implantate einstellen. Auch eine hohe Fallzahl und das regelmäßige Implantieren sind wichtig. Darin spiegelt sich die große Erfahrung der Operateure wider, die wiederum beruhigend auf die Patientinnen und Patienten wirkt.

Effektiver Infektionsschutz in der Endoprothetik

Krankenhaushygiene und die Vermeidung nosokomialer Infektionen stehen im Fokus des öffentlichen Interesses. In der Kniegelenksendoprothetik beträgt die Infektionsrate im ersten Jahr nach Primärimplantation ein bis zwei Prozent (Erstimplantat), die Dunkelziffer ist hierbei hoch. Eine Infektion im Operationsbereich stellt eine schwerwiegende Komplikation beim Gelenkersatz dar mit erheblichen Auswirkungen auf die Lebensqualität des Patienten. Die Sterblichkeitsrate beträgt hierbei bis zu sieben Prozent.

Zwischen 80 und 90 Prozent der bakteriellen Wundkontaminationen sind auf in der OP-Luft vorhandene kolonienbildende Einheiten zurückzuführen, die tendenziell von Bakterien stammen, die von Personen im Operationssaal freigesetzt werden. Hierbei haben in ihrer Häufigkeit koaguläre negative Staphylokokken den klassischen Erreger einer Wundinfektion (Staphylokokkus aureus) verdrängt und bestimmen das Keimspektrum.

- ◀▷ Modernes Implantat im Lendenwirbelbereich
- ◀▷ Maximale Sterilität durch geschlossene Schutzhelmsysteme
- ◀▷ Das St. Christophorus-Krankenhaus in Werne



*Nutzen für unsere
Patientinnen und
Patienten*

In der Endoprothetik werden maximale Anforderungen an die Sterilität im Operationssaal gestellt. Zum effektiven Infektionsschutz wurde neben einem lückenlosen MRSA-Screening aller Risikopatienten im OP zusätzlich zu laminärem Luftstrom im Rahmen der Klimatechnik seit dem Jahre 2010 für das OP-Team das Tragen von geschlossenen Schutzhelmsystemen eingeführt, die einen unidirektionalen nach unten gerichteten Luftstrom bewirken. Hierdurch ergibt sich nach experimentellen Studien eine Reduzierung der Bakterienfreisetzung durch die Operateure um den Faktor 5.

An dieser über den Hygienestandard hinausgehenden Maßnahme kann der Patient erkennen, dass in unserem Krankenhaus dem Infektionsschutz eine herausragende Bedeutung beigemessen wird. Hierdurch profitiert der Patient infolge der Reduktion der Komplikationsrate. Aus ärztlicher Sicht wird durch diese Maßnahme ein weiterer Rückgang der Häufigkeit der Infektionen im Operationsbereich erwartet, der sich in den nächsten Jahren im Krankenhaus-Infektionserfassungs-Surveillance-System (KISS) niederschlagen wird.



*Einführung strukturierter
jährlicher Mitarbeiter-
gespräche*

Juliuspital Würzburg

Das Projekt Führung in der Stiftung Juliusspital Würzburg

Die Anforderungen an Führungskräfte sind in der komplexer gewordenen Arbeitswelt heute höher als je zuvor. Wir haben uns deshalb bereits 2007 zum Ziel gesetzt, die Führung innerhalb unserer Stiftung zu professionalisieren und das Führungsverständnis der rund 80 Führungskräfte mit Blick auf die Wirksamkeit der Führung zu thematisieren. In Fortsetzung dieses Projekts wurde im Jahr 2010 das Führungsinstrument »jährliches Mitarbeitergespräch« (MAG) eingeführt. Von einer Projektgruppe wurden Zielsetzung, Themen und Inhalte des Mitarbeitergesprächs erarbeitet – stets orientiert an den im Februar 2009 erarbeiteten Führungsleitlinien.

Sowohl für Führungskräfte als auch für Mitarbeiter wurde ein Gesprächsleitfaden entwickelt. Über die Einführung und Durchführung der Mitarbeitergespräche wurde mit der Personalvertretung eine Dienstvereinbarung geschlossen. Die Mitarbeiter und Führungskräfte wurden im Rahmen von Informationsforen über die Einführung des jährlichen Mitarbeitergesprächs informiert.

In den Monaten März bis Mai 2010 erfolgte die Schulung aller Mitarbeiter und Führungskräfte durch erfahrene Trainer der Bayerischen Akademie für Verwaltungs-Management, sodass am 01.06.2010 der Startschuss für die ersten Mitarbeitergespräche gegeben werden konnte. Ziel der Mitarbeitergespräche ist es, die Zusammenarbeit und die Kommunikation zwischen Mitarbeiter und Führungskraft zu verbessern und das Führungsverhalten der Vorgesetzten zu stärken.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Betrieb gegangen

Aufbauend auf einen »Integrierten Versorgungsvertrag Palliativmedizin«, der bereits seit 2005 eine ambulante palliativmedizinische Behandlung in Mainfranken möglich machte, gelang es der Stiftung Juliusspital mit den Krankenkassen einen Vertrag zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ab 01.11.2010 abzuschließen. Das Versorgungsgebiet umfasst die Stadt Würzburg und die angrenzenden Landkreise mit insgesamt circa 500.000 Einwohnern.

Das angestrebte Ziel ist, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung Schwerstkranker so lange wie möglich zu erhalten, zu fördern oder zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in der von ihnen gewünschten vertrauten Umgebung zu ermöglichen. Das Team des Juliusspitals aus Ärzten und Pflegenden leistet dabei effektive, umfassende Hilfe bei sehr schwer beherrschbaren Symptomen, die im Zusammenhang mit nicht mehr heilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankungen auftreten können. Je nach verordneter Stufe kann dies eine Beratungs- oder eine Koordinationsleistung sein. Darüber hinaus ist bei komplexen Problemen eine palliativmedizinische Teil- oder Vollversorgung möglich, für die ein eigener Bereitschaftsdienst rund um die Uhr an 365 Tagen vorgehalten wird.

*Ein Sterben in Würde
zu Hause möglich machen*



»Artis Zee« ermöglicht
dosissparende
Durchleuchtung

Neues Röntgendurchleuchtungsgerät für die Radiologie und die Gastroenterologie

Seit Juli 2010 steht den Abteilungen für Gastroenterologie und Radiologie des Juliusspitals das hochmoderne Röntgendurchleuchtungsgerät »Artis Zee« (Siemens) zur Verfügung. Die Gastroenterologie nutzt das Gerät vorwiegend für Eingriffe an den Gallenwegen (ERCP, PTC) und für Stent-Anlagen im Gastrointestinaltrakt. In der Radiologie wird es zum Beispiel für die Diagnostik des Schluckakts, des Magen-Darm-Trakts und der Gefäße benötigt. Dem Patienten nützt die neue Technik erheblich: Die hochauflösende digitale Röntgentechnik erlaubt eine präzise Darstellung feinsten Strukturen. Verschiedene Verfahren der Dosisreduktion (unter anderem gepulste Durchleuchtung, strahlungsfreie Einblendtechnik) haben eine Verminderung der Strahlendosis um bis zu 90 Prozent zur Folge.

Innovative Laser-
ausrüstung zur Behand-
lung harter Nierensteine

Einsatz der »Cobra« in der Urologie

Das Juliusspital hat für seine Urologische Abteilung eine neuartige und kostspielige Laserausrüstung angeschafft, die in Würzburg und der näheren Umgebung den Patienten ausschließlich am Spital zur Verfügung steht. Unter Einsatz der »Cobra« lassen sich durch eine Laserbehandlung auch besonders harte Nierensteine schonend ohne Hautschnitt und ohne Verletzung des Nierengewebes zertrümmern. Bisher konnten diese harten Konkremente mit der bekannten schmerzfreien Stoßwellentherapie, der ESWL, überhaupt nicht oder nur durch sehr häufige Behandlungen desintegriert werden und galten als »Problemsteine«. Zu ihrer Behandlung wird die »Cobra«, ein nur zwei Millimeter dünnes Endoskop, unter Narkose in typischer Weise durch die Harnröhre in den Harnleiter und die Niere eingeführt. Durch die hohe Flexibilität des Endoskops, das sich in zwei Richtungen um 270 Grad abwinkeln lässt, können alle Kelche des Nierenhohlsystems eingesehen werden. Anstelle eines sonst üblichen einzigen Arbeitskanals sind zwei separate Arbeitskanäle vorhanden. Sie ermöglichen die gleichzeitige Einführung einer Lasersonde und einer Steinfasszange. Mit dem gepulsten Holmium-Laser-Strahl werden auch härteste Steine zertrümmert. Diese erneute Investition der Stiftung Juliusspital ermöglicht es, dass die Urologische Abteilung alle modernsten und effektivsten Methoden der Nierensteinbehandlung anbieten kann.

Weitere Projekte im Jahr 2010

- erfolgreiches erstes Überwachungsaudit des Darmzentrums Juliusspital
- Mitwirkung am Gesundheitstag der Stadt Würzburg
- Einführung eines neuen Laborinformationssystems
- Startschuss für das Projekt »Aktion saubere Hände«
- Erweiterung der Stroke Unit von vier auf sechs Betten
- Durchführung von Maßnahmen zur Gewährleistung einer sicheren Umgebung von Patienten und Mitarbeitern, insbesondere am späten Abend und in der Nacht



72 Das CLINOTEL-Qualitätskonzept
 74 Instrumente zur Qualitätsentwicklung im Verbund

Darstellung der Ergebnisse 2010:
 89 Allgemein- und Viszeralchirurgie
 91 Anästhesie und Intensivmedizin
 94 Gefäßchirurgie

96 Gynäkologie und Geburtshilfe
 100 Kardiologie
 103 Pneumologie
 104 Gastroenterologie



02 Aktivitäten zur Qualitätssicherung im CLINOTEL-Krankenhausverbund



105 Neurologie
108 Orthopädie und Unfallchirurgie
111 Psychiatrie, Psychotherapie
113 Urologie

115 Operationsbereich
117 Notaufnahme
119 Transfusionsmedizin
122 Pflegedienst

126 Qualitätsmanagement
128 Zusammenfassung und Ausblick
130 Externe stationäre Qualitätssicherung
176 Erläuterungen der Mitgliedshäuser



Das CLINOTEL-Qualitätskonzept

»Selbstständige und wirtschaftlich erfolgreiche Krankenhäuser, die ihre Dienstleistungen in Übereinstimmung mit dem aktuellen medizinischen Wissen und der besten verfügbaren Praxis erbringen.« Dieses selbst gesteckte Ziel der CLINOTEL-Krankenhausverbund gGmbH ist keine abstrakte Vision, deren Verwirklichung in eine unbestimmte Zukunft verschoben wird, sondern eine Herausforderung, der sich die Mitgliedshäuser des Verbundes mit ihren Mitarbeitern täglich stellen.

Bestmögliche Qualität der Behandlungsprozesse und Behandlungsergebnisse im Krankenhaus sind berechnete Ansprüche der Patienten. Im Zeitalter einer Vergütung von Krankenhausleistungen mit Fallpauschalen sind qualitativ hochwertige und sichere Behandlungsprozesse jedoch gleichzeitig eine essenzielle Voraussetzung für die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und damit für die Sicherung der Existenz als eigenständiges Krankenhaus.

Gleichzeitig entwickelt sich das medizinische Wissen mit hoher Geschwindigkeit weiter und verdoppelt sich zurzeit etwa alle drei bis vier Jahre. Die Identifikation der jeweils aktuell bestverfügbaren medizinischen Evidenz und ihr Transfer in die klinische Praxis stellen somit hohe Anforderungen an das Wissensmanagement der Krankenhäuser und ihre Fähigkeit, interne Veränderungen zu gestalten.

Vor diesem Hintergrund unterstützt die Geschäftsstelle der CLINOTEL-Krankenhausverbund gGmbH die Mitgliedskrankenhäuser bei der individuellen Standortbestimmung und bei strategischen und operativen Entscheidungen zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der medizinisch-pflegerischen Qualität. Sie entwickelt differenzierte und auf die Gegebenheiten des Verbundes angepasste Instrumente des Qualitätsmanagements und stellt diese den Mitgliedshäusern zur Verfügung. Darüber hinaus bietet sie eine Plattform für den Transfer von Wissen innerhalb des Verbundes.

Das Qualitätskonzept des CLINOTEL-Krankenhausverbundes beruht auf fünf Säulen:

- Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)
- Auditverfahren
- Risikomanagement in der Transfusionsmedizin durch ein anonymes Meldesystem von transfusionsassoziierten (Beinahe-)Zwischenfällen
- Gesetzlich verpflichtende externe stationäre Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (EQS G-BA)
- Fachgruppen

◀▷ Die Geschäftsführer der CLINOTEL-Mitgliedshäuser beim einem ihrer Treffen, diesmal im CLINOTEL-Mitgliedshaus in Emden

◀▷ CLINOTEL-Konzept zur Sicherung und kontinuierlichen Weiterentwicklung der medizinischen Qualität



Der erfolgreiche Transfer von Wissen und Erfahrungen ist nicht denkbar ohne die Transparenz der Ergebnisse der verschiedenen im Verbund eingesetzten Qualitätsmanagement-Instrumente. In der öffentlichen Diskussion um die Transparenz der Qualität der medizinisch-pflegerischen Behandlung verwenden verschiedene Initiativen zur Qualitätsentwicklung in diesem Zusammenhang häufig Begriffe wie »Mut« und »Bündnis der Mutigen«.

Innerhalb des CLINOTEL-Krankenhausverbundes ist dieser »Mut« Teil des Selbstverständnisses der handelnden Akteure. Er begründet sich in einem gemeinsamen Qualitätsverständnis der Patientenversorgung, das sich auch in der Qualitätspolitik unserer Mitgliedshäuser widerspiegelt und dem Leitbild des Verbundes »Von den Besten lernen, zu den Besten gehören« entspricht.

Auf den folgenden Seiten möchten wir Ihnen zunächst die von CLINOTEL eingesetzten Instrumente zur Qualitätsentwicklung im Detail vorstellen und danach anhand ausgewählter Beispiele zeigen, welche Ergebnisse in den verschiedenen Fachdisziplinen des Verbundes im Jahr 2010 erreicht werden konnten.

105 Neurologie
108 Orthopädie und Unfallchirurgie
111 Psychiatrie, Psychotherapie
113 Urologie

115 Operationsbereich
117 Notaufnahme
119 Transfusionsmedizin
122 Pflegedienst

126 Qualitätsmanagement
128 Zusammenfassung und Ausblick
130 Externe stationäre Qualitätssicherung
176 Erläuterungen der Mitgliedshäuser

Instrumente zur Qualitätsentwicklung im Verbund

QSR – Qualitätssicherung mit Routinedaten

Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) bezeichnet ein Verfahren, bei dem Daten, die die Krankenhäuser für Abrechnungszwecke an die Krankenkassen übermitteln, für die Auswertung von Qualitätskennzahlen genutzt werden. Die QSR bildet in der Regel unerwünschte Ereignisse wie etwa Wundinfektionen und Todesfälle ab. In vielen Fällen können auch Kennzahlen zu Behandlungsprozessen, wie der Zeitraum von der stationären Aufnahme bis zur Durchführung eines bestimmten diagnostischen oder therapeutischen Eingriffs, ausgewertet werden.

Die QSR ermöglicht über eine Analyse ihrer Ergebnisse und der zugrunde liegenden medizinischen und pflegerischen Behandlungsprozesse die Identifikation von Verbesserungspotenzialen in den Krankenhäusern. Wo erforderlich, können interne Korrekturmaßnahmen eingeleitet und deren Erfolg mithilfe der QSR-Daten überwacht werden.

Qualitätssicherung mit Routinedaten unterstützt so:

- die kontinuierliche Weiterentwicklung der Behandlungsqualität
- die kontinuierliche Verbesserung der Aus- und Weiterbildung der Ärzte und Pflegekräfte
- die Entwicklung einer qualitätsorientierten Abteilungs- und Krankenhausleitung

Dieses Potenzial kann durch die Krankenhäuser ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand ausgeschöpft werden, da die benötigten Daten ohnehin im »Routinebetrieb« erhoben werden.

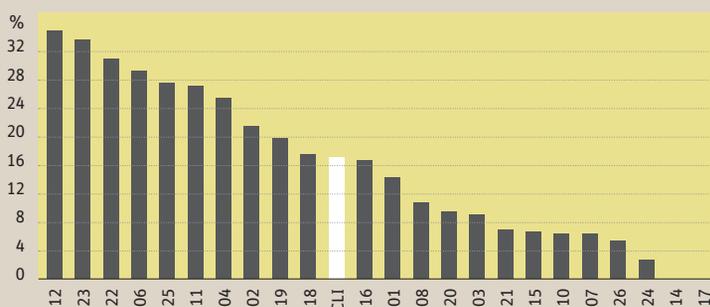
Das Verfahren

Die Mitgliedshäuser des Verbundes liefern ihre patientenbezogenen Abrechnungsdaten jeweils bis zum 10. des laufenden Monats in anonymisierter Form an die CLINOTEL-Geschäftsstelle. Diese stellt den Krankenhäusern die Auswertungen der QSR bis spätestens zum 20. des laufenden Monats zur Verfügung. Die Aktualität der Auswertungen bietet den Mitgliedshäusern die Möglichkeit, auf Veränderungen ihrer QSR-Ergebnisse kurzfristig reagieren zu können.

Das methodische Vorgehen bei der Erstellung der Auswertungen und die Berechnungsgrundlagen für die Ergebnisse der QSR können innerhalb des Verbundes von allen Mitgliedshäusern in Handbüchern nachvollzogen werden. Die Auswertungen setzen sich aus zwei Komponenten zusammen:

- die Ergebnisse der QUALITÄTSKENNZAHLEN werden jeweils vergleichend in Form sogenannter Benchmark-Diagramme gegenübergestellt. Das jeweilige Mitgliedshaus kann so die eigenen Ergebnisse in den Verbundkontext einordnen. Bei einer Reihe von Kennzahlen werden Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen aufgeführt, die als Orientierungswerte dienen können. Innerhalb des Verbundes herrscht dabei vollständige Transparenz, das heißt die Ergebnisse eines Mitgliedshauses sind allen übrigen Mitgliedern des Verbundes bekannt.

◀▶ Anteil der Patienten, die wegen einer Schenkelhalsfraktur operiert werden mussten und bei denen zwischen Aufnahme und Kodierung der Operation in den Abrechnungsdaten mehr als 24 Stunden vergangen sind. Die Darstellung zeigt die CLINOTEL-Gesamtrate und die Ergebnisse der einzelnen Mitgliedshäuser in anonymisierter Form



- FALLREPORTS enthalten eine anonymisierte Auflistung relevanter Falldaten. Sie werden für alle Kennzahlen erstellt, bei denen die Analyse des einzelnen Behandlungsverlaufs zielführend erscheint, etwa bei Erkrankungen, die normalerweise mit einer sehr niedrigen Krankenhaussterblichkeit assoziiert sind. Fallreports werden ausschließlich denjenigen Mitgliedshäusern zur Verfügung gestellt, in denen die betreffenden Patienten behandelt wurden.

Praxisbeispiel

Die Entwicklung von Qualitätskennzahlen und die Darstellung der QSR-Ergebnisse möchten wir an einem Praxisbeispiel aus der Unfallchirurgie verdeutlichen: Die aktuelle Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie empfiehlt, dass Patienten mit einer Schenkelhalsfraktur innerhalb von 24 Stunden operiert werden sollten, da ansonsten ein erhöhtes Risiko für postoperative Komplikationen besteht und auch die Sterblichkeit ansteigt.

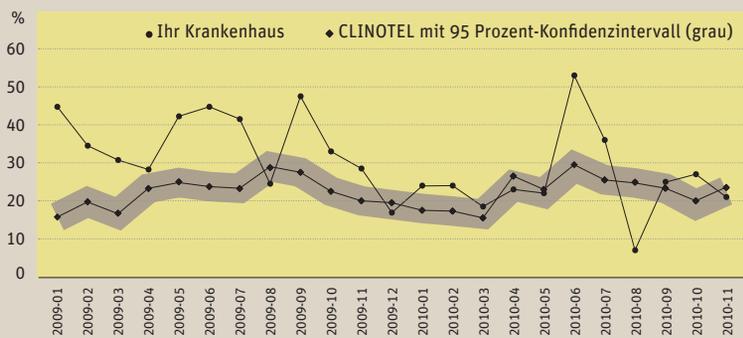
Die vergleichende Darstellung der Ergebnisse in der Qualitätssicherung mit Routinedaten weist nun den Anteil der Patienten mit Schenkelhalsfraktur aus, bei dem ein bestimmtes Operationsverfahren angewandt wurde und die Zeit zwischen der stationären Aufnahme und der Kodierung der Operation in den Abrechnungsdaten mehr als 24 Stunden beträgt (siehe Abbildung oben).

Die Auswertung ist zwar mit methodischen Einschränkungen verbunden, da in den Abrechnungsdaten nur der Zeitpunkt der Kodierung erfasst wird. In der Praxis sind jedoch in allen Mitgliedshäusern des Verbundes in den Operationsbereichen EDV-Arbeitsplätze vorhanden, die eine zeitnahe Dokumentation ermöglichen. Die Zeit der Prozedurkodierung erlaubt daher näherungsweise Rückschlüsse auf den Operationszeitpunkt.

Als Orientierungswert wurden die Bundesergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung herangezogen (EQS G-BA). Hier lag der Anteil an Patienten, die später als 24 Stunden nach der Aufnahme operiert wurden, im Jahr 2009 bei 17,9 Prozent. Im CLINOTEL-Verbund wurde die 24-Stundengrenze im Jahr 2010 nur bei 15,3 Prozent der Patienten überschritten.

Als mögliche Ursachen für die unterschiedlichen Ergebnisse innerhalb des CLINOTEL-Verbundes kommen neben Verbesserungspotenzialen bei den internen Prozessen auch patientenbezogene Einflussgrößen in Frage. Beispielsweise entscheiden sich die behandelnden Ärzte möglicherweise bewusst für eine spätere Durchführung der Operation, wenn bei dem Patienten wesentliche Vorerkrankungen des Herz-Kreislaufsystems vorliegen, die sich durch eine medikamentöse Behandlung kurzfristig verbessern lassen. Die Verschiebung der Operation ist in diesem Fall Ausdruck besonderer Sorgfalt.

Die Ergebnisse der Qualitätssicherung mit Routinedaten dürfen daher nicht isoliert, sondern immer nur im Kontext einer fachlichen Bewertung betrachtet werden.



Weiterentwicklungen 2010

Die QSR-Auswertungen wurden im Jahr 2010 mit Unterstützung medizinischer Fachexperten aus den Mitgliedshäusern des CLINOTEL-Krankenhausverbundes quantitativ und qualitativ erheblich weiterentwickelt. Erstmals wurden auch neurochirurgische Eingriffe einbezogen. Aspekte der medizinischen und pflegerischen Qualität werden nun anhand von fast 3.000 Kennzahlen abgebildet, die nahezu das gesamte Leistungsspektrum des Verbundes mit wenigen Ausnahmen (zum Beispiel Gastroenterologie und Nephrologie) umfassen.

Darstellung von Zeitreihen

Weiterhin wurden für eine Reihe von Kennzahlen sogenannte Zeitreihen-Darstellungen in die Auswertungen aufgenommen. Diese stellen in monatlichen Abständen die Ergebnisse des Mitgliedshauses der Gesamtrate des Verbundes gegenüber. So können Veränderungen der eigenen Ergebnisse durch das Mitgliedshaus frühzeitig identifiziert beziehungsweise der Erfolg qualitätsverbessernder Maßnahmen evaluiert werden (siehe Abbildung oben).

Risikoadjustierung

Die Krankenhaussterblichkeit bei einer bestimmten Erkrankung wird neben der Qualität der medizinischen und pflegerischen Behandlung auch durch patientenbezogene Faktoren wie die Schwere der Erkrankung, Alter und Geschlecht sowie Begleiterkrankungen des Patienten beeinflusst. Die CLINOTEL-Geschäftsstelle hat daher für den akuten Herzinfarkt, den Schlaganfall und die nicht im Krankenhaus erworbene Lungenentzündung mit Unterstützung von Fachexperten aus dem Verbund statistische Modelle entwickelt, die diese Einflussgrößen für den Vergleich der Krankenhaussterblichkeit innerhalb des CLINOTEL-Krankenhausverbundes angemessen berücksichtigen.

Mit Hilfe des Modells kann für jeden Patienten ein individuelles Risikoprofil erstellt und die Wahrscheinlichkeit abgeschätzt werden, im Krankenhaus zu versterben. Das Beispiel für den akuten Herzinfarkt ist in der Tabelle auf Seite 77 zu sehen.

Anhand des Risikoprofils aller im Krankenhaus behandelten Patienten kann anschließend die erwartete Sterblichkeitsrate in diesem Krankenhaus für die definierte Erkrankung berechnet werden. Die tatsächlich beobachtete Sterblichkeitsrate in einem Krankenhaus wird dann im Verhältnis zur statistisch erwarteten Rate betrachtet. Der Quotient aus beobachteter und erwarteter Sterblichkeit wird als »standard mortality ratio (SMR)« bezeichnet. Ist er größer als eins, bedeutet dies, dass das Krankenhaus eine höhere Krankenhaussterblichkeit aufweist, als aufgrund des Risikoprofils der behandelten Patienten zu erwarten gewesen wäre. Ist er kleiner als eins, bedeutet dies, dass das Krankenhaus eine niedrigere Sterblichkeit aufweist, als aufgrund des Risikoprofils der behandelten Patienten zu erwarten gewesen wäre.

◀▷ Zeitreihen-Darstellung: Abgebildet ist der Anteil der Patienten, die bei der Implantation eines künstlichen Hüftgelenks mindestens eine Bluttransfusion benötigten.

Die Darstellung zeigt die CLINOTEL-Gesamtrate (●) und die Ergebnisse des einzelnen Mitgliedshauses (◆) in anonymisierter Form. Zu beobachten ist eine allmähliche Reduktion der Transfusionsrate im betreffenden Mitgliedshaus

Faktoren, die das Risiko, nach einem akuten Herzinfarkt zu versterben, beeinflussen. Das Chancenverhältnis (»Odds Ratio«) spiegelt das relative Gewicht der jeweiligen Einflussgröße wider. Beispielsweise hat ein Patient im Alter von 70 bis 79 Jahren ein mehr als doppelt so hohes Sterblichkeitsrisiko wie ein Patient im Alter von unter 70 Jahren.

	»Odds Ratio« (Chancenverhältnis)
Alter: 70–79 Jahre	2,159
Alter: 80–89 Jahre	3,739
Alter: ab 90 Jahre	4,557
Herzinfarkt mit EKG-Veränderung	2,338
Vorbestehende Krebserkrankung	1,962
Diabetes Typ 2 ohne Komplikation	1,377
Diabetes Typ 2 mit Komplikation	1,694
Volumenmangel	2,278
Alzheimer-Krankheit	2,453
Vorbestehender Bluthochdruck	0,383
Durch erhöhten Blutdruck bedingte Herz- oder/und Nierenkrankheit	0,409
Herzmuskelschwäche mit Beschwerden in Ruhe	3,072
Chronische hochgradige Schädigung der Nieren (Niereninsuffizienz Stadium IV)	2,781

Beispiel:

BEOBSCHTETE KRANKENHAUSSTERBLICHKEIT: (O = Observed): 8,3 Prozent

ERWARTETE STERBLICHKEIT: (E = Expected): 10,4 Prozent

SMR = 0,8

Für die Mitgliedshäuser des Verbundes ergeben sich durch den Einsatz des Modells mehrere Vorteile:

- Die Anreize zur Qualitätsverbesserung werden spezifischer, da die tatsächlich beobachtete Krankenhaussterblichkeit im Verhältnis zur statistisch aufgrund des Risikoprofils der Patienten erwarteten Sterblichkeit betrachtet werden kann.
- Die risikobereinigte Betrachtung der Krankenhaussterblichkeit mit Hilfe von »standard mortality ratios« ermöglicht einen besseren Vergleich der Ergebnisse der CLINOTEL-Mitgliedshäuser untereinander, da patientenbezogene Einflussgrößen stärker berücksichtigt werden als bisher. Die Positionsbestimmung des eigenen Hauses innerhalb des Verbundes wird somit erleichtert.
- Auf der Ebene des Einzelfalls kann die Angabe des statistisch zu erwartenden Sterblichkeitsrisikos bei der Analyse des Behandlungsverlaufs verstorbener Patienten wesentliche zusätzliche Informationen liefern. Die CLINOTEL-Geschäftsstelle stellt den Mitgliedshäusern daher monatlich Fallreports von Todesfällen mit besonders niedrigem beziehungsweise besonders hohem Sterblichkeitsrisiko zur Verfügung. Diese können dann in den regelmäßig stattfindenden Fallkonferenzen der Mitgliedshäuser diskutiert werden.



Umsetzung der Informationen in den Mitgliedshäusern

Die Zuständigkeit für die Analyse und inhaltliche Bewertung der Ergebnisse der Qualitätssicherung mit Routinedaten liegt bei den Chefarzten und Pflegedienstleitungen der Mitgliedshäuser des CLINOTEL-Krankenhausverbundes.

Diese entscheiden auch, in welcher Form die Ergebnisse der QSR innerhalb der jeweiligen Fachabteilungen und Berufsgruppen kommuniziert werden. In der Praxis geschieht dies im Rahmen regelmäßiger ärztlicher und pflegerischer Besprechungen, durch Fortbildungen oder bei einer gesonderten Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz.

Sehr oft leisten jedoch insbesondere in den operativen Bereichen mehrere Fachabteilungen und Berufsgruppen ihren Beitrag zum Behandlungsergebnis. Anstrengungen zur Erbringung der bestmöglichen Qualität sollten daher von der Krankenhausleitung gebündelt werden, da diese einen Überblick über das gesamte Krankenhaus hat und qualitätsorientierte Aktivitäten aufgrund ihrer Position koordinieren und hierbei gegebenenfalls Schwerpunkte setzen kann.

Gelegentlich müssen jedoch betriebswirtschaftlich orientierte Krankenhausleitungen sowie ärztliche und pflegerische Führungskräfte wegen ihrer unterschiedlichen beruflichen Herkunft erst eine gemeinsame Sprache entwickeln.

Die CLINOTEL-Geschäftsstelle begleitet und unterstützt die Entwicklung des internen Dialogs, indem sie auf Wunsch der Mitgliedshäuser vor Ort die Ergebnisse der QSR-Auswertungen vorstellt und methodisch fundierte Vorschläge für einen Einstieg in die interne Analyse und Diskussion der Ergebnisse macht. Dieses Angebot stößt in den Mitgliedshäusern auf reges Interesse. Im Jahr 2010 haben 28 Termine mit Führungskräften aus den Bereichen Verwaltung, Ärztlicher Dienst und Pflegemanagement in den Mitgliedshäusern stattgefunden. Weitere Termine sind für 2011 bereits fest vereinbart.

Im Vordergrund steht für die CLINOTEL-Geschäftsstelle jedoch die Stärkung der methodischen Kompetenz in den Mitgliedshäusern des Verbundes. Im vierten Quartal 2010 haben daher in Köln drei Workshops stattgefunden, in denen von den Krankenhausleitungen benannte Ansprechpartner in Kleingruppen mit den Daten des eigenen Hauses unter Anleitung durch die Geschäftsstelle praktische Übungen zur Auswahl und Analyse von QSR-Kennzahlen durchführen konnten. Die Teilnehmer der Workshops bringen die hier erworbenen Fähigkeiten dann im Anschluss als Multiplikatoren in ihre jeweiligen Krankenhäuser ein.

Die Geschäftsstelle hat darüber hinaus die Berichte der Teilnehmer zum Stand der Umsetzung der QSR in ihren Häusern in schriftlicher Form aufbereitet. Den Mitgliedshäusern des CLINOTEL-Krankenhausverbundes stehen auf diese Weise praxisnahe Informationen zu erfolgreichen Konzepten und Fallstricken bei der internen Diskussion der Ergebnisse der QSR zur Verfügung.

◀▶ Prof. Dr. Christian Perings (Lünen) im Audit-Gespräch mit Abteilungsärztin Dr. Sabine Wagner (Speyer)

◀▶ Eröffnungsbesprechung während eines Audits in Speyer



Qualitätsinstrument

Auditverfahren

Audits sind als »Königsklasse« des Qualitätsmanagements integraler Bestandteil der Qualitätspolitik des CLINOTEL-Krankenhausverbundes. Sie unterstützen die Standortbestimmung der auditierten Organisation und geben Empfehlungen zur Verbesserung. Im Kontext eines großen Verbundes rechtlich und organisatorisch selbstständiger Krankenhäuser fördern sie den Gedanken des Miteinander-und-Voneinander-Lernens mit dem Ziel, die Qualität der Krankenhausbehandlung und die Sicherheit der behandelten Patienten kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Das methodische Grundgerüst für die Umsetzung des CLINOTEL-Auditverfahrens wurde von der Geschäftsstelle in Anlehnung an die DIN EN ISO 19011 entwickelt und kann von allen Mitarbeitern des CLINOTEL-Krankenhausverbundes in einem Handbuch nachvollzogen werden. Mögliche Inhalte der Audits beruhen auf externen Normen und der bestverfügbaren wissenschaftlichen Evidenz. Beides wird von der Geschäftsstelle in einem Auditkatalog gebündelt, der fortlaufend aktualisiert wird und aktuell Empfehlungen und Ergebnisse von fast 1.000 Leitlinien und wissenschaftlichen Studien enthält. Auch der Auditkatalog steht allen Mitarbeitern des Verbundes zur Verfügung.

Die Kombination aus methodischer und fachlicher Expertise spiegelt sich auch in der personellen Zusammensetzung der Auditteams wider. Die Leitung und Organisation eines Audits wird durch einen Vertreter der CLINOTEL-Geschäftsstelle übernommen, der die Qualifikation als ISO-Auditor erworben hat. Zusätzlich nehmen Fachexperten aus dem Verbund teil, die neben ihrer fachlichen Expertise auch über Führungserfahrung verfügen. Die Fachexperten nehmen ihre Aufgaben ehrenamtlich neben ihrer klinischen Tätigkeit wahr, das Audit ist für das auditierte Mitgliedshaus kostenfrei.

Vorbereitung und Durchführung der Audits

Das Auditorenteam hat im Wesentlichen zwei Aufgaben, die in der Fachterminologie als »Validierung« und »Verifizierung« bezeichnet werden. Unter dem Stichwort »Validierung« geht das Auditorenteam der Frage nach, ob die schriftlichen Vorgaben der Organisation zu Behandlungsprozessen oder die »gelebte klinische Praxis« dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens und den Vorgaben und Empfehlungen externer Normen wie Leitlinien, Richtlinien, Verordnungen etc. entsprechen. Die schriftlichen Vorgaben der Organisation werden zu diesem Zweck als sogenannte Audit-Eingaben vor dem Audit geprüft. Die »Verifizierung« beantwortet die Frage, in welchem Umfang organisationsinterne Vorgaben von den Mitarbeitern des jeweiligen Krankenhauses umgesetzt werden. Diese Informationen werden in Gesprächen mit den Mitarbeitern und Beobachtungen von Behandlungssituationen am Tage des Audits erarbeitet.



Der Fokus der Betrachtung liegt dabei im CLINOTEL-Auditverfahren primär auf einer Einschätzung des Behandlungsprozesses und der Identifikation potenzieller oder tatsächlicher Risiken für den Patienten.

»Qualität kommt von ganz oben« – dieser Satz ist im Kontext des Qualitätsmanagements Allgemeingut. Daher werden durch das Auditorenteam auch sogenannte Führungs- und Unterstützungsprozesse angemessen berücksichtigt, wenn diese in relevantem Umfang Einfluss auf die Prozess- und Ergebnisqualität der Krankenhausbehandlung nehmen können.

Die vor und während des Audits gewonnenen Informationen werden als Auditfeststellungen zusammengefasst, aus denen das Auditorenteam Schlussfolgerungen zieht und Handlungsempfehlungen ableitet. Feststellungen, Schlussfolgerungen und Empfehlungen werden in einem ausführlichen und differenzierten Auditbericht zusammengefasst, der dem auditierten Mitgliedshaus innerhalb von vier Wochen nach dem Audit übermittelt wird.

Das Potenzial des Verfahrens für die auditierte Organisation geht somit weit über eine kritische Reflexion der eigenen Behandlungsprozesse hinaus und kann bei intelligenter Nutzung Aufgaben erfüllen, die in den Krankenhäusern ansonsten von kostspieligen externen Beratern wahrgenommen werden.

Neuentwicklungen 2010:

Auditierung klinischer Patientenpfade und Audit Psychiatrie

Die im CLINOTEL-Verbund etablierten Auditverfahren in den Bereichen Anästhesie und Intensivmedizin, Operation, Gynäkologie und Geburtshilfe, Transfusionswesen und Pflegedienst fokussieren primär auf Fachabteilungen, Organisationseinheiten oder spezifische Berufsgruppen.

Im Jahr 2010 ist die CLINOTEL-Geschäftsstelle neue Wege gegangen und hat mit fachlicher Unterstützung aus dem Verbund für zwei definierte Erkrankungen, das »akute Koronarsyndrom« und den »akuten ischämischen Schlaganfall« Auditverfahren entwickelt, die eine fachabteilungs- und berufsgruppenübergreifende Reflexion der Qualität des Behandlungsprozesses von der stationären Aufnahme bis zur Entlassung eines Patienten ermöglichen sollen.

Beim akuten Koronarsyndrom handelt es sich um eine durch eine akute Verengung eines Herzkranzgefäßes hervorgerufene lebensbedrohliche Erkrankung wie zum Beispiel den akuten Herzinfarkt. Der akute ischämische Schlaganfall ist die häufigste Form des Schlaganfalls und wird durch eine Minderdurchblutung des Gehirns verursacht. Beide Krankheitsbilder gewinnen angesichts der demografischen Entwicklung zunehmend an Bedeutung. Gleichzeitig ist eine schnelle und zielgerichtete Diagnostik und Therapie entscheidend für das Behandlungsergebnis und das Überleben der Patienten, wobei das Vorgehen zwischen den unterschiedlichen Fachdisziplinen und Berufsgruppen präzise aufeinander abgestimmt werden muss.

Ebenfalls neu entwickelt wurde das Audit Psychiatrie. Gegenstand dieses Fachgebiets ist die Behandlung seelischer Erkrankungen. Allerdings können eine Reihe organischer Erkrankungen psychiatrische Symptome hervorrufen, die dann nicht fehlgedeutet werden dürfen. Ebenso können Patienten, die stationär wegen einer seelischen Erkrankung behandelt werden, akut behandlungsbedürftige körperliche Erkrankungen erleiden. Hieraus ergeben sich wichtige Fragen in Bezug auf die Patientensicherheit, die neben unmittelbar fachgebietsbezogenen Themen im Audit behandelt werden.

Umsetzung im Verbund

Das CLINOTEL-Auditprogramm wird von den Mitgliedshäusern des Verbundes sehr gut angenommen. Bis zum Ende des Berichtsjahres 2010 haben insgesamt 41 Audits in den Mitgliedshäusern des CLINOTEL-Krankenhausverbundes stattgefunden. Weitere 11 sind für 2011 bereits fest terminiert.

Qualitätsinstrument

Meldesystem Transfusionsmedizin

Der Umgang mit Blut und Blutprodukten ist eine risikobehaftete klinische Tätigkeit, bei der es immer wieder zu Beeinträchtigungen der Patientensicherheit kommen kann. Dies zeigen zum Beispiel die jährlichen Publikationen der »Serious Hazards of Transfusion (SHOT) Steering Group«, denen Datenmaterial aus dem langjährigen britischen Meldesystem zugrunde liegen.

In der öffentlichen Diskussion wird dabei immer das Risiko einer Infektion mit AIDS- oder Hepatitis-Viren hervorgehoben. Wissenschaftliche Publikationen zeigen jedoch, dass transfusionsbedingte Nebenwirkungen auch durch Risiken im Transfusionsprozess selbst, etwa die Verwechslung von Blutkonserven oder Patienten, bedingt sein können.

Eine Möglichkeit, Risiken im Transfusionsprozess transparent zu machen und dadurch die Patientensicherheit zu erhöhen, besteht in der Kommunikation von (Beinahe-)Zwischenfällen im Umfeld der Transfusion.

Dadurch wird zum einen das Bewusstsein für risikoe erhöhende Konstellationen bei den am Behandlungsprozess Beteiligten geschärft. Ebenso gut können alle Beteiligten profitieren, wenn besonders gute Lösungsansätze kommuniziert werden, die in einer konkreten Gefährdungssituation geholfen haben, Schaden vom Patienten abzuwenden.

In der Luftfahrt werden vertrauliche Meldesysteme über Beinahezwischenfälle als integraler Bestandteil des Risikomanagements bereits seit geraumer Zeit erfolgreich eingesetzt. Dort wurde in den 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts deutlich, dass schwere Zwischenfälle nicht mehr auf technisches Versagen sondern überwiegend auf sogenannte Human Factors zurückzuführen waren. Menschliche Fehler wurden dort im Verlauf eines längeren Erkenntnisprozesses als natürlich akzeptiert und als Chance verstanden, aus ihnen zu lernen. Ausgehend von den vertraulichen Meldungen

über Beinahez Zwischenfälle wurden nachfolgend Konzepte entwickelt, die verhindern sollen, dass individuelle Fehler zu einer unmittelbaren Gefährdung von Passagieren und Besatzungen führen.

Im CLINOTEL-Krankenhausverbund wird das Potenzial eines solchen vertraulichen Meldesystems seit September 2009 für den Bereich Transfusionswesen genutzt.

Berichte über (Beinahe-)Zwischenfälle in Mitgliedshäusern des Verbundes werden in der CLINOTEL-Geschäftsstelle durch einen definierten Ansprechpartner entgegengenommen und mit dem jeweiligen Transfusionsverantwortlichen des Mitgliedshauses in einem strukturierten Interview aufbereitet.

Der Fokus der Analyse liegt dabei in der Identifikation systemischer Einflussgrößen und der Ableitung von Empfehlungen, die auf systemischer Ebene risikomindernd wirken. Diesen methodischen Ansatz möchten wir anhand eines theoretischen Fallbeispiels veranschaulichen.

Fallbeispiel

Ein 60-jähriger Patient wird wegen einer akuten Blutung im Bereich des Magen-Darm-Traktes notfallmäßig während der Nachtstunden auf der Intensivstation aufgenommen. Er ist kreislaufun stabil und muss künstlich beatmet werden. Wenig später benötigt er zwei Blutkonserven.

Die für den Patienten zuständige Pflegekraft, die nebenbei auch weitere kritisch kranke Patienten betreut, entnimmt diese aus dem Blutkonserven-Kühlschrank, wobei sie flüchtig die Namensbeschriftung auf den Blutkonserven prüft.

Sie legt die Konserven auf dem Nachtschrank des Patienten ab und informiert kurz den diensthabenden Arzt, der gerade einen Patienten mit einem akuten Herzinfarkt behandelt. Dieser führt einige Zeit später am Bett des Patienten einen Blutgruppenschnelltest (sogenannter Bedside-Test) durch, der ihm bestätigt, dass die Blutgruppe des Patienten mit der auf den Blutkonserven dokumentierten Blutgruppe übereinstimmt. Nach einem orientierenden Blick auf die Namensbeschriftung auf der Konserve beginnt er die erste Transfusion, die vom Patienten problemlos vertragen wird.

Kurz nach Beginn der 2. Transfusion fällt der zuständigen Pflegekraft auf, dass bei beiden Blutkonserven eine Verwechslung vorliegt. Diese sind für einen ebenfalls auf der Station behandelten Patienten bestimmt, der einen ähnlichen Nachnamen hat (Übereinstimmung der ersten drei Buchstaben) wie der 60-Jährige. Die Transfusion wird sofort unterbrochen. Durch spezielle Blutuntersuchungen wird sichergestellt, dass der Patient die Transfusion gut vertragen hat. Er erhält die beiden für ihn bestimmten Blutkonserven und kann nach der Behandlung eines blutenden Magengeschwürs 14 Tage später bei guter Gesundheit entlassen werden.



Das vorliegende theoretische Fallbeispiel schildert die potenziell lebensbedrohliche Verwechslung von Blutkonserven in einem komplexen Arbeitsumfeld (Intensivstation). Vordergründig ist diese Verwechslung auf menschliche Irrtümer von Mitgliedern des behandelnden Teams zurückzuführen, die durch eine Ähnlichkeit von Patientennamen und eine falsche Sicherheit durch ein positives Ergebnis des Blutgruppenschnelltests begünstigt wurde.

Eine isolierte personenorientierte Sichtweise hätte nun zur Folge, dass die beiden betroffenen Mitglieder nochmals geschult und angewiesen würden, in Zukunft »besser aufzupassen«. Die Sicherheit der auf der Station behandelten Patienten würde dadurch jedoch nicht erhöht, da auf einer Intensivstation naturgemäß eine hohe Arbeitsdichte herrscht und eine akut lebensbedrohliche Verschlechterung des Krankheitszustandes zu jeder Tageszeit und oft gleichzeitig bei mehreren Patienten beobachtet werden kann.

Der geschilderte Irrtum könnte somit jedem dort tätigen Mitarbeiter erneut passieren. Aus diesem Grund verspricht die Einführung von Konzepten, die verhindern, dass der Irrtum eines Mitarbeiters direkt in eine Gefährdung eines Patienten mündet, deutlich mehr Erfolg. Im vorliegenden Fall könnte beispielsweise bei der Durchführung von Transfusionen ein »Vier-Augen-Prinzip« eingeführt werden, das den behandelnden Arzt und die zuständige Pflegekraft verpflichtet, sich die patientenbezogenen Angaben auf der Blutkonserve und in der Patientenakte wechselseitig vorzulesen.

Im Anschluss an das strukturierte Interview fasst die CLINOTEL-Geschäftsstelle die relevanten Ergebnisse der Analyse zusammen und ergänzt diese um Empfehlungen und Hinweise zu aktuellen Veröffentlichungen aus der wissenschaftlichen Literatur. Dieses Dokument wird dann als klinischer Hinweis beziehungsweise Alarm gegenüber allen Mitgliedshäusern des Verbundes kommuniziert. Dabei wird seitens der Geschäftsstelle eine strikte Vertraulichkeit des Verfahrens gewährleistet.

Die so gewonnenen Informationen können dann von den zuständigen Transfusionsverantwortlichen vor Ort dazu genutzt werden, das schon jetzt hohe Sicherheitsniveau bei Transfusionen im Verbund kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Externe stationäre Qualitätssicherung

Die Mitgliedshäuser des CLINOTEL-Krankenhausverbundes beteiligen sich regelmäßig an der verpflichtenden externen stationären Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (EQS G-BA). Die externe stationäre Qualitätssicherung ist in ihrem Kern ein Kontrollverfahren mit Konzentration auf (negative) Auffälligkeiten. Die Auffälligkeitskriterien werden auf der Bundesebene von medizinisch-pflegerischen Fachgruppen definiert. Die Ergebnisse des Verfahrens werden den deutschen Krankenhäusern ein Mal pro Jahr von den zuständigen Stellen zur Verfügung gestellt und durch das AQUA-Institut in Göttingen auch als Bundesauswertung veröffentlicht.

Für die qualitätsorientierte Steuerung eines Krankenhauses ist dieser Auswertungszyklus jedoch sehr lang, zumal die Ergebnisse für das aktuelle Jahr in der Regel frühestens im Mai des Folgejahres vorliegen. Hier bieten die von der CLINOTEL-Geschäftsstelle monatlich erstellten Auswertungen der Qualitätssicherung mit Routedaten einen erheblichen Vorteil.

Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung ermöglichen jedoch eine Positionsbestimmung des CLINOTEL-Krankenhausverbundes im Vergleich zu den bundesdeutschen Gesamtergebnissen. Die Ergebnisse unserer Mitgliedshäuser werden daher von der CLINOTEL-Geschäftsstelle zusammengefasst und von den medizinischen Fachgruppen des Verbundes im Hinblick auf möglichen Handlungsbedarf analysiert.

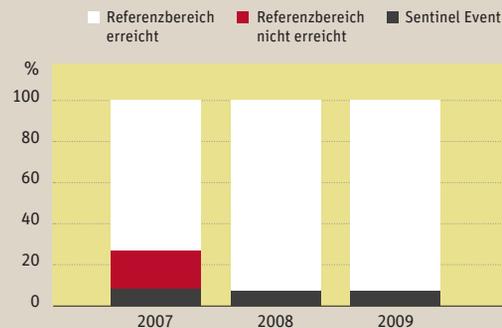
Aufbereitung für den Jahresbericht zur Qualitätssicherung 2011

Für den Jahresbericht zur Qualitätssicherung 2011 haben wir für die Darstellung der Ergebnisse des CLINOTEL-Krankenhausverbundes eine spezifische grafische Aufbereitung gewählt, um dem Leser einen schnellen Überblick zu ermöglichen.

Für die dargestellten Leistungsbereiche wurden drei Kategorien gebildet: der Anteil von Indikatoren, bei denen der Verbund den von der zuständigen Bundesfachgruppe festgelegten Referenzbereich erreicht hat, der Anteil von Indikatoren, bei denen dieser Referenzbereich verfehlt wurde, sowie der Anteil von »Sentinel-Event-Indikatoren«. Die Abbildung auf Seite 85 zeigt dies am Beispiel eines künstlichen Kniegelenks. Bei Sentinel Events handelt es sich um Komplikationen, die auch bei bester medizinischer Versorgung auftreten können, die jedoch so gravierend sind, dass die zuständigen Bundesfachgruppen die Analyse jedes Einzelfalles empfohlen haben.

Um einen Überblick über die Entwicklung des Verbundes geben zu können, haben wir die Ergebnisse der Jahre 2007 bis 2009 dargestellt. Die Ergebnisse des Jahres 2010 lagen zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vor.

◀▶ CLINOTEL-Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung für den Einbau eines künstlichen Kniegelenks. Abgebildet ist der Anteil der Indikatoren, bei denen der festgelegte Referenzbereich erreicht, beziehungsweise nicht erreicht wurde, sowie der Anteil sogenannter Sentinel-Event-Indikatoren



Die Grafik zeigt, dass der CLINOTEL-Krankenhausverbund im Jahr 2007 bei circa 20 Prozent der eingesetzten Qualitätsindikatoren die definierten Referenzbereiche verfehlt hat. In den Jahren 2008 und 2009 lagen die Ergebnisse bei diesen Indikatoren ebenfalls innerhalb der Referenzbereiche. Bei etwa sieben Prozent der eingesetzten Indikatoren handelt es sich um sogenannte Sentinel Events, die sowohl auf der Bundesebene als auch innerhalb des Verbundes beobachtet wurden. Diese Sentinel Events wurden von den Mitgliedshäusern ausführlich im Dialog mit den zuständigen Stellen auf der Landesebene analysiert.

Die grafische Darstellung der Ergebnisse des Verbundes erfolgt bei den jeweiligen Fachbereichen. Die Einzelergebnisse unserer Mitgliedshäuser sind für alle im Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung eingesetzten Indikatoren auf den Seiten 138 bis 175 aufgeführt.

Fachgruppen

Fachgruppen sind integraler Bestandteil des CLINOTEL-Konzepts zur Sicherung und kontinuierlichen Verbesserung der medizinisch-pflegerischen Qualität. Sie nehmen im CLINOTEL-Verbund zwei wichtige Funktionen wahr. Zum einen ermöglichen sie eine fachliche Diskussion und Weiterentwicklung der CLINOTEL-Instrumente zur Qualitätssicherung, zum anderen findet ein Erfahrungs- und Wissenstransfer zu krankenhauses internen Projekten zwischen den Krankenhäusern statt.

Die Geschwindigkeit der Entwicklung des medizinischen Wissens und die zunehmende Fokussierung auf die Wirtschaftlichkeit der Behandlung bei nach Möglichkeit verbesserter Behandlungsqualität stellen große Herausforderungen an Führungskräfte im Krankenhaus dar.

Die CLINOTEL-Fachgruppen bieten hier den Mitgliedshäusern eine geeignete Plattform für den kollegialen Austausch zu diesen Fragen und fördern den Transfer erfolgreicher Lösungsansätze.

Im Jahr 2010 hat, zusätzlich zu den bereits bestehenden zehn medizinischen Fachgruppen, die Fachgruppe Notaufnahme ihre Arbeit aufgenommen. Über die Aktivitäten dieser Fachgruppe informieren wir Sie auf den Seiten 117 bis 119. Insgesamt sind derzeit elf medizinische Fachgruppen im CLINOTEL-Verbund organisiert:

- Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Anästhesie und Intensivmedizin
- Gefäßchirurgie
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Kardiologie
- Neurologie
- Notaufnahme
- OP-Management
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Transfusionsmedizin
- Urologie

Mitglieder der Fachgruppen sind leitende Ärzte der jeweiligen Fachdisziplinen, OP-Manager und Transfusionsverantwortliche. Darüber hinaus ist seit mehreren Jahren die Fachgruppe Pflegemanagement auf der Ebene des Verbundes tätig. Über die Aktivitäten dieser Fachgruppe wird in einem gesonderten Abschnitt auf den Seiten 122 bis 125 berichtet.

Abgerundet wird das Fachgruppenkonzept durch die Fachgruppe Qualitätsmanagement, die sich aus den Qualitätsmanagement-Beauftragten der Mitgliedshäuser zusammensetzt. Die Qualitätsmanagement-Beauftragten begleiten die Projekte zur Qualitätsentwicklung in ihren Häusern mit



ihrer methodischen Expertise. Wo erforderlich, koordinieren sie fach- und berufsgruppenübergreifende Aktivitäten. Die Fachgruppe Qualitätsmanagement und ihre Arbeit werden in einem eigenen Abschnitt auf den Seiten 126 bis 127 vorgestellt.

Das freiwillige Engagement in den Fachgruppen erfordert von den Führungskräften im CLINOTEL-Krankenhausverbund den Mut, sich den Einschätzungen erfahrener Fachkollegen zu stellen, und das Vertrauen, dass im Zweifelsfall auch selbstkritische Analysen in konstruktiver und lösungsorientierter Weise aufgenommen werden. Vor diesem Hintergrund stellen die fast zwei Dutzend Fachgruppentreffen des Jahres 2010, die in den Mitgliedshäusern des Verbundes wesentliche Entwicklungsanreize gesetzt haben, eine Erfolgsgeschichte dar. Der offene Dialog innerhalb der Fachgruppen wird dabei wesentlich auch dadurch erleichtert, dass die Krankenhäuser der Mitglieder nicht im Wettbewerb miteinander stehen.

Arbeitsschwerpunkte

Die Fachgruppen treffen sich ein- bis zweimal jährlich in der CLINOTEL-Geschäftsstelle oder in einem der Mitgliedshäuser des Verbundes.

Medizinische Qualitätsentwicklung

Die Inhalte der Sitzungen werden wesentlich durch die Fachgruppen selbst bestimmt. Allerdings stehen die Analyse der Ergebnisse der Qualitätssicherung mit Routinedaten einschließlich der Ableitung von Handlungsempfehlungen und der fachliche Austausch über klinische Behandlungsprozesse zumeist im Mittelpunkt der Treffen.

Darüber hinaus werden die Fachgruppentreffen auch für die Diskussion strategischer Fragestellungen genutzt, wie wir am Beispiel der Fachgruppe Neurologie zeigen möchten.

Strategische Entwicklung von Fachabteilungen

Die Bedeutung des Fachgebiets hat in den vergangenen Jahren, nicht zuletzt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der insbesondere auch mit einer Zunahme von Schlaganfall-Erkrankungen einhergeht, deutlich zugenommen. Gleichzeitig erhöht die zunehmende Verkürzung der stationären Verweildauer die Notwendigkeit, innovative und sektorenübergreifende Konzepte zu entwickeln, um eine Versorgung neurologischer Patienten auf qualitativ hohem Niveau sicherzustellen.

Die Fachgruppe hat daher im Rahmen eines Treffens im Juni 2010 einen Workshop zur strukturellen Entwicklung neurologischer Fachabteilungen und ihrer Einbettung in die regionale Patientenversorgung durchgeführt. Die Erfahrungsberichte der Teilnehmer sowie erfolgreiche Konzepte und Fallstricke auf dem Weg zu einer stärkeren Integration der verschiedenen Leistungsanbieter im Gesundheitswesen wurden von der CLINOTEL-Geschäftsstelle in schriftlicher Form gebündelt. Sie stehen somit allen Mitgliedshäusern des Verbundes für ihre individuellen und auf die regionalen Gegebenheiten vor Ort angepassten Aktivitäten zur Verfügung.

105 Neurologie	115 Operationsbereich	126 Qualitätsmanagement
108 Orthopädie und Unfallchirurgie	117 Notaufnahme	128 Zusammenfassung und Ausblick
111 Psychiatrie, Psychotherapie	119 Transfusionsmedizin	130 Externe stationäre Qualitätssicherung
113 Urologie	122 Pflegedienst	176 Erläuterungen der Mitgliedshäuser

Eine weitere Herausforderung für ärztliche Führungskräfte ist der Ärztemangel in den deutschen Krankenhäusern. Die Anzahl der aktuell dort nicht besetzten ärztlichen Stellen wird mit rund 5.000 angegeben. Der Wettbewerb um die »besten Köpfe« unter dem ärztlichen Nachwuchs ist damit in vollem Gange. Die Frage, welche Konzepte zur Gewinnung und Bindung junger Ärztinnen und Ärzte Erfolg versprechend sind, wird auch in den medizinischen Fachgruppen des CLINOTEL-Krankenhausverbundes regelmäßig diskutiert.

Die Motivation ärztlicher Mitarbeiter als einem wesentlichen Aspekt der erfolgreichen Mitarbeitergewinnung und -bindung bildete einen Themenschwerpunkt des Treffens der Fachgruppe Gynäkologie und Geburtshilfe im Mai 2010. Hier wurde ein innovativer Ansatz für die Diskussion des Themas »Mitarbeitermotivation als Bestandteil erfolgreicher Mitarbeiterbindung« verfolgt. Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass die Vorstellungen von Führungskräften über Einflussgrößen, die zur Motivation ihrer Mitarbeiter beitragen, sich oft stark von den Faktoren unterscheiden, die die Mitarbeiter selbst als motivierend erleben. Das Treffen in Köln wurde nun genutzt, um beide Perspektiven zusammenzuführen.

Die Perspektive des Chefarztes wurde zunächst durch einen leitenden Gynäkologen und Geburtshelfer aus dem Verbund geschildert. Im Anschluss erhielt eine Assistenzärztin aus einer gynäkologischen Abteilung des Verbundes die Gelegenheit, den Chefarzten des Verbundes darzustellen, welche Einflussgrößen den ärztlichen Nachwuchs motivieren. In der nachfolgenden Diskussion, die von allen Teilnehmern als konstruktiv und bereichernd erlebt wurde, zeigte sich, dass ärztliche Führungskräfte in den Mitgliedshäusern des CLINOTEL-Krankenhausverbundes mit ganz unterschiedlichen Ansprüchen konfrontiert werden. Ungeachtet aller Heterogenität fand sich jedoch letztlich ein gemeinsamer Nenner: Der ärztliche Nachwuchs von heute ist anspruchsvoll, aber interessiert und lernbereit. Er möchte das Erlernte dann aber in den klinischen Alltag einbringen und auch das eigene Arbeitsumfeld aktiv mitgestalten dürfen.



Darstellung der Ergebnisse 2010

Fachgebiet

Allgemein- und Viszeralchirurgie

Das Fachgebiet Allgemein- und Viszeralchirurgie umfasst die operative Behandlung der Bauchorgane einschließlich der Speiseröhre, der Schilddrüse und Nebenschilddrüse sowie die operative Behandlung von Hernien. Die Qualitätssicherung mit Routinedaten im CLINOTEL-Krankenhausverbund bildet Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität bei den häufigsten allgemein- und viszeralchirurgischen Eingriffen mit Ausnahme der Chirurgie der Speiseröhre und der Bauchspeicheldrüse ab.

Operationen an der Schilddrüse

Die Schilddrüse spielt eine wichtige Rolle im Energiestoffwechsel und bei der Regulation des Knochenbaus. Die Schilddrüse ist Ausgangspunkt für zahlreiche Erkrankungen, die unter anderem mit einer Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse verbunden sein können. Der in der westlichen Welt häufig vorkommende Jodmangel kann zu einer krankhaften Vergrößerung der Schilddrüse, in der Fachsprache als »Struma« bezeichnet, führen. Die Qualitätssicherung mit Routinedaten im CLINOTEL-Krankenhausverbund bildet alle Operationen ab, die aufgrund einer gutartigen Erkrankung der Schilddrüse erforderlich werden.

Krankenhaussterblichkeit 2010

Im Jahr 2010 wurde im CLINOTEL-Krankenhausverbund kein einziger Todesfall nach einem operativen Eingriff bei gutartiger Erkrankung der Schilddrüse beobachtet. Schilddrüsenoperationen stellen somit ein sehr sicheres Verfahren in den Mitgliedshäusern des CLINOTEL-Krankenhausverbundes dar.

Große Operationen am Dickdarm (Kolonresektion)

Als Kolonresektion wird die teilweise oder vollständige operative Entfernung des Dickdarms bezeichnet. Eine Kolonresektion kann aufgrund einer bösartigen Tumorerkrankung oder einer ganzen Reihe gutartiger Erkrankungen des Dickdarms erforderlich werden. Die Qualitätssicherung mit Routinedaten im CLINOTEL-Krankenhausverbund bildet alle Kolonresektionen unabhängig von ihrer Indikation und der Erkrankungsschwere der behandelten Patienten gemeinsam ab.

Krankenhaussterblichkeit 2010

Der Anteil im Krankenhaus verstorbener Patienten nach Kolonresektionen bei einer bösartigen Erkrankung lag im Jahr 2010 bei 7,2 Prozent. Aus wissenschaftlichen Studien werden etwas niedrigere Sterblichkeitsraten berichtet, wobei dort im Gegensatz zur CLINOTEL-Auswertung bestimmte Risikogruppen aus der Betrachtung ausgeschlossen werden.



Die QSR-Ergebnisse zur Kolonchirurgie waren im Jahr 2010 Gegenstand intensiver Diskussionen in der Fachgruppe Allgemein- und Viszeralchirurgie. Unabhängig von methodischen Fragen der Vergleichbarkeit von QSR-Auswertungen und wissenschaftlichen Studien bestand seitens der Fachgruppe der Wunsch, den Mitgliedshäusern des CLINOTEL-Krankenhausverbundes ein Instrument zur Verfügung zu stellen, das eine differenziertere Rückmeldung zu den etablierten Behandlungsprozessen gibt und diese mit konkreten Vorschlägen zur Ausschöpfung von Verbesserungspotenzialen verbindet.

Die CLINOTEL-Geschäftsstelle hat daher mit Unterstützung der Fachgruppe ein Prozessaudit für große Operationen an Dickdarm und Enddarm (sogenannte kolorektale Chirurgie) entwickelt. Dieses beinhaltet neben einer Analyse der Behandlungsprozesse auch Elemente des klassischen Peer-Review-Verfahrens, das heißt Fachexperten aus dem Verbund führen mit Vertretern des auditierten Mitgliedshauses eine Analyse von Behandlungsverläufen mit Komplikationen durch.

Die Mitglieder der Fachgruppe haben sich zum Ziel gesetzt, alle allgemein- und viszeralchirurgischen Abteilungen des Verbundes innerhalb von drei Jahren wechselseitig zu auditieren. Dieses ehrgeizige Ziel gewinnt umso mehr an Bedeutung, als ein hoher Anteil der Mitgliedshäuser des CLINOTEL-Krankenhausverbundes bereits über zertifizierte Darmzentren verfügt beziehungsweise aktuell die Zertifizierung vorbereitet. Die Mitglieder der Fachgruppe sehen jedoch in der Umsetzung des verbundinternen CLINOTEL-Auditverfahrens die Möglichkeit, die medizinisch-pflegerische Qualitätsentwicklung noch weiter voranzubringen.

Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie)

Die operative Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie) bei Gallensteinleiden ist Gegenstand der externen stationären Qualitätssicherung, an der sich auch die Mitgliedshäuser des CLINOTEL-Krankenhausverbundes beteiligen. Die Ergebnisse der Mitgliedshäuser finden Sie auf den Seiten 154 bis 155.

Entfernung der Gallenblase durch den Bauchnabel (laparoskopische Cholezystektomie)

Die verbundinterne Qualitätssicherung mit Routinedaten stellt durch ihre Aktualität und eine Reihe zusätzlicher Kennzahlen eine sinnvolle und wichtige Ergänzung des Verfahrens der externen stationären Qualitätssicherung bei Gallenblasenoperationen dar. Beispielsweise kann ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand der Anteil von Patienten erfasst werden, bei denen die Entfernung der Gallenblase laparoskopisch, das heißt in sogenannter Schlüssellochtechnik durch den Bauchnabel erfolgte. Dieses Operationsverfahren stellt gemäß einer aktuellen Leitlinienempfehlung heutzutage das Standardverfahren bei der operativen Behandlung von Gallensteinleiden dar. Mehr als 93 Prozent der Cholezystektomien werden laparoskopisch begonnen, bei etwa vier bis sieben Prozent muss auf eine offene Operation gewechselt werden. Der stationäre Aufenthalt bei laparoskopischer Operation ist im Mittel um drei Tage kürzer und die Patienten erholen sich deutlich schneller als nach offener Operation.

◀▷ Intensiver kollegialer Austausch zwischen Mitgliedern der Fachgruppe Anästhesie- und Intensivmedizin

◀▷ Mitglieder der Fachgruppe Anästhesie und Intensivmedizin am Ende des 4. Treffens am 11.03.2011 in Altötting



Im CLINOTEL-Krankenhausverbund wurden 2010 94,9 Prozent aller Operationen laparoskopisch begonnen. Bei 4,3 Prozent der laparoskopischen Operationen musste auf das offene Verfahren gewechselt werden.

Fachgebiet

Anästhesie und Intensivmedizin

Anästhesie und Intensivmedizin sind Teilgebiete des Fachgebiets Anästhesiologie. Die Anästhesie umfasst alle Maßnahmen, die von hierauf spezialisierten Ärzten mit dem Ziel durchgeführt werden, Patienten sicher und schmerzfrei durch einen operativen Eingriff zu begleiten. Die Intensivmedizin befasst sich mit der Diagnostik und Therapie kritisch kranker Patienten.

Die Fachgruppe Anästhesie und Intensivmedizin wurde im November 2009 eingerichtet, um den Wissenstransfer zu anästhesiologischen Fragestellungen innerhalb des CLINOTEL-Krankenhausverbundes zu fördern. Die Qualitätssicherung mit Routinedaten in der Anästhesie und Intensivmedizin bildet unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit der Anästhesie, der Beatmungstherapie auf der Intensivstation und der Behandlung der Sepsis ebenso ab wie Aspekte der Ergebnisqualität des innerklinischen Notfallmanagements.

Sepsis

Die Sepsis, umgangssprachlich auch als »Blutvergiftung« bezeichnet, ist eine akut lebensbedrohliche Erkrankung, die durch eine fulminante Reaktion des Organismus auf Bakterien oder deren Bestandteile hervorgerufen wird. An einer Sepsis erkranken in Deutschland jährlich rund 154.000 Patienten. Die Krankenhaussterblichkeit bei Sepsis wird in aktuellen wissenschaftlichen Untersuchungen mit bis zu 40 Prozent angegeben.

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen auch, dass Diagnose und Therapie der Sepsis zeitkritisch sind. So wirkt sich beispielsweise eine verzögerte Antibiotikagabe unmittelbar auf die Sterblichkeit von Patienten mit Sepsis aus.

Da ein großer Teil der Patienten auf einer Intensivstation behandelt wird, hat sich die Fachgruppe Anästhesie und Intensivmedizin seit Ende 2008 mit dem Thema »Sepsis« befasst. Erklärtes Ziel der Fachgruppe ist es, auf eine Reduktion der Krankenhaussterblichkeit bei Sepsis im CLINOTEL-Krankenhausverbund hinzuwirken. Hierzu wurden zunächst anhand von medizinischen Leitlinien und wissenschaftlichen Untersuchungen Einflussgrößen auf das Sterblichkeitsrisiko identifiziert. Im zweiten Schritt wurden für den CLINOTEL-Krankenhausverbund drei Ziele formuliert, die nach Einschätzung der Fachgruppe im Hinblick auf eine Reduktion der Krankenhaussterblichkeit der Sepsis die höchste Wirksamkeit versprochen:

105 Neurologie
108 Orthopädie und Unfallchirurgie
111 Psychiatrie, Psychotherapie
113 Urologie

115 Operationsbereich
117 Notaufnahme
119 Transfusionsmedizin
122 Pflegedienst

126 Qualitätsmanagement
128 Zusammenfassung und Ausblick
130 Externe stationäre Qualitätssicherung
176 Erläuterungen der Mitgliedshäuser

Entwicklung der Krankenhaussterblichkeit bei Sepsis



- frühzeitige Identifikation von Patienten mit Symptomen der Sepsis und zeitnahe ärztliche Diagnosestellung
- frühzeitige Gabe von Antibiotika entsprechend der aktuellen Leitlinienempfehlungen
- weitere Therapie der Sepsis ebenfalls gemäß den aktuellen Leitlinien

Das größte Potenzial für die Realisierung dieser Ziele liegt in der Einbindung des Pflegepersonals und in der Optimierung der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen. Pflegekräfte halten sich im klinischen Alltag deutlich häufiger bei den Patienten auf als Ärzte und registrieren daher Veränderungen ihres klinischen Zustandes eher.

Die Fachgruppe hat daher ein Informationsblatt erarbeitet, das die klinischen Symptome einer Sepsis auflistet und diese mit einem wissenschaftlich fundierten Handlungsalgorithmus für Pflegepersonal und Ärzte verbindet. Zusätzlich wurden Empfehlungen aufgenommen, innerhalb welcher Zeitspanne der Algorithmus abgearbeitet werden soll. Dieses Informationsblatt steht allen Mitgliedshäusern des CLINOTEL-Krankenhausverbundes zur Verfügung.

Entwicklung der Krankenhaussterblichkeit 2008 bis 2010

Parallel zu den Aktivitäten der Fachgruppe sank die In-Hospital-Letalität der Sepsis in der Gruppe der 22 Krankenhäuser, die bereits im Jahr 2008 Mitglied des CLINOTEL-Krankenhausverbundes waren, von 32,5 Prozent im Jahr 2008 über 31,4 Prozent im Jahr 2009 auf 28,0 Prozent im Jahr 2010. Dies zeigt die Abbildung oben.

Angesichts von rund 3.200 Sepsispatienten, die pro Jahr in diesen Krankenhäusern behandelt werden, bedeutet ein Absinken der Krankenhaussterblichkeit um 4,5 Prozent, dass im Vergleich zu 2008 im Jahr 2010 110 zusätzliche Patienten eine Sepsis überlebt haben.

Ein kausaler Zusammenhang zwischen den Aktivitäten der Fachgruppe und dem Absinken der Sepsis-Sterblichkeit lässt sich mit statistischen Verfahren nicht beweisen. Es ist jedoch von einer erheblichen Intervention der ärztlichen Führungskräfte in ihren jeweiligen Krankenhäusern auszugehen.

Während der Arbeiten am Sepsis-Projekt wurde darüber hinaus erneut das Potenzial eines großen Krankenhausverbundes wie CLINOTEL deutlich. Das CLINOTEL-Mitgliedshaus in Emden hatte bei der Entwicklung eines Sepsis-Informationsblattes bereits wesentliche Vorarbeiten geleistet. Der Chefarzt der dortigen Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin hat die eigenen Erfahrungen aktiv in die Diskussionen in der Fachgruppe eingebracht, sodass Ideen und Anregungen eines Mitgliedshauses allen Patienten innerhalb des Verbundes zugutegekommen sind.

◀▷ Entwicklung der Krankenhaussterblichkeit bei Sepsis im CLINOTEL-Krankenhausverbund. Die Ergebnisse beziehen sich auf 22 Krankenhäuser, die bereits im Jahr 2008 Mitglied im Verbund waren.

◀▷ Das Narkoset Kinderanästhesie in der Kreisklinik Altötting



Auditverfahren

Das Angebot eines CLINOTEL-Audits im Bereich Anästhesie und Intensivmedizin wurde von den Mitgliedshäusern des Verbundes auch im Jahr 2010 wieder aktiv genutzt. Die teilnehmenden Mitgliedshäuser erhielten mit fachlicher Unterstützung leitender Ärzte aus dem Verbund differenzierte Analysen der eigenen Stärken und Verbesserungspotenziale, verbunden mit Empfehlungen, wie diese ausgeschöpft werden können.

Gleichzeitig wurde eine Reihe von Beispielen für gute klinische Praxis identifiziert, die über die verbundinterne Kommunikation allen Mitgliedshäusern als Anregung dienen können und von denen wir zwei stellvertretend für viele weitere vorstellen möchten.

Das Narkoset Kinderanästhesie

Narkosen bei Säuglingen und Kleinkindern stellen besondere Herausforderungen an die narkoseführenden Anästhesisten. Körperbau und die Steuerung lebenserhaltender Funktionen wie Atmung und Kreislauf unterscheiden sich zum Teil wesentlich von Erwachsenen. Auch bei der Dosierung von Medikamenten und Infusionen sind Unterschiede zu berücksichtigen. Narkosen bei Säuglingen und Kleinkindern werden daher ausschließlich von erfahrenen Anästhesisten durchgeführt.

Um die Sicherheit der Kinder in der sensiblen Phase der Narkose zu erhöhen, wurden Konzepte entwickelt, die dazu führen sollen, dass dem Anästhesisten bestimmte Handlungsabfolgen während der Narkose »in Fleisch und Blut übergehen«, das heißt, dass er nicht aktiv über diese Handlungen nachdenken muss, sondern sich stattdessen ganz auf seinen kleinen Patienten konzentrieren kann.

Ein besonders gelungenes Beispiel für ein solches Konzept fanden wir in unserem Mitgliedshaus in Altötting. Hier wurde eine eigene Tasche mit Zubehör für Säuglingsnarkosen entwickelt (Abbildung oben). Diese Tasche enthält neben den für die Überwachung und Durchführung der Narkose erforderlichen Instrumenten, wie zum Beispiel Blutdruckmessgerät und Stethoskop, auch ein farbkodiertes Zentimetermaßband. Mit diesem Maßband wird vor Beginn der Narkose die Größe des Säuglings ermittelt. Aus wissenschaftlichen Untersuchungen ist bekannt, dass die Größe des Säuglings mit dem Durchmesser der Luftröhre korrespondiert. Die zur Beatmung eines Säuglings während der Narkose erforderlichen Beatmungstuben werden daher in passender Größe in farblich markierten Fächern gelagert, die der Farbkodierung auf dem Zentimetermaßband entsprechen. Der Anästhesist kann daher sofort auf den für den Säugling passenden Beatmungstube zurückgreifen.

Übersicht chemisch ver- träglicher Medikamente auf der Intensivstation

Kritisch kranke Patienten auf der Intensivstation benötigen häufig eine Vielzahl von Medikamenten. Die behandelnden Ärzte müssen dabei nicht nur Gegenanzeigen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten kennen und berücksichtigen. Werden zwei oder mehrere Medikamente gleichzeitig intravenös durch denselben Katheter verabreicht, muss darüber hinaus bekannt sein, ob die Substanzen chemisch miteinander verträglich sind. Ist dies nicht der Fall, kann es sein,



dass ein Medikament unwirksam wird oder durch die chemische Reaktion potenziell schädliche Substanzen entstehen.

Auf der Intensivstation des CLINOTEL-Mitgliedshauses in Landshut tragen daher alle Mitglieder des behandelnden Teams eine farblich kodierte tabellarische Übersicht bei sich, aus der zu entnehmen ist, welche Medikamente miteinander verträglich sind und daher gemeinsam über einen Katheter verabreicht werden können. So wird auch in Zeiten erheblicher Arbeitsdichte ein hohes Maß an Sicherheit bei der Verabreichung intravenöser Medikamente gewährleistet.

Fachgebiet

Gefäßchirurgie

Das Fachgebiet Gefäßchirurgie umfasst sowohl die operative Behandlung von Erkrankungen der Blutgefäße als auch die Wundbehandlung von Patienten mit Durchblutungsstörungen der Extremitäten. Die CLINOTEL-Geschäftsstelle stellt den leitenden Gefäßchirurgen des Verbundes über die Qualitätssicherung mit Routinedaten monatlich Kennzahlen zur Verfügung, die Aspekte der Ergebnisqualität bei der operativen Behandlung der Varikosis (Krampfadern), des Bauchaortenaneurysmas und der arteriellen Verschlusskrankheit sowie der Behandlung von Gefäßkomplikationen bei Patienten mit Diabetes mellitus abbilden.

Die Ergebnisse der QSR wurden von der Fachgruppe Gefäßchirurgie intensiv analysiert und bewertet. Dabei wurden auch konkrete Empfehlungen zum Umgang mit den Ergebnissen in den Mitgliedshäusern des Verbundes ausgesprochen.

Erweiterung der Bauchaschlagader (Bauchaortenaneurysma)

Unter einem Bauchaortenaneurysma versteht man eine krankhafte Aussackung der Körperhauptschlagader (Aorta) im Bereich der Bauchhöhle. Bei einem fortgeschrittenen Aneurysma besteht das Risiko einer Ruptur (Zerreißen des Aneurysmas), die mit einer hohen Sterblichkeit verbunden ist. Für die Diagnostik und Behandlung des Aortenaneurysmas liegen detaillierte Empfehlungen wissenschaftlicher Leitlinien vor. Bei der Entscheidung über die operative Behandlung eines asymptomatischen Aneurysmas muss das Risiko einer Ruptur gegen das Operationsrisiko abgewogen werden.

Endovaskuläre Ausschaltung des Aneurysmas

Bis vor wenigen Jahren erfolgte die gefäßchirurgische Behandlung von Bauchaortenaneurysmen ausschließlich als offene Operation. Mittlerweile steht für bestimmte Patientengruppen auch die Implantation einer Gefäßprothese durch die Leiste, die sogenannte endovaskuläre Ausschaltung des Aortenaneurysmas, als Therapieverfahren zur Verfügung. Wissenschaftliche Studien berichten von einer im Vergleich zur offenen Operation geringeren Komplikations- und Sterblichkeitsrate.



Der Anteil der Patienten, die mit diesem Verfahren behandelt werden, ist auch im CLINOTEL-Krankenhausverbund kontinuierlich angestiegen und lag im Jahr 2010 bei 64 Prozent. Dabei wurde eine Krankenhaussterblichkeit von 2 Prozent beobachtet. Dieses Ergebnis bewegt sich innerhalb des von wissenschaftlichen Fachgesellschaften angegebenen Orientierungswertes.

Da es sich bei der Operation eines asymptomatischen Bauchaortenaneurysmas um einen prophylaktischen Eingriff handelt, der dem Risiko einer Ruptur vorbeugen soll, hat die CLINOTEL-Fachgruppe Gefäßchirurgie empfohlen, jeden einzelnen Todesfall zu analysieren.

Halsschlagaderoperation (Karotis-Rekonstruktion)

Die operative Entfernung von Gefäßwandverkalkungen, sogenannter atherosklerotischer Plaques, aus der Halsschlagader ist ein anerkanntes Verfahren, das bei Patienten mit einer relevanten Verengung der Halsschlagader das Risiko eines Schlaganfalls erheblich reduzieren kann.

Welche Patienten von dem Eingriff profitieren können, war in der Vergangenheit Gegenstand intensiver wissenschaftlicher Forschung. Bezüglich der Indikationsstellung zur Operation liegen konkrete Empfehlungen internationaler Leitlinien vor.

Bei der Entscheidung, ob sie dem Patienten eine Operation empfehlen, wägen die behandelnden Ärzte stets ab zwischen dem Schlaganfallrisiko ohne Operation und dem operationsbedingten Risiko. Gefürchtet ist hier insbesondere der während oder nach der Operation auftretende Schlaganfall. Die Qualitätssicherung mit Routinedaten ist an diesem Punkt methodisch dadurch limitiert, dass mithilfe der Daten nicht unterschieden werden kann, ob der Patient den Schlaganfall bereits vor dem stationären Aufenthalt oder erst im Zusammenhang mit der Operation erlitten hat. Die Betrachtung der Sterblichkeit allein ermöglicht nach übereinstimmender Auffassung der Fachgruppe Gefäßchirurgie jedoch keine Rückschlüsse auf die Ergebnisqualität der Halsschlagaderoperation.

Aussagen zur Ergebnisqualität der Karotis-Rekonstruktion stehen der interessierten Öffentlichkeit mit den Daten der externen stationären Qualitätssicherung zur Verfügung, an der sich alle deutschen Krankenhäuser beteiligen müssen.

Die von der zuständigen Bundesstelle definierten Qualitätsanforderungen bei der Karotis-Rekonstruktion werden hier durch den CLINOTEL-Krankenhausverbund seit 2008 vollständig erreicht (Abbildung oben). Darüber hinaus haben eine Reihe von Mitgliedshäusern im Jahr 2009 im Bundesvergleich teils deutlich überdurchschnittliche Ergebnisse erzielt (siehe Seite 138 bis 139).



Gynäkologie und Geburtshilfe

Die Frauenheilkunde mit ihren Teilbereichen Gynäkologie und Geburtshilfe ist eines von 30 Fachgebieten der Humanmedizin. Die Gynäkologie umfasst dabei die Behandlung von Erkrankungen der nicht schwangeren Frau im Gegensatz zur Geburtshilfe. Die Ausbildung zum Facharzt erfolgt in Deutschland immer für die Gynäkologie und Geburtshilfe gemeinsam.

Die CLINOTEL-Geschäftsstelle bietet den leitenden Ärzten aus diesem Fachgebiet mit der Fachgruppe Gynäkologie und Geburtshilfe ein Forum für den Wissenstransfer an. Das Potenzial eines solchen Forums war in den Diskussionen in der Fachgruppe auch im Jahr 2010 wieder deutlich erkennbar.

Wie in den übrigen medizinischen Fachgruppen spielte auch in der Fachgruppe Gynäkologie und Geburtshilfe das Thema »Standardisierung von Diagnostik und Therapie durch klinische Behandlungspfade« eine große Rolle. Das CLINOTEL-Mitgliedshaus in Speyer verfolgt hier mit der Einführung sogenannter schlanker klinischer Behandlungspfade einen innovativen Ansatz. »Schlank« bedeutet in diesem Fall, die internen Abläufe vollständig auf die Erbringung der bestmöglichen Qualität für die Patientin auszurichten, bei der Diagnostik und Therapie nur auf die Verfahren zurückzugreifen, die evidenzbasiert Nutzen für die Patientin bringen und alle »überflüssigen« Dinge wie Verzögerungen und unerwünschte Ereignisse im Behandlungsverlauf möglichst zu reduzieren.

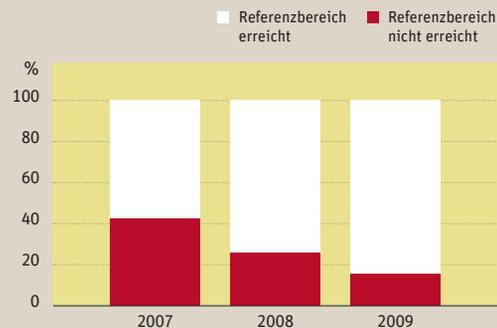
Die übrigen Fachgruppenmitglieder erhielten durch die Vorstellung dieses innovativen Ansatzes in der Fachgruppe Anregungen für die eigene klinische Tätigkeit. Im Gegenzug konnte der Chefarzt der gynäkologischen Abteilung in Speyer auf die Expertise seiner Fachkollegen im Verbund zurückgreifen.

Die Entwicklung klinischer Behandlungspfade erfolgt in vielen einzeln agierenden Krankenhäusern häufig mit Unterstützung von kostspieligen externen Beratungsunternehmen. Innerhalb des CLINOTEL-Krankenhausverbundes können durch die Bündelung von fachlicher und methodischer Kompetenz und den begleitenden Erfahrungsaustausch innerhalb der Fachgruppen innovative Konzepte potenziell mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen entwickelt werden. Da die Fachgruppenmitglieder auch die eigenen Erfahrungen mit erfolgreichen Ansätzen zur Gestaltung von Veränderungen einbringen, erhöht sich im jeweiligen Mitgliedshaus die Wahrscheinlichkeit, Veränderungen nachhaltig zu gestalten.

Die Analyse der Ergebnisse der Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) bildete im Jahr 2010 einen weiteren thematischen Schwerpunkt der Fachgruppentätigkeit. Die QSR bildet für den Bereich der Gynäkologie Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität bei gynäkologischen Operationen und der operativen Behandlung des Mammakarzinoms (Brustkrebs) ab. Für die Geburtshilfe werden den Mitgliedshäusern des Verbundes Kennzahlen zur Verfügung gestellt, die Aufschluss über die Qualität der Versorgung sowohl der Mutter als auch des Neugeborenen geben können.

◀▶ Entspannte Stimmung nach konstruktiven Diskussionen – die Mitglieder der Fachgruppe Gynäkologie und Geburtshilfe zum Abschluss ihres zweiten Treffens am 05.05.2010 in Köln

◀▶ Verlauf der Ergebnisse des CLINOTEL-Krankenhausverbundes in der externen Qualitätssicherung im Bereich Mammachirurgie in den Jahren 2007 bis 2009. Dargestellt ist der Anteil der Qualitätsindikatoren, bei denen der definierte Referenzbereich, das heißt die von der Bundesstelle definierten Qualitätsanforderungen, erreicht beziehungsweise nicht erreicht wurde



Insgesamt zeigen die Ergebnisse der QSR im Jahr 2010 nach Einschätzung der Fachgruppe auch im Literaturvergleich sehr geringe Raten an unerwünschten Ereignissen bei der Behandlung von Frauen mit gynäkologischen Erkrankungen und Schwangeren.

Gynäkologische Operationen

Unter dem Oberbegriff »Gynäkologische Operationen« werden Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Gebärmutter, Eileiter und Eierstock) zusammengefasst. Neben einer Reihe anderer gynäkologischer Operationen bildet die Qualitätssicherung mit Routinedaten Aspekte der Ergebnisqualität bei der operativen Entfernung der Gebärmutter ab. Dieser Eingriff wurde im CLINOTEL-Krankenhausverbund im Jahr 2010 rund 3.100 Mal durchgeführt. Die Krankenhaussterblichkeit bei Patientinnen, die sich wegen einer gutartigen Erkrankung der Gebärmutter einer Operation unterziehen mussten, lag bei 0,1 Prozent.

Die Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung des Erfassungsjahres 2009 werden für alle Mitgliedshäuser des CLINOTEL-Krankenhausverbundes auf den Seiten 158 bis 163 dargestellt. Die Ergebnisse des Jahres 2010 lagen zum Zeitpunkt der Berichterstattung noch nicht vor.

Behandlung von Brustkrebs (Mammachirurgie)

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Jährlich werden etwa 57.000 Neuerkrankungen beobachtet. Empfehlungen zur Diagnostik, Behandlung und Nachsorge des Mammakarzinoms sind in einer wissenschaftlichen Leitlinie der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zusammengefasst. Empfohlen werden jeweils Verfahren, deren Anwendung in hochwertigen wissenschaftlichen Studien positive Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf von Brustkrebspatientinnen gezeigt hat.

Das Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung bildet über Qualitätskennzahlen ab, inwieweit die Empfehlungen der Fachexperten in den bundesdeutschen Krankenhäusern umgesetzt werden. Bei den Bundesergebnissen wurden von der auf der Bundesebene zuständigen Fachgruppe in den letzten Jahren teils erhebliche Verbesserungspotenziale gesehen. Für den CLINOTEL-Krankenhausverbund kann anhand der Ergebnisse der Jahre 2007 bis 2009 eine deutliche Qualitätsentwicklung nachvollzogen werden (Abbildung oben).

Mithilfe der verbundinternen Qualitätssicherung mit Routinedaten können wichtige Parameter der Prozessqualität bei der operativen Behandlung von Brustkrebs, wie etwa die Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie oder die prophylaktische Entfernung von Lymphknoten in der Nähe der befallenen Brust ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand abgebildet werden. Durch die von CLINOTEL erstellten monatlichen Auswertungen der QSR haben die Leitenden Ärzte der gynäkologischen Abteilungen des CLINOTEL-Krankenhausverbundes so die Möglichkeit, zeitnah auf die Entwicklung der eigenen Ergebnisse zu reagieren.



Geburtshilfe

Die Qualitätssicherung in der Geburtshilfe hat in Deutschland eine mehr als 30-jährige Tradition. Ausgehend von der sogenannten Münchener Perinatalstudie (1975 bis 1977) wurde eine geburtshilfliche Erhebung zunächst in ganz Bayern und schrittweise in allen Bundesländern eingeführt. Die Ergebnisse des gesetzlich verpflichtenden Verfahrens werden für das Erfassungsjahr 2009 für alle Mitgliedshäuser auf den Seiten 142 bis 143 dargestellt.

Aktuellere Ergebnisse stehen durch die verbundinterne Qualitätssicherung mit Routinedaten zur Verfügung. In den geburtshilflichen Abteilungen des CLINOTEL-Krankenhausverbundes wurden im Jahr 2010 rund 16.500 Geburten über die QSR erfasst. Erfreulicherweise war dabei kein einziger Todesfall einer Mutter zu beklagen. Der Anteil der Kaiserschnittentbindungen lag bei 34,8 Prozent.

Die Sicherheit von Mutter und Kind während und nach der Geburt bilden auch einen wesentlichen inhaltlichen Schwerpunkt des CLINOTEL-Auditverfahrens in der Gynäkologie und Geburtshilfe.

Auditverfahren

In der Gynäkologie und Geburtshilfe wurden in den vergangenen Jahrzehnten erhebliche Anstrengungen zur Erhöhung der Patientensicherheit unternommen. Wissenschaftliche Leitlinien, die medizinisches Wissen in Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie bündeln, decken nahezu alle Aspekte des Fachgebiets in hohem Detaillierungsgrad ab.

Die Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung zeigen, dass unerwünschte Ereignisse mittlerweile so selten auftreten, dass Fortschritte auf dem Gebiet der Patientensicherheit über Kennzahlen kaum noch zu belegen sind. Gleichzeitig können unerwünschte Ereignisse, insbesondere bei der Geburtshilfe, für die betroffenen Patienten lebenslange Folgen haben.

Vor diesem Hintergrund stellt eine detaillierte externe Analyse von Behandlungsprozessen durch Fachexperten im Rahmen eines Audits eine sinnvolle und zielführende Ergänzung zur Einschätzung der Patientensicherheit in diesem hochsensiblen Bereich der Medizin dar. Diese Einschätzung wird auch von den leitenden Gynäkologen und Geburtshelfern des CLINOTEL-Krankenhausverbundes geteilt. Seit der Ausweitung des CLINOTEL-Auditprogramms auf diesen Bereich im Januar 2009 hat sich fast die Hälfte aller Mitgliedshäuser mit gynäkologisch-geburtshilflicher Abteilung einer verbundinternen fachlichen Analyse im Rahmen eines Audits gestellt.

Das Audit ermöglicht eine fachliche Einschätzung von Risiken in den etablierten Strukturen und Prozessen und kann im Idealfall dazu beitragen, dass es gar nicht erst zu einem unerwünschten Ereignis kommt. Ein wesentlicher Schwerpunkt der Betrachtung liegt auf der Zusammenarbeit zwischen den an der Behandlung von Müttern und Kindern beteiligten Fachdisziplinen und Berufsgruppen. Weiterhin geht das Auditorenteam der Frage nach, ob und in welchem Umfang das Krankenhaus in der Lage ist aus (Beinahe-)Zwischenfällen zu lernen, konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit abzuleiten und diese umzusetzen.

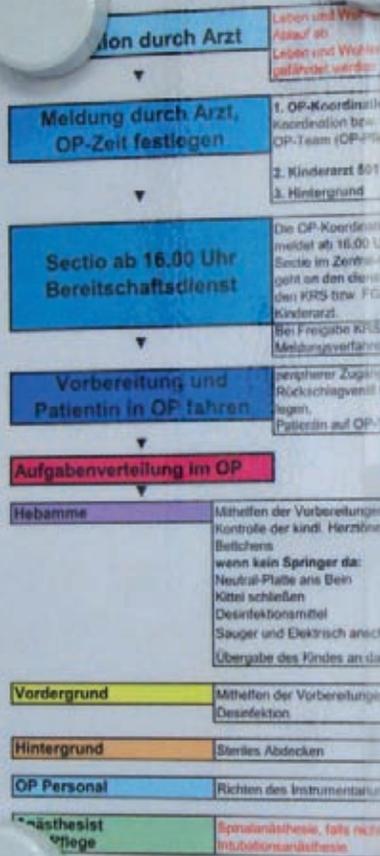
PDA zur Geburt Abl.



SP-KH-GB-KRS-OP-AA003
01.10.2009

Dr. med. K. Lander
Chefarzt

Eilige Sectio



B-KRS-OP-AA001

Dr. med. U. Essler
Chefarzt

Dr. med. K. Lander
Chefarzt

Elisabeth Breu
Leitung KRS

Notsectio Ablauf



SP-KH-GB-KRS-OP-AA002

Dr. med. K. Lander
Chefarzt

Elisabeth Breu
Leitung KRS



Hier zeigten sich die im Jahr 2010 auditierten Mitgliedshäuser sehr gut aufgestellt. Behandlungsverläufe werden insbesondere in der Geburtshilfe durchgängig zeitnah analysiert, um sicherzustellen, dass wichtige Befunde durch das Behandlungsteam richtig gedeutet wurden. Die Kommunikation zwischen den kooperierenden Fachdisziplinen und Berufsgruppen ist klar strukturiert und geprägt von der Fürsorge für die zu behandelnden Patienten.

Management medizinischer Notfälle

Der Grad des Risikobewusstseins in einer Organisation des Gesundheitswesens kann auch daran abgelesen werden, wie sich diese Organisation auf das Management medizinischer Notfälle vorbereitet. In den auditierten Mitgliedshäusern nehmen die Mitarbeiter regelmäßig an Schulungen zur Beherrschung der wichtigsten geburtshilflichen Notfälle teil. In diesen Fortbildungen, die größtenteils durch die Mitgliedshäuser selbst veranstaltet werden, werden neben theoretischen Kenntnissen auch praktische Fertigkeiten vermittelt. Die Mitarbeiter des CLINOTEL-Mitgliedshauses in Kempen haben sich darüber hinaus an einer externen Fortbildung beteiligt und sich dabei auch einer Prüfung gestellt, die von allen Teilnehmern aus Kempen erfolgreich absolviert wurde.

Fachgebiet

Kardiologie

Die Kardiologie ist ein Teilgebiet der Inneren Medizin, das sich mit den Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems befasst. Die CLINOTEL-Geschäftsstelle unterstützt die Mitgliedshäuser bei der Qualitätsentwicklung für die Behandlung kardiologischer Erkrankungen durch die Qualitätssicherung mit Routinedaten. Inhaltlicher Schwerpunkt der QSR sind Kennzahlen zur Diagnostik und Therapie der koronaren Herzerkrankung (KHK), die umgangssprachlich auch als »Verengung der Herzkranzgefäße« bezeichnet wird. Darüber hinaus deckt die QSR im Bereich der Kardiologie auch die Behandlung der Linksherzinsuffizienz (»Herzmuskelschwäche«), lebensbedrohlicher Herzrhythmusstörungen und der akuten Lungenembolie ab.

Der Wissenstransfer zu Fragen der Diagnostik und Behandlung kardiologischer Erkrankungen erfolgt auf der Ebene des CLINOTEL-Krankenhausverbundes in der Fachgruppe Kardiologie, der neben den Chefarzten kardiologischer Abteilungen auch Chefarzte allgemeiner innerer Abteilungen der Mitgliedshäuser des CLINOTEL-Krankenhausverbundes angehören.

Neben der Analyse und Bewertung von QSR-Daten stand im Jahr 2010 innerhalb der Fachgruppe der Erfahrungsaustausch zu den etablierten Strukturen und Prozessen bei der Behandlung von Patienten mit einer Erkrankung der Herzkranzgefäße im Mittelpunkt der Diskussionen.



Akuter Herzinfarkt

Der Herzinfarkt ist ein plötzlich eintretendes und lebensbedrohliches Ereignis, das mit einer Zerstörung von Herzmuskelgewebe einhergeht. Verursacht wird dieses Ereignis durch eine akute Unterversorgung des Herzmuskels mit Sauerstoff, zum Beispiel durch den Verschluss von Herzkranzarterien.

Krankenhaussterblichkeit 2010

Die Bedeutung des Krankheitsbildes hat in Deutschland parallel zur demografischen Entwicklung deutlich zugenommen. So stieg die Anzahl der Patienten, die wegen eines akuten Herzinfarktes im Krankenhaus behandelt werden mussten, im Zeitraum von 2000 bis 2009 um 23,7 Prozent auf fast 208.000 Patienten an. Die Krankenhaussterblichkeit wird in einer aktuellen Erhebung des Statistischen Bundesamtes mit 10,7 Prozent angegeben.

Die anhand der QSR ermittelte Krankenhaussterblichkeit im CLINOTEL-Krankenhausverbund lag dagegen im Jahr 2010 mit 9,7 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt. Seit dem Frühjahr 2010 steht den Mitgliedshäusern des Verbundes ein komplexes statistisches Modell für den risikobereinigten Vergleich der eigenen Krankenhaussterblichkeitsrate zur Verfügung. Über die methodischen Grundlagen des Modells wird detailliert auf den Seiten 76 bis 77 berichtet.

Herzkatheter-Untersuchung und -Behandlung

Koronarangiographie und perkutane Koronarintervention (PCI)

Eine Koronarangiographie (Herzkatheter-Untersuchung) wird durchgeführt, wenn bei einem Patienten aufgrund der Vorgeschichte der Verdacht auf eine behandlungsbedürftige koronare Herzerkrankung besteht. Dabei werden die Herzkranzgefäße mit Hilfe eines Röntgen-Kontrastmittels sichtbar gemacht. Auf diese Weise lässt sich darstellen, ob und in welchem Ausmaß die Herzkranzgefäße verengt oder sogar verschlossen sind.

Bei der perkutanen Koronarintervention (PCI, Herzkatheter-Behandlung) werden verengte Herzkranzgefäße durch einen Ballonkatheter wieder erweitert und durchgängig gemacht. Dabei wird häufig auch eine Gefäßstütze, ein sogenannter Stent eingesetzt. Ziel der PCI ist es, die Durchblutung der Herzmuskulatur entscheidend und nach Möglichkeit dauerhaft zu verbessern.

Seit 2006 liegen mit der sogenannten Nationalen Versorgungsleitlinie Chronische koronare Herzerkrankung wissenschaftlich fundierte Empfehlungen darüber vor, für welche Patientengruppen eine Herzkatheter-Untersuchung angezeigt ist, beziehungsweise welche Patienten von einer Herzkatheter-Behandlung profitieren können.

Die Qualität der Herzkatheter-Untersuchung und -Behandlung ist Gegenstand der gesetzlich verpflichtenden externen stationären Qualitätssicherung. Der CLINOTEL-Krankenhausverbund zeigt sich auf diesem Gebiet seit Jahren sehr gut aufgestellt. Seit 2007 lagen die Ergebnisse des Verbundes bei allen Qualitätsindikatoren innerhalb der Referenzbereiche, das heißt, die von den Fachexperten der zuständigen Bundesstelle definierten Qualitätsanforderungen wurden in vollem Umfang erfüllt.



Risikobereinigte Krankenhaussterblichkeit 2009

Die Krankenhaussterblichkeit nach Herzkatheterbehandlung wird im Rahmen des Verfahrens unter Berücksichtigung des individuellen Zustandes des Patienten ausgewertet. Die Ergebnisse aller bundesdeutschen Krankenhäuser werden dadurch direkt vergleichbar. Die risikobereinigte Krankenhaussterblichkeit lag im CLINOTEL-Krankenhausverbund im Jahr 2009 bei 2,4 Prozent und damit geringfügig niedriger als im Bundesdurchschnitt (2,5 Prozent)

Prozessaudit Akutes Koronarsyndrom

Als akutes Koronarsyndrom werden diejenigen Phasen der chronischen koronaren Herzkrankheit zusammengefasst, die unmittelbar lebensbedrohlich sind. Hierzu gehören die instabile Angina pectoris, der akute Herzinfarkt und der plötzliche Herztod.

Diagnostik und Therapie des akuten Koronarsyndroms sind daher äußerst zeitkritisch. Die Maßnahmen der beteiligten Fachdisziplinen und Berufsgruppen müssen exakt aufeinander abgestimmt sein, um einen optimalen Ablauf zu gewährleisten und das Ausmaß der Herzmuskelschädigung möglichst zu begrenzen.

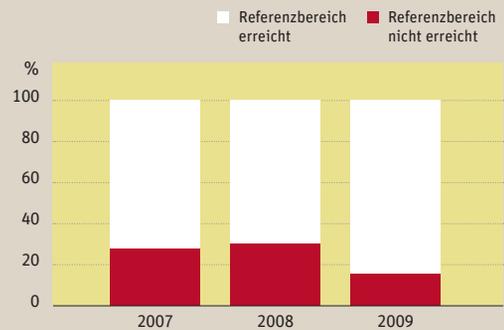
In vielen deutschen Krankenhäusern wurden aus diesem Grund speziell für Patienten mit akutem Brustschmerz eigene Organisationseinheiten eingerichtet, die sogenannten Chest Pain Units. Dort können akute Erkrankungen des Herzens unverzüglich diagnostiziert und behandelt werden. Für die Krankenhäuser besteht die Möglichkeit, die eigene Chest Pain Unit durch die wissenschaftliche Fachgesellschaft zertifizieren zu lassen. Auch innerhalb des CLINOTEL-Krankenhausverbundes hat eine Reihe von Krankenhäusern die Zertifizierung bereits erfolgreich absolviert.

Das CLINOTEL-Prozessaudit Akutes Koronarsyndrom, das mit fachlicher Unterstützung leitender Kardiologen aus dem Verbund entwickelt wurde und den CLINOTEL-Mitgliedshäusern seit Frühjahr 2010 zur Verfügung steht, geht jedoch einen etwas anderen Weg. Im Audit wird durch das Auditteam der Weg eines Patienten mit einem akuten Koronarsyndrom von der Notaufnahme über das Herzkatheterlabor, die Intensivstation und die Normalstation nachgezeichnet. Auch die Kontaktstellen zum Rettungsdienst werden intensiv analysiert. Weiterhin werden die auditierten Mitgliedshäuser gebeten, den Auditoren die Behandlungsverläufe von jeweils zwei Patienten mit akutem Koronarsyndrom vorzustellen. Dabei geht es für die Auditoren weniger darum, die Behandlungsverläufe selbst zu bewerten als vielmehr einen Eindruck davon zu gewinnen, in welchem Umfang die auditierte Organisation in der Lage ist, aus Behandlungsverläufen zu lernen.

Die fachlichen Auditinhalte beruhen auf den Empfehlungen aktueller medizinischer Leitlinien und Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen und können von allen Mitgliedshäusern transparent nachvollzogen werden.

Die Einschätzungen des Auditorenteams werden zu einer detaillierten Stärken-Schwächen-Analyse zusammengefasst und mit Empfehlungen für das auditierte Mitgliedshaus verbunden. Das

◀▶ Ergebnisse des CLINOTEL-Krankenhausverbundes bei der externen stationären Qualitätssicherung im Leistungsbereich ambulant erworbene Pneumonie. Dargestellt ist der Anteil von Qualitätsindikatoren, bei denen das Verbundergebnis innerhalb beziehungsweise außerhalb des von der zuständigen Bundesstelle definierten Referenzbereichs lag



CLINOTEL-Audit Akutes Koronarsyndrom stellt auf diese Weise eine fundierte Ergänzung bereits etablierter Zertifizierungsverfahren dar.

Die »Premiere« hat im September 2010 in Speyer stattgefunden. Die Rückmeldungen des Krankenhauses und des Fachexperten bestätigen das Potenzial des Audits auch für Krankenhäuser, die wie Speyer bereits über eine erfolgreich zertifizierte Chest Pain Unit verfügen. Für 2011 wurden bereits Termine in weiteren Mitgliedshäusern vereinbart.

Stellvertretend für das Klima der Transparenz und der gelebten wechselseitigen Wertschätzung in den Mitgliedshäusern des CLINOTEL-Krankenhausverbundes steht die interne Kommunikation der Ergebnisse des Audits in Speyer. Die Inhalte des Auditberichts und die Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der eigenen Behandlungsprozesse wurden auf einer Abendveranstaltung präsentiert, zu der der Chefarzt der kardiologischen Abteilung alle an der Behandlung von Patienten mit akutem Koronarsyndrom beteiligten Mitarbeiter eingeladen hatte.

Fachgebiet

Pneumologie

Die Pneumologie, umgangssprachlich auch als Lungenheilkunde bezeichnet, ist ein Teilgebiet der Inneren Medizin, das sich mit Erkrankungen der Lunge beschäftigt. Die Qualitätssicherung mit Routinedaten im CLINOTEL-Krankenhausverbund bildet Aspekte der Ergebnisqualität bei der Behandlung von Patienten mit einer Lungenentzündung, einer akuten Bronchitis oder einer chronisch obstruktiven Bronchitis (COPD) ab. Die Kennzahlen der QSR werden von den Mitgliedshäusern aktiv für das interne Qualitätsmanagement genutzt. Für den Vergleich der bundesdeutschen Krankenhäuser steht mit der externen stationären Qualitätssicherung der Behandlung von Lungenentzündungen seit 2005 ein erprobtes Verfahren zur Verfügung.

Lungenentzündung (ambulant erworbene Pneumonie)

In diesem Verfahren wird die Behandlungsqualität von Patienten betrachtet, die in ihrem häuslichen Umfeld an einer Lungenentzündung erkrankt sind, diese also »ambulant erworben« haben. Die ambulant erworbene Pneumonie ist eine der häufigsten Infektionserkrankungen. In Deutschland erkranken jährlich schätzungsweise 400.000 bis 600.000 Menschen, von denen mehr als 200.000 stationär behandelt werden müssen. Für die Behandlung von Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie liegen aktuelle Empfehlungen einer methodisch hochwertigen deutschen Leitlinie vor. Dennoch ist die Erkrankung nach wie vor mit einer hohen Sterblichkeit assoziiert.

Die Analyse der Daten der externen stationären Qualitätssicherung zeigt, dass der CLINOTEL-Krankenhausverbund im Jahr 2009 die von der zuständigen Bundesstelle festgelegten Qualitätsanfor-

derungen bei 85 Prozent der eingesetzten Qualitätsindikatoren erfüllt hat (Seite 140 bis 141). Auch die verbundweite Krankenhaussterblichkeit lag mit 12,3 Prozent innerhalb der definierten Anforderungen.

Verbesserungspotenziale zeigten sich dagegen bei zwei Indikatoren, die die Häufigkeit bestimmter Untersuchungsverfahren abbilden: die Bestimmung des Sauerstoffgehalts im Blut unmittelbar bei Aufnahme und die vollständige Anwendung definierter Untersuchungen zur Bestimmung des Gesundheitszustandes vor der Entlassung des Patienten.

Die CLINOTEL-Geschäftsstelle hat daher im März 2011 einen eintägigen Workshop für alle Mitgliedshäuser des Verbundes zum aktuellen Stand und den Perspektiven der Behandlung der ambulant erworbenen Pneumonie im CLINOTEL-Krankenhausverbund durchgeführt. Im Rahmen des Workshops, der durch Fachvorträge renommierter Experten bereichert wurde, fand ein ausführlicher Erfahrungsaustausch über die Umsetzung der aktuellen Leitlinienempfehlungen in den klinischen Alltag der Mitgliedshäuser statt. Die Ergebnisse des Workshops und die für den Verbund abgeleiteten Maßnahmen werden im nächsten Jahresbericht zur Qualitätssicherung ausführlich darstellt.

Fachgebiet

Gastroenterologie

Die Gastroenterologie ist ein Teilgebiet der Inneren Medizin. Sie befasst sich mit der Diagnostik, Behandlung und Vorbeugung von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes und der damit verbundenen Organe Leber, Gallenblase und Bauchspeicheldrüse. Aktuell werden in der Qualitätssicherung mit Routinedaten des CLINOTEL-Krankenhausverbundes Aspekte der Ergebnisqualität bei der Behandlung von Patienten mit einer akuten Blutung im Bereich des Magen-Darm-Traktes betrachtet.

Vielfach sind gastroenterologische Abteilungen auch in die Behandlung von Patienten eingebunden, die sich einem operativen Eingriff an der Gallenblase oder dem Darm unterziehen müssen. Die für diese Eingriffe ausgewerteten Kennzahlen der Qualitätssicherung mit Routinedaten können daher mittelbar auch Informationen für das interne Qualitätsmanagement gastroenterologischer Abteilungen liefern.

Die CLINOTEL-Geschäftsstelle wird im Jahr 2011 gemeinsam mit Fachexperten aus dem Verbund analysieren, ob die Aufnahme weiterer gastroenterologischer Krankheitsbilder in die Qualitätssicherung mit Routinedaten zielführend ist.



Fachgebiet

Neurologie

Die Neurologie ist die Lehre von den Erkrankungen des Nervensystems. Sie umfasst Erkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks einschließlich der Umgebungsstrukturen und blutversorgenden Gefäße sowie der peripheren Nerven und deren Verbindungsstrukturen zu den Muskeln.

Die Qualitätssicherung mit Routinedaten bildet im CLINOTEL-Krankenhausverbund im Bereich der Neurologie aktuell die Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität bei der Behandlung des akuten Schlaganfalls ab.

Fragen der medizinischen Qualitätsentwicklung bei neurologischen Erkrankungen werden auf der Verbundebene durch die Fachgruppe Neurologie bearbeitet. Der Fachgruppe gehören neben den Chefärzten der neurologischen Abteilungen auch Leitende Ärzte internistischer Abteilungen an, die Schlaganfälle behandeln.

In der Schlaganfallversorgung ist nicht zuletzt durch den technischen Fortschritt in der Telekommunikation in den vergangenen Jahren eine zunehmende Vernetzung von Krankenhäusern zu beobachten. Hierbei unterstützen größere Krankenhäuser mit neurologischer Abteilung über sogenannte telemedizinische Konsultationen die Diagnostik und Therapie von Patienten mit akutem Schlaganfall in kleineren Krankenhäusern, die über keinen eigenen Neurologen verfügen.

Vom gemeinsamen Erfahrungsaustausch in der Fachgruppe profitieren nun beide Seiten. Die Vertreter internistischer Abteilungen erhalten viele praxisnahe Anregungen bei der Akutversorgung von Schlaganfallpatienten. Die Neurologen erhalten Einblicke in die Strukturen und Prozesse kleinerer Krankenhäuser und können so ihre eigenen telemedizinischen Angebote noch besser auf die Bedürfnisse ihrer Kooperationspartner anpassen.

Bemerkenswert ist dabei, dass die Vertreter von Mitgliedshäusern, die bereits über sehr gute Strukturen bei der Behandlung von Schlaganfallpatienten verfügen, ihre eigene Expertise vollkommen uneigennützig in die Fachgruppentätigkeit einbringen. So haben beispielsweise die CLINOTEL-Mitgliedshäuser in Emden und Essen, die bereits über eine erfolgreich zertifizierte Schlaganfalleinheit, eine sogenannte Stroke Unit, verfügen, allen Fachgruppenmitgliedern ihre mit großem Aufwand erstellten Therapiehandbücher, die »Stroke Unit Manuale«, zur Verfügung gestellt.

Hirnfarkt

Der Hirnfarkt ist die häufigste Form des Schlaganfalls. Er wird verursacht durch eine Minderdurchblutung des Gehirns aufgrund einer Verengung oder eines Verschlusses der zuführenden Blutgefäße. Der Schlaganfall ist ein medizinischer Notfall, eine Therapie hat nur in einem engen Zeitfenster Aussicht auf Erfolg. Hohen Stellenwert in der Behandlung von Schlaganfallpatienten haben die frühzeitige Rehabilitation und die Vermeidung von Komplikationen wie etwa einer Lungenentzündung.



In den Mitgliedshäusern des CLINOTEL-Krankenhausverbundes wurden im Jahr 2010 insgesamt 6.233 Patienten mit akutem Hirninfarkt behandelt. Die Krankenhaussterblichkeit lag bei 7,6 Prozent und damit 1,2 Prozent unterhalb des Erwartungswertes, das heißt der Sterblichkeitsrate, die aufgrund der Erkrankungsschwere und der Begleiterkrankungen der behandelten Patienten statistisch zu erwarten gewesen wäre.

Die Fachgruppe hat während eines zweitägigen Treffens im November 2010 eine umfassende Analyse von prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen durchgeführt, die das Risiko, nach einem Schlaganfall zu versterben, beeinflussen können. Dabei zeigte sich ein sehr hoher Grad von Standardisierung der Schlaganfallbehandlung im Verbund. Checklisten, die in der wissenschaftlichen Literatur als gute Instrumente zur Unterstützung der Behandlung von Schlaganfallpatienten gewertet werden, liegen in allen Mitgliedshäusern regelhaft vor.

Prozessaudit Akuter Ischämischer Schlaganfall

Wenn Behandlungsprozesse krankenhauserintern derart präzise und detailliert beschrieben werden, bietet sich eine hervorragende Möglichkeit, im Rahmen eines Audits durch externe Fachleute die Praxis der Behandlung zu analysieren und gegen die beschriebenen Vorgaben abzugleichen.

Die CLINOTEL-Geschäftsstelle unterstützt daher die Qualitätsentwicklung in den Mitgliedshäusern des Verbundes, indem sie mit fachlicher Unterstützung leitender Neurologen im Jahr 2010 ein Prozessaudit Akuter Ischämischer Schlaganfall entwickelt hat. Das Audit fokussiert dabei nicht eine isolierte Fachabteilung oder Berufsgruppe, sondern den Behandlungsprozess eines Schlaganfallpatienten von der Notaufnahme bis zur Entlassung aus dem stationären Aufenthalt.

Wie bei den übrigen CLINOTEL-Auditverfahren stehen dabei Fragen der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Berufsgruppen und mögliche Auswirkungen auf die Patientensicherheit ebenso im Vordergrund wie eine Analyse der Konzepte zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der eigenen Qualität. Das Angebot der Geschäftsstelle gilt daher für alle Mitgliedshäuser, die Patienten mit akutem Hirninfarkt behandeln, unabhängig davon, ob sie über eine eigene neurologische Fachabteilung verfügen. Die ersten Termine wurden bereits für die erste Jahreshälfte 2011 vereinbart.

Statement

»Das CLINOTEL-Auditverfahren zum akuten ischämischen Schlaganfall ist ein wichtiger Beitrag zur Patientensicherheit in meinem Fachgebiet.«

Prof. Dr. Günter Ochs

*Direktor der Neurologischen Klinik
Klinikum Ingolstadt GmbH*

Strukturelle Entwicklung neurologischer Abteilungen und Einbettung in die regionale Patientenversorgung

Deutlich wurde in den Fachgruppentreffen des Jahres 2010 auch, dass innerhalb der Fachgruppe bereits ein systemisch ausgeprägtes Qualitätsverständnis vorhanden ist, das deutlich über die Betrachtung des eigenen Krankenhauses hinausgeht.

Die Bedeutung des Fachgebiets Neurologie ist vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in den vergangenen Jahren stark angestiegen. Neue medizinische Erkenntnisse über erfolgreiche Konzepte zur Schlaganfallbehandlung führten zu einer verstärkt notfallmedizinischen Ausrichtung neurologischer Fachabteilungen. Gleichzeitig erhöht die zunehmende Verkürzung der stationären Verweildauer die Notwendigkeit, innovative und sektorenübergreifende Konzepte zu entwickeln, um eine Versorgung neurologischer Patienten auf qualitativ hohem Niveau sicherzustellen.

Die Fachgruppentreffen wurden daher auch zu einem intensiven Erfahrungsaustausch zur strategischen Ausrichtung neurologischer Fachabteilungen des Verbundes und ihrer Einbettung in die regionale Patientenversorgung genutzt. Auch wenn erfolgreiche Konzepte aufgrund regionaler Besonderheiten nicht vollständig auf alle Häuser des Verbundes übertragen werden können, erhielten die Teilnehmer nach eigener Einschätzung doch wesentliche Anregungen, die sie zur Positionierung der eigenen Abteilung nutzen können.

Diese Form des offenen Austauschs, der außerhalb von privaten Krankenhausketten wahrscheinlich nur zwischen Krankenhäusern möglich ist, die wie bei CLINOTEL nicht im Wettbewerb zueinander stehen, wird 2011 fortgesetzt.



Orthopädie und Unfallchirurgie

Die Orthopädie befasst sich mit der Verhütung, Erkennung und Behandlung von angeborenen oder erworbenen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates. Die Unfallchirurgie behandelt dagegen Schädigungen von Organen und des Stütz- und Bewegungsapparates, die durch Unfälle verursacht wurden. In der Praxis existieren sehr große Überschneidungen zwischen beiden Fachgebieten, sodass Krankenhäuser zumeist eine gemeinsame Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie vorhalten. Seit 2005 werden auch die Assistenzärzte einheitlich zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie weitergebildet.

Die Themen »Demografischer Wandel« und »Standardisierung von Behandlungsabläufen« standen 2010 im Mittelpunkt der Diskussionen innerhalb der Fachgruppe Orthopädie und Unfallchirurgie. Dabei wurde einmal mehr das Potenzial eines großen Krankenhausverbundes wie CLINOTEL, dessen Mitglieder nicht im Wettbewerb zueinander stehen, deutlich.

Angesichts der Entwicklung der Altersstruktur in Deutschland ist zukünftig vermehrt mit älteren Menschen als Unfallopfer zu rechnen, bei denen zusätzlich altersbedingt relevante chronische Erkrankungen vorliegen. Dies erfordert eine deutlich umfassendere ärztliche und pflegerische Sicht auf den Patienten als bisher.

Das CLINOTEL-Mitgliedshaus in Oberhausen hat sich dieser Herausforderung frühzeitig durch die Gründung eines Zentrums für Alterstraumatologie gestellt, in dem die Patienten gleichzeitig von Unfallchirurgen und Fachärzten für Altersmedizin (Geriatern) behandelt werden. Die konsequente Orientierung am Behandlungsprozess unter Einbeziehung aller beteiligten Berufsgruppen führte dazu, dass das Zentrum 2008 als eines von nur drei Krankenhäusern in Deutschland erfolgreich zertifiziert wurde. Die Erfahrungen mit der Entwicklung und Implementierung eines spezifisch auf den alten Menschen zugeschnittenen Behandlungskonzepts wurden durch den Chefarzt des Zentrums während des Fachgruppentreffens im Oktober 2010 vorgestellt. Die übrigen Fachgruppenmitglieder erhielten auf diese Weise wertvolle Anregungen für die zukünftige strategische Ausrichtung ihrer eigenen Abteilungen.

In der Orthopädie gewinnen klinische Behandlungspfade zunehmend an Bedeutung. Wissenschaftliche Studien haben zeigen können, dass eine Standardisierung der Behandlung beim Einsatz künstlicher Hüft- oder Kniegelenke die Kosten der Behandlung und die Verweildauer im Krankenhaus senkt und dabei gleichzeitig das Behandlungsergebnis verbessert. Während des Erfahrungsaustauschs standen fachliche Fragen weniger im Vordergrund – der Nutzen einer Standardisierung von Behandlungsabläufen wird von allen Chefärzten der orthopädisch-unfallchirurgischen Abteilungen des CLINOTEL-Krankenhausverbundes positiv bewertet. Vielmehr ist bei der Einführung der klinischen Pfade gleichermaßen Fingerspitzengefühl wie Verbindlichkeit des Chefarztes gefordert, da insbesondere sehr erfahrene und kompetente Mitarbeiter mit ihrem bisherigen individuellen Vorge-

hen bereits sehr oft gute Ergebnisse erzielt haben. Durch den Wissenstransfer innerhalb der Fachgruppe erhielten die Chefärzte wichtige Praxistipps, die dazu beitragen können, erforderliche Veränderungen so zu gestalten, dass möglichst viele Mitarbeiter von ihrem Nutzen überzeugt werden.

Die CLINOTEL-Geschäftsstelle unterstützt die ärztlichen Führungskräfte in den Mitgliedshäusern, indem sie ihnen über die Qualitätssicherung mit Routinedaten umfangreiche Kennzahlen für die Orthopädie und Unfallchirurgie zur Verfügung stellt. So bildet die QSR sowohl die operative Behandlung der häufigsten Frakturen als auch den Einsatz künstlicher Hüft- und Kniegelenke ab.

Ein externer Vergleich der CLINOTEL-Mitgliedshäuser mit den übrigen bundesdeutschen Krankenhäusern wird über die externe stationäre Qualitätssicherung in den Bereichen »hüftgelenknahe Femurfraktur«, »Einsatz beziehungsweise Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks« und »Einsatz beziehungsweise Wechsel eines künstlichen Kniegelenks« möglich.

Hüftgelenknahe Femurfraktur

Die externe stationäre Qualitätssicherung bildet verschiedene operative Verfahren zur Behandlung eines in unmittelbarer Nähe des Hüftgelenks gelegenen Bruchs des Oberschenkelknochens (Femur) ab. Die hüftgelenknahe Femurfraktur betrifft ganz überwiegend hochbetagte Patienten mit relevanten Begleiterkrankungen. So waren 61 Prozent der Patienten, die im Jahr 2009 wegen einer hüftgelenknahen Femurfraktur operiert werden mussten, älter als 80 Jahre. Mehr als 70 Prozent der Patienten litten unter einer begleitenden schweren Allgemeinerkrankung, die bereits zu einer Einschränkung ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit geführt hatte.

Die Daten der externen stationären Qualitätssicherung zeigen auch, dass die Behandlung dieser Patienten im CLINOTEL-Krankenhausverbund auf qualitativ hohem Niveau stattfindet. Seit 2007 liegen die Ergebnisse des Verbundes bei allen Qualitätsindikatoren innerhalb der Referenzbereiche, das heißt alle von den Fachexperten auf der Bundesebene formulierten Qualitätsanforderungen wurden erfüllt.

Die Qualitätsindikatoren der ein Mal jährlich ausgewerteten externen stationären Qualitätssicherung können zum größten Teil auch über die Qualitätssicherung mit Routinedaten abgebildet werden, die von der CLINOTEL-Geschäftsstelle in monatlichen Abständen erstellt wird. Den Chefärzten der unfallchirurgischen Abteilungen des CLINOTEL-Krankenhausverbundes stehen somit zeitnah Kennzahlen zur Verfügung, die sie für eine qualitätsorientierte Steuerung ihrer Behandlungsprozesse bei diesen Hochrisikopatienten nutzen können.

Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks (Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation)

Die verbundinternen Auswertungen der Qualitätssicherung mit Routinedaten bilden auch eine Reihe von Kennzahlen zu unerwünschten Ereignissen bei der geplanten Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation ab. Sie ermöglichen damit den Chefarzten der orthopädischen Abteilungen eine monatliche Standortbestimmung innerhalb des Verbundes.

Unerwünschte Ereignisse nach Endoprothesenimplantation sind insgesamt sehr selten. Beispielsweise wurde eine Wundinfektion im CLINOTEL-Krankenhausverbund im Jahr 2010 nur bei 0,6 Prozent aller Operationen beobachtet. Der Nachweis einer weiteren Qualitätsverbesserung anhand einer isolierten Betrachtung der Wundinfektionsrate ist somit aus methodischen Gründen begrenzt.

Die Fachgruppe Orthopädie und Unfallchirurgie hat sich daher entschlossen, die Transfusionsrate bei der Implantation von Hüftgelenksendoprothesen zu nutzen, um die Qualitätsentwicklung im Verbund voranzubringen. Im Jahr 2010 benötigten 20,7 Prozent der im CLINOTEL-Krankenhausverbund operierten Patienten mindestens eine Bluttransfusion.

Neben der ärztlichen Indikation zur Transfusion stellt auch das technische Vorgehen bei der Operation eine wesentliche Einflussgröße für die Transfusionsrate dar. Die Kennzahl kann somit genutzt werden, um eine ganze Reihe von Aspekten des perioperativen Behandlungsprozesses zu diskutieren. Dem bei CLINOTEL erprobten Vorgehen folgend, wird ein Vertreter aus einem Mitgliedshaus mit sehr niedriger Transfusionsrate im ersten Fachgruppentreffen des Jahres 2011 seinen Fachkollegen das im eigenen Haus etablierte Behandlungskonzept vorstellen. In der anschließenden gemeinsamen Analyse können dann therapeutische Ansätze abgeleitet werden, die auf den gesamten Verbund übertragen werden können. Auf diese Weise wird auch in der Orthopädie und Unfallchirurgie das Motto des Verbundes mit Leben gefüllt: »Von den Besten lernen, zu den Besten gehören«.



Fachgebiet

Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Die Psychiatrie als medizinische Fachdisziplin beschäftigt sich mit der Prävention, Diagnostik und Therapie seelischer Erkrankungen. Die Psychosomatik wird im engeren Sinne als Lehre von den Zusammenhängen zwischen psychischen Problemen und körperlichen Störungen verstanden. In den Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin werden Menschen behandelt, die unter seelischen und/oder psychosomatischen Störungen und Krankheiten leiden.

Bei vielen psychiatrischen Erkrankungen, beispielsweise den Psychosen, ist eine körperliche Ursache nicht nachweisbar. Viele Menschen leiden aber auch an psychischen Störungen infolge einer körperlichen Erkrankung. Andere geraten in Lebenskrisen, die sich durch ihre Lebensgeschichte oder durch aktuelle Belastungen erklären lassen.

Neben einer umfassenden psychiatrischen und psychologischen Diagnostik werden in den Einrichtungen körperliche und neurologische Untersuchungen durchgeführt und bei Bedarf weiterführende diagnostische Verfahren eingesetzt. Nach der Diagnoseklärung werden umfassende, auf den jeweiligen Patienten und seine Erkrankung zugeschnittene Behandlungsprogramme angeboten. Diese beinhalten neben biologisch ausgerichteten Behandlungsmethoden vor allem auch psychotherapeutische, ergotherapeutische, soziotherapeutische und physiotherapeutische Einzel- und Gruppenangebote.

Derzeit werden im CLINOTEL-Krankenhausverbund annähernd elf Prozent der Patienten in psychiatrischen und/oder psychosomatischen Kliniken des Verbundes versorgt. Daher hat auch in diesen Bereichen das Thema Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung eine neue Dimension erreicht.

In der psychiatrischen Versorgung existiert eine Vielzahl von psychiatrischen und psychotherapeutischen Schulen mit spezifischen Behandlungskonzepten. So lässt sich begründen, dass die Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen bisher nicht in dem Maße standardisiert wurde, wie es in den somatischen Fächern seit Jahrzehnten üblich ist. Die Erkenntnisse über die vielfältigen Ursachen psychischer Störungen und die zunehmende Bedeutung evidenzbasierter Behandlungskonzepte und wissenschaftlich fundierter Empfehlungen machen eine Qualitätssicherung der Therapien mittlerweile besser möglich.

In den letzten Jahren lässt sich über die Entwicklung von spezifischen Leitlinien immer besser abbilden, wie einzelne Patientengruppen von Behandlungen profitieren können, beziehungsweise welche qualitativen Kriterien bei der Therapie zu berücksichtigen sind. Für den psychiatrischen Bereich liegen Leitlinien von höchster Qualität vor.

Die Dimensionen psychiatrischer Versorgung und die damit einhergehenden Möglichkeiten der Qualitätssicherung werden in der Fachöffentlichkeit diskutiert. So liegt aus der Sozialpsychiatrie ein Anforderungskatalog vor, der sich unter anderem mit der Einbeziehung von Angehörigen und Psychiatrieerfahrenen befasst. Einige Kliniker propagieren die systematische Untersuchung der Ergebnisqualität anhand von Einzelfällen, andere bevorzugen die Erhebung und Nutzung von Pro-



zess- und Ergebniskennzahlen. Die Möglichkeiten der Nutzung von Routinedaten als Basis kennzahlenbasierter qualitätssichernder Maßnahmen sind derzeit noch begrenzt, daher liegt unser Schwerpunkt auf dem Einsatz eines klinischen Auditverfahrens.

Auditverfahren Psychiatrie

Um den wachsenden Anforderungen gerecht werden zu können, wurde im Jahr 2010 das Auditverfahren Psychiatrie ins Leben gerufen und in das bestehende CLINOTEL-Auditkonzept integriert. Im ersten Schritt wurde eine breitgefächerte, systematische Literaturrecherche einschlägiger Leitlinien und Fachdatenbanken vollzogen und deren Ergebnisse wurden für die klinischen Audits operationalisiert. Im zweiten Schritt erfolgte eine zweiphasige praktische Plausibilitätsüberprüfung der Auditinhalte mit Unterstützung ausgewiesener klinischer Experten aus den Verbundkrankenhäusern.

Die fachlichen Auditinhalte basieren auf den Empfehlungen aktueller medizinischer Leitlinien, den Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen sowie weiterführender fachspezifischer Literatur. Die Inhalte können von allen Mitgliedshäusern über die etablierten Kommunikationsstrukturen transparent nachvollzogen werden.

Das Auditverfahren ermöglicht somit eine kritische Beurteilung der Behandlungsabläufe in einem Klima des kollegialen Austauschs, bei dem auch die Umsetzung der zur Verfügung stehenden Leitlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften eine wichtige Rolle spielt. Somit kann auch im Zuge der aus sozialpsychiatrischen, aber auch gesundheitsökonomischen Gründen erfolgten und zukünftig erfolgenden strukturellen Veränderungen die qualitativ hochwertige Versorgung psychisch kranker Menschen weiter verbessert werden.

Ein Verfahrenstest in einem der Mitgliedshäuser bestätigte die inhaltliche Plausibilität und praktische Anwendbarkeit des neu entwickelten Verfahrens und bot die Grundlage für das erste Audit in diesem Fachbereich, das im Dezember 2010 erfolgreich durchgeführt wurde. Der Nutzen des Verfahrens hat sich im Verbund herumgesprochen: Für das Jahr 2011 wurde bereits ein Audit fest terminiert, zwei weitere Terminanfragen liegen vor.

Statement

»Unser rasant wachsenden Wissen über die vielfältigen Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten psychisch kranker Menschen sowie die strukturelle Veränderung in deren Versorgung machen eine kontinuierliche Qualitätssicherung mehr denn je erforderlich. Dabei ist das CLINOTEL-Auditverfahren ein wesentlicher Baustein.«

PD Dr. Joachim Behr

*Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Ruppiner Kliniken GmbH*

Fachgebiet

Urologie

Die Urologie beschäftigt sich mit der Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen der harnbildenden und harnableitenden Organe, also Niere, Harnleiter, Harnblase und Harnröhre. Urologen behandeln zudem Krankheiten der Geschlechtsorgane des Mannes. Aufgrund der räumlichen Nähe zu anderen Organen bestehen im operativen Bereich fachliche Überschneidungen zur Gynäkologie und zur Allgemein- und Viszeralchirurgie.

Der Wissenstransfer zu inhaltlichen Fragen aus diesem Fachgebiet erfolgt innerhalb des CLINOTEL-Krankenhausverbundes in der Fachgruppe Urologie. Die Fachgruppe hat im Jahr 2010 intensiv auf zwei Themenfeldern gearbeitet.

Wie in anderen Fachgebieten auch stellten Fragen der Standardisierung von Diagnostik und Therapie über klinische Behandlungspfade einen wesentlichen Arbeitsschwerpunkt dar. Einzelne Krankenhäuser stehen hier vor der Herausforderung, die zunehmende Geschwindigkeit der Weiterentwicklung des medizinischen Wissens und die zunehmende Verdichtung der Arbeitsabläufe in einer Weise zu vereinbaren, dass medizinisches Wissen auch weiterhin aufgenommen und zeitnah in den Behandlungsalltag implementiert werden kann. Die Fachgruppe ist im Jahr 2010 der Frage nachgegangen, inwieweit hier Synergie-Effekte innerhalb des Verbundes zur Unterstützung der Mitgliedshäuser genutzt werden können. Hierzu wurde von der CLINOTEL-Geschäftsstelle anhand der Rückmeldungen aus den Mitgliedshäusern zunächst eine Übersicht der aktuell vorhandenen schriftlichen Verfahrensanweisungen und Behandlungspfade erstellt. Im zweiten Schritt ist vorgesehen, die schriftlichen Vorgaben für die Behandlung eines häufigen urologischen Krankheitsbildes, der gutartigen Vergrößerung der Prostata, durch ein Fachgruppenmitglied analysieren zu lassen. Dabei können sowohl der Grad der Standardisierung im Verbund bewertet als auch mögliche inhaltliche Verbesserungspotenziale identifiziert werden. Die Erfahrungen mit diesem Vorgehen werden während eines Fachgruppentreffens im Jahr 2011 diskutiert werden.

Urologische Operationen

Der zweite inhaltliche Arbeitsschwerpunkt im Jahr 2010 war die Analyse und Bewertung der Daten der Qualitätssicherung mit Routinedaten in der Urologie. Die Qualitätssicherung mit Routinedaten bildet hier Aspekte der Ergebnisqualität bei operativen Eingriffen an der Niere, den Harnleitern, der Harnblase und der Prostata ab.

Krankenhaussterblichkeit 2010

Die Krankenhaussterblichkeit im Jahr 2010 lag für alle in die QSR einbezogenen Eingriffe gemeinsam bei 0,3 Prozent. Dieses Ergebnis spricht nach Auffassung der Fachgruppe für eine sehr gute Versorgung urologischer Patienten im CLINOTEL-Krankenhausverbund und gewinnt umso mehr an Bedeutung, als in der QSR auch große Eingriffe bei bösartigen Tumoren abgebildet werden. So wur-

de beispielsweise im Jahr 2010 im CLINOTEL-Krankenhausverbund kein einziger Todesfall nach radikaler Entfernung der Prostata bei Prostatakrebs beobachtet.

Die Mitglieder der Fachgruppe haben sich angesichts der sehr niedrigen Krankenhaussterblichkeit nach urologischen Eingriffen im Verbund dafür ausgesprochen, jeden einzelnen Todesfall zu analysieren. Diese Empfehlung gilt primär für die interne Analyse im jeweiligen Mitgliedshaus. Im Jahr 2010 wurde von den leitenden Urologen des Verbundes jedoch auch das Potenzial eines »Peer Review« innerhalb der Fachgruppe genutzt.

Peer Review in der Urologie

Der Begriff Peer Review beschreibt eine systematische und kritische Reflexion von Behandlungsverläufen durch Angehörige derselben Berufsgruppe, sogenannte Peers.

Die Analyse der Fälle ist vorwärtsgerichtet. Es geht darum, mögliche systematische Schwachstellen in den etablierten Strukturen und Prozessen zu erkennen, die sich auch auf andere Patienten auswirken können. Die Kernfrage eines Peer Review lautet somit nicht »War der Behandlungsverlauf schicksalhaft oder nicht?«, sondern »Welche Teile des Behandlungsprozesses sind so gestaltet, dass ein vergleichbares unerwünschtes Ereignis schon morgen bei einem anderen Patienten auftreten kann?«.

Das Peer Review in der Urologie ist freiwillig und erfolgt auf Initiative des jeweiligen Mitgliedshauses. Das Mitgliedshaus nimmt unter Vermittlung durch die CLINOTEL-Geschäftsstelle auch Kontakt zu einem leitenden Urologen aus dem Verbund auf, der das Peer Review durchführt. Der leitende Urologe stellt den Behandlungsverlauf und die Ergebnisse seiner Analyse in der Fachgruppe vor. Dieses Vorgehen, auf das sich die Mitglieder der Fachgruppe freiwillig verständigt haben, illustriert das Vertrauen in die konstruktive und lösungsorientierte Kommunikation innerhalb der Fachgruppe.

Im Jahr 2010 konnten im Rahmen des Peer Review wesentliche Erkenntnisse zur präoperativen Einschätzung risikoe erhöhender Begleiterkrankungen bei urologischen Patienten gewonnen werden. Diese Erkenntnisse kommen durch die verbundinterne Kommunikation allen Patienten zugute, die in den Mitgliedshäusern des CLINOTEL-Krankenhausverbundes behandelt werden.



Fachgebiet

Operationsbereich

Der Operationsbereich stellt ein komplexes Arbeitsumfeld dar, in dem die Tätigkeiten verschiedener Berufsgruppen präzise aufeinander abgestimmt werden müssen, um die größtmögliche Sicherheit für die Patienten zu gewährleisten. Die sehr oft zeitkritische Koordination ist dabei sowohl auf der Makroebene des gesamten Operationstrakts als auch auf der Mikroebene des einzelnen operativen Eingriffs erforderlich. Auf der Makroebene müssen die Abläufe möglichst effizient sein, um die vorhandenen Ressourcen wirtschaftlich zu nutzen, die Wartezeiten auf eine Operation für die Patienten kurz zu halten und die Einbindung von akut auftretenden Notfällen zuverlässig zu gewährleisten. Aber auch im Verlauf der einzelnen Operation treten immer wieder sensible Phasen auf, in denen es auf präzise Abläufe innerhalb des Teams ankommt.

Mit der Sicherstellung eines geordneten OP-Ablaufs werden in den Krankenhäusern zunehmend OP-Manager beziehungsweise OP-Koordinatoren beauftragt. Die Organisationsmodelle reichen dabei von der »einfachen« Ablaufkoordination bis hin zur Definition des OP-Bereichs als eigenständige betriebswirtschaftliche Einheit mit einem hauptamtlichen OP-Manager, der über Personal- und Budgetverantwortung verfügt.

Der CLINOTEL-Krankenhausverbund bietet seinen Mitgliedern mit der Fachgruppe OP-Management eine Möglichkeit für den Erfahrungsaustausch zu Fragen der Steuerung dieses komplexen Organisationsbereichs. Die OP-Manager und OP-Koordinatoren des Verbundes haben von diesem Angebot auch im Jahr 2010 wieder intensiv Gebrauch gemacht.

Auslastung der geplanten OP-Saalkapazität

In den Mitgliedshäusern des CLINOTEL-Krankenhausverbundes wurden im Jahr 2010 rund 160.000 operative Eingriffe bei stationären Patienten durchgeführt – mit seit Jahren steigender Tendenz. Die möglichst gute Auslastung der OP-Kapazitäten ist in diesem Zusammenhang nicht nur ein Gebot der Wirtschaftlichkeit, sondern auch Ausdruck der Orientierung an den Bedürfnissen des Patienten, da ein hoher Nutzungsgrad des Operationsbereichs dazu führt, dass Termine für planbare Operationen kurzfristiger vergeben werden können.

Die Fachgruppe OP-Management arbeitet daher auf einen verbundweiten Vergleich von Kennzahlen hin, die den Nutzungsgrad der geplanten OP-Kapazitäten in den Mitgliedshäusern abbilden können. Zielsetzung ist es, den Mitgliedshäusern über den mit einem Vergleich verbundenen Zugewinn an Transparenz die Möglichkeit zu geben, Verbesserungspotenziale bei der Optimierung des OP-Managements zu identifizieren.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass perioperative Prozesszeiten keine »Routinedaten« sind, die ohnehin zu Abrechnungszwecken dokumentiert werden, sondern aktiv in die EDV eingepflegt werden müssen. Im ersten Halbjahr 2010 haben sich daher einige Mitgliedshäuser des Verbundes an



einem Verfahrenstest zur Erfassung und Übermittlung von Daten, die Aufschluss über die Auslastung der OP-Kapazitäten geben können, beteiligt. Die Ergebnisse der Auswertung wurden der Fachgruppe während einer Sitzung im September 2010 von der CLINOTEL-Geschäftsstelle vorgestellt. Im Rahmen des Verfahrenstests wurde zunächst nur der Anteil der rein operativen Zeit, definiert über den Zeitraum zwischen Hautschnitt und Hautnaht, an der jeweils geplanten OP-Kapazität erfasst. Diese Kennzahl kann durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst werden und bedarf daher immer einer fachlichen Interpretation. Der Zugewinn an Informationen für das einzelne Krankenhaus durch die vergleichende Auswertung innerhalb des Verbundes wurde von den Mitgliedern der Fachgruppe jedoch als so hoch eingeschätzt, dass sie sich einstimmig für die Fortsetzung des Projekts ausgesprochen haben.

Auditverfahren Operationsbereich

Doch welches Maß an Effizienz ist für die zu behandelnden Patienten noch sicher? Diese Frage ist Gegenstand des CLINOTEL-Auditverfahrens im OP-Bereich, das von den Mitgliedshäusern des Verbundes auch im Jahr 2010 aktiv genutzt wurde.

Die Auditoren, die selbst als OP-Manager in den Mitgliedshäusern des Verbundes tätig sind, analysieren im Verlauf des Audits detailliert alle Abläufe im und um den OP-Bereich und äußern sich dezidiert auch zum Wirkungsgrad des OP-Managements. CLINOTEL bietet seinen Mitgliedern damit eine Unterstützung, die in anderen Krankenhäusern oft durch kostspielige Beratungsunternehmen wahrgenommen wird.

Das Hauptaugenmerk des Auditorenteams liegt jedoch immer auf der Sicherheit der Patienten in der perioperativen Phase. Hier zeigten sich die auditierten Häuser insgesamt gut aufgestellt, wie wir an zwei Beispielen verdeutlichen möchten.

Sicherheitschecklisten

Zum Schutz des Patienten vor Risiken im Operationsbereich wurden von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und vom deutschen Aktionsbündnis Patientensicherheit Risikochecklisten entwickelt. In der Luftfahrt sind Checklisten, die vor jedem Flugzeugstart durch die Piloten abgearbeitet werden müssen, bereits seit Langem ein anerkanntes Instrument zur Erhöhung der Sicherheit.

Für den Operationsbereich sind die positiven Auswirkungen von Checklisten mittlerweile mit wissenschaftlicher Evidenz belegt. So sank die Sterblichkeit nach operativen Eingriffen nach Einführung der WHO-Checkliste in einer aktuellen Untersuchung um 0,7 Prozent, die Komplikationsrate ging um 4 Prozent zurück.

In den Mitgliedshäusern des Verbundes werden sowohl die Checkliste der WHO als auch die des Aktionsbündnisses Patientensicherheit angewandt. Das CLINOTEL-Auditverfahren konnte hier zusätzlich wichtige Impulse für die praktische Umsetzung der Checkliste geben.



Schutz vor Infektionen

Der Schutz des Patienten vor im Krankenhaus erworbenen Infektionen war im Jahr 2010 wiederholt Gegenstand kritischer öffentlicher Berichterstattung. Hier wurden auf politischer Ebene auch weitergehende gesetzliche Maßnahmen diskutiert.

Wissenschaftliche Studien und Empfehlungen von Fachgesellschaften weisen auf die überragende Bedeutung der Händehygiene bei allen am Behandlungsprozess Beteiligten hin. Die im Jahr 2010 auditierten Mitgliedshäuser des Verbundes verfügen hier bereits über sehr weitreichende Konzepte zum Schutz vor Infektionen. So finden in allen auditierten Mitgliedshäusern unangekündigte Tests statt, bei denen die Hände der Mitarbeiter im OP-Bereich auf vorhandene Keime geprüft werden. In einzelnen Häusern wie etwa in Landshut wird der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln kontinuierlich gemessen, um das Händedesinfektionsverhalten der Mitarbeiter abschätzen zu können.

Die Ergebnisse des CLINOTEL-Auditverfahrens werden von der Geschäftsstelle aufbereitet und den Mitgliedern der Fachgruppe in regelmäßigen Abständen zur Analyse vorgelegt. Auf diese Weise können gute klinische Praxis, aber auch Fallstricke bei der Implementierung neuer Konzepte innerhalb des Verbundes kommuniziert und gegebenenfalls Handlungsbedarf auf der Verbundebene identifiziert werden.

Fachgebiet

Notaufnahme

Notaufnahmen sind zentrale Anlaufstellen für alle ungeplant eintreffenden Patienten oder Notfallpatienten und stellen hierdurch den ersten Berührungspunkt mit dem Krankenhaus dar. Im Jahr 2008 machten in Deutschland Notfalleinweisungen 37 Prozent (6,3 Millionen Patienten) der Gesamteinweisungen in Krankenhäuser aus. Dabei reicht die Spannbreite der behandelten Patienten über alle Alters- und Bevölkerungsgruppen, vom Insektenstich bis hin zum Polytrauma. In der Notaufnahme treffen auf komprimiertem Raum unterschiedlichste Anforderungen aufeinander. Die Komplexität des beschriebenen Spektrums induziert die Interdisziplinarität der zentralen Notaufnahme mit ihren multiplen Kontaktstellen (Beispiel Polytraumaversorgung).

Neben den hausinternen Knotenpunkten zu anderen Entitäten und Organisationseinheiten wie Diagnostik, OP, Aufnahme-, Überwachungs- und Intensivstationen, steht auf der anderen Seite der Kontakt mit externen Kooperationspartnern (Rettungswesen, Zuweiser). Die Notaufnahme bildet damit ein zentrales und interdisziplinäres Drehkreuz für die (Erst-)Versorgung und steuert so die weitere Versorgung. Vielfach ist dabei für den weiteren Krankheitsverlauf entscheidend, dass Diagnostik und Therapie von Anfang an »in die richtige Richtung« laufen.



Fachgruppe Notaufnahme

Aus dieser Bedeutung heraus wurde Anfang des Berichtsjahres die Fachgruppe Notaufnahme im CLINOTEL-Krankenhausverbund gegründet. Mitglieder sind die Leitungen der Notaufnahmen der Verbundkrankenhäuser. Die Fachgruppe verfolgt zwei wesentliche Ziele: Zum einen ermöglicht sie eine fachliche Diskussion und Begleitung der CLINOTEL-Projekte zur Qualitätssicherung, zum anderen findet ein Erfahrungsaustausch und Wissenstransfer zu krankenhausinternen Projekten zwischen den Mitgliedern statt.

Beim Gründungstreffen stand neben einer »Standortbestimmung« der direkte Austausch der Mitglieder über spezifische Fragestellungen in der (zentralen) Notaufnahme im Mittelpunkt. Hierzu brachten die Mitglieder konkrete Arbeitsaufträge und Fragestellungen mit. Beispielhaft sei hier das Bettenmanagement im internen Verlegungsprozess von der Notaufnahme auf die Stationen zu nennen, das sich im Verlauf der ersten Diskussion als kritischer Punkt herausgestellt hat. Oftmals sind Betten von bereits entlassenen Patienten im Krankenhausinformationssystem noch nicht freigegeben oder werden bereits Tage im Voraus für elektive Patienten »geblockt«. Durch das »Herumtelefonieren« im Haus nach freien Betten werden personelle und zeitliche Ressourcen gebunden. In der Fachgruppe wurden hierzu unterschiedliche Lösungsansätze vorgestellt.

Das zweite Treffen im April 2011 war geprägt durch das Leitthema Schockraum-Management. Bei diesem Treffen haben einzelne Mitgliedshäuser ihre Behandlungspfade sowie Schockraum- und (Poly-)Trauma-Managementkonzepte vorgestellt und diskutiert.

Auditverfahren Notaufnahme

Am Beginn der Verfahrensentwicklung für die Notaufnahme stand eine ausführliche Literaturrecherche zum Thema (zentrale) Notaufnahme in nationalen und internationalen medizinischen Datenbanken. Die gewonnenen Erkenntnisse wurden um die Ausführungen der »Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations« und der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen in den jeweils aktuellen Versionen ergänzt. Des Weiteren wurde der Auditkatalog neben einschlägiger Fachliteratur, wie zum Beispiel »Schockraum-Management – Organisation und Patientenversorgung«, »Ersteinschätzung in der Notaufnahme – Das Manchester-Triage-System« sowie um Empfehlungen der Fachgesellschaften erweitert. Beispielhaft ist hier das »Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung« der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie zu nennen.

Unser Auditkatalog ist modular aufgebaut, sodass bei einem Audit im Bereich der Notaufnahme zu klassischen Fragestellungen, wie »Erfolgt die Einschätzung der Patienten anhand eines Triage-Systems?« ergänzend auch auf Themen aus anderen Gebieten, wie zum Beispiel Transfusionswesen oder Datenschutz, zugegriffen werden kann.

Die erarbeiteten Erkenntnisse wurden im Berichtsjahr in Form eines Verfahrenstests im Mitgliedshaus in Brandenburg in der Praxis erprobt. Hierbei wurden zusammen mit dem stellvertre-

◀▷ Die Mitglieder der Fachgruppe Notaufnahme am Ende des ersten Treffens am 21.04.2010 in Neuruppin

◀▷ Mitglieder der Fachgruppe Transfusionsmedizin bei einem Treffen in der CLINOTEL-Geschäftsstelle in Köln



tenden Pflegedirektor sowie der Leitung der zentralen Notaufnahme und der Qualitätsmanagementbeauftragten für den Pflegedienst die Inhalte des Auditkatalogs diskutiert. Anschließend wurde die zentrale Notaufnahme vor Ort angesehen und die verschiedenen Patientenpfade (Notfall- oder geplante Aufnahme, Polytrauma) abgegangen. Gemeinsam mit den Mitarbeitern vor Ort entwickelten sich in diesem Rahmen kollegiale Gespräche über die einzelnen Prozesse in ihrer Abteilung, die zu einem beiderseitigen Wissenstransfer zwischen Geschäftsstelle und Klinikern führten. Hierbei stand – wie im gesamten CLINOTEL-Auditverfahren – die Patientensicherheit im Fokus.

Seit 2010 haben die Verbundhäuser nun die Möglichkeit, sich für ein Audit im zeitkritischen Bereich Notaufnahme über die CLINOTEL-Geschäftsstelle anzumelden, hierüber das eigene tägliche Handeln durch »Externe« reflektieren zu lassen und so Verbesserungspotenziale zur Optimierung der Patientenversorgung zu eruieren.

Für 2011 wurden bereits zwei Termine mit den entsprechenden Mitgliedshäusern vereinbart, ein weiterer Termin befindet sich in Abstimmung zwischen der Geschäftsstelle und einem Mitglieds-krankenhaus.

Fachgebiet

Transfusionsmedizin

Blut und Blutprodukte werden immer dann transfundiert, wenn Leben oder Gesundheit eines Patienten durch eine akute oder chronische Blutarmut oder einen Mangel an Gerinnungsfaktoren gefährdet sind. Mit dem Ziel, für Patienten die größtmögliche Sicherheit zu erreichen, wurden in Deutschland umfangreiche Normen formuliert. So sind die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Gewinnung und die Anwendung von Blutprodukten seit 1998 im Transfusionsgesetz geregelt. Die Bundesärztekammer ergänzt die Anforderungen des Transfusionsgesetzes um wissenschaftlich fundierte Richtlinien und gibt auch Empfehlungen zur Indikationsstellung bei der Behandlung mit Blut und Blutprodukten ab.

Gemäß den Bestimmungen des Transfusionsgesetzes sind alle deutschen Krankenhäuser verpflichtet, einen für Transfusionen verantwortlichen Arzt zu benennen, der die Einhaltung dieser externen Normen und Empfehlungen sicherstellt und die Qualität des Transfusionswesens in den Krankenhäusern kontinuierlich weiterentwickelt.

Die zuständigen Ärzte sind bei der Wahrnehmung dieser verantwortungsvollen Aufgabe in einem individuellen Krankenhaus häufig auf sich allein gestellt. Im CLINOTEL-Krankenhausverbund stehen den Transfusionsverantwortlichen dagegen Instrumente zur Verfügung, die sie bei ihrer Tätigkeit gezielt unterstützen können.



Ergebnisse der Qualitätssicherung mit Routinedaten 2010

Die Richtlinien der Bundesärztekammer fordern, dass die Krankenhäuser Informationen über die Transfusionswahrscheinlichkeit bei planbaren Operationen sammeln müssen. Diese Informationen stehen den Transfusionsverantwortlichen der Mitgliedshäuser über die monatlich erstellten Auswertungen der Qualitätssicherung mit Routinedaten ohne zusätzlichen Erhebungsaufwand zur Verfügung.

Im Jahr 2010 wurden 401.975 stationäre Behandlungen durch die QSR erfasst. Bei 6,0 Prozent, entsprechend 24.308 Fällen, musste während des stationären Aufenthalts mindestens eine Transfusion durchgeführt werden. Die Transfusionsinzidenz (Transfusion mindestens eines Erythrozytenkonzentrates) wurde im Jahr 2010 bei 54 operativen Eingriffen abgebildet und reichte auf der Ebene des Verbundes von 0 Prozent bei operativer Behandlung eines Bandscheibenvorfalles an der Halswirbelsäule bis zu 56,3 Prozent beim Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks.

Seit 2010 können die Mitgliedshäuser des Verbundes den QSR-Auswertungen nicht nur die jeweils aktuellen Transfusionsraten, sondern auch ihre Entwicklung im zeitlichen Verlauf entnehmen.

Auditverfahren Transfusionsmedizin

Das CLINOTEL-Audit im Bereich Transfusionswesen umfasst sowohl die Prüfung des Qualitätsmanagement-Handbuchs und aller mitgeltenden Dokumente des auditierten Krankenhauses als auch eine Begehung verschiedener Bereiche des Krankenhauses einschließlich des Labors und des Blutdepots. Weiterer Bestandteil des Audits ist die stichprobenartige Prüfung anonymisierter Patientenakten mit dem Ziel, den klinischen Prozess von der Indikationsstellung über die Durchführung bis zur Nachbereitung der Transfusion unter dem Aspekt der Patientensicherheit anhand der Dokumentation detailliert nachzuvollziehen.

Seit Einführung des Auditprogramms im September 2008 haben Audits in neun Mitgliedshäusern des Verbundes stattgefunden, für 2011 waren zum Zeitpunkt der Erstellung des Jahresberichts zur Qualitätssicherung zwei weitere bereits fest vereinbart. Ein Qualitätsmanagementsystem gemäß den Anforderungen des Transfusionsgesetzes und den Richtlinien der Bundesärztekammer wurde in allen auditierten Krankenhäusern vorgefunden. Die verantwortlichen Personen (Transfusionsverantwortliche, Transfusionsbeauftragte und Qualitätsbeauftragte Hämotherapie) waren durchweg benannt und gemäß den Anforderungen der Bundesärztekammer qualifiziert.

Zum Schutz vor Patienten- beziehungsweise Blutkomponentenverwechslungen lagen in allen Häusern Verfahrensanweisungen vor. Die Auditoren diskutierten diese in verschiedenen Bereichen mit ärztlichen und pflegerischen Gesprächspartnern anhand klinischer Szenarien. Die Ausführungen der Gesprächspartner zeigten bei allen Mitarbeitern fundiertes Wissen über die Praxis der Transfusion und potenzielle Risiken im Transfusionsprozess, etwa bei der aufeinanderfolgenden Transfusion von Blut und Blutprodukten durch mehrere Ärzte. Auch die Symptome transfusionsassoziiierter Nebenwirkungen konnten sicher dargestellt werden.



Die Überwachung des Patienten während und nach einer Transfusion war durchweg schriftlich geregelt und entsprach den Empfehlungen aktueller Publikationen. Die diesbezüglichen Verfahrensanweisungen waren allen ärztlichen und pflegerischen Gesprächspartnern in den verschiedenen Bereichen der Krankenhäuser bekannt. Auch die Symptome von möglichen Nebenwirkungen einer Transfusion konnten durchgängig benannt werden. In allen auditierten Bereichen existierten auch klare Konzepte für das innerklinische Notfallmanagement.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse des CLINOTEL-Auditverfahrens somit ein hohes Sicherheitsniveau bei der Anwendung von Blut und Blutprodukten im Verbund.

CLINOTEL-Audits stellen im Bereich des Transfusionswesens ein zusätzliches Angebot zu den von den Krankenhäusern ohnehin verpflichtend durchzuführenden internen Audits dar. Daher muss der mögliche Zusatznutzen im Verhältnis zum Aufwand immer wieder kritisch geprüft werden. Die Rückmeldungen der auditierten Krankenhäuser und der Fachexperten waren jedoch in dieser Hinsicht durchweg positiv. Nach Einschätzung der Krankenhäuser ermöglichte der externe fachliche Blick eine deutlich differenziertere Analyse der eigenen Stärken und Schwächen als das interne Audit allein. Positiv gewürdigt wurden auch die von den Fachexperten ausgesprochenen fachlich fundierten Empfehlungen für praxisorientierte Verbesserungsmaßnahmen. Zudem habe das Thema Qualitätssicherung insgesamt durch die externen Audits noch stärkere Aufmerksamkeit erhalten. Die Fachexperten sahen ihrerseits persönlichen Nutzen durch den kollegialen Erfahrungsaustausch und den Zugewinn an Ideen für praxisnahe Lösungen zur Umsetzung der geltenden Normen.

Fachgruppe Transfusionsmedizin

Die Teilnahme an den Treffen der Fachgruppe Transfusionsmedizin ermöglicht den jeweiligen Vertretern der Mitgliedshäuser den Erfahrungsaustausch zu transfusionsmedizinischen Themen. Hierzu werden auch die Ergebnisse der Qualitätssicherung mit Routinedaten herangezogen. So kann zum Beispiel die Analyse der Ursachen für unterschiedliche Transfusionsraten bei operativen Eingriffen wesentliche Impulse für die Weiterentwicklung des Transfusionswesens in den Mitgliedshäusern geben.

Gleichzeitig besteht für die Fachexperten die Möglichkeit, auf der Ebene des CLINOTEL-Krankenhausverbundes im Bereich des Transfusionswesens Konzepte zu entwickeln, die die Patientensicherheit kontinuierlich erhöhen. So geht die Einführung des seit September 2009 etablierten freiwilligen verbundinternen Meldesystems über transfusionsassoziierte (Beinahe-)Zwischenfälle auf die Empfehlung der Fachgruppe zurück (siehe auch Seite 81 bis 83).



Pflegedienst

Der Pflegedienst ist als größte Berufsgruppe im Krankenhaus in allen Abteilungen vertreten. Für eine erfolgreiche Patientenbehandlung ist daher eine gut funktionierende Aufbau- und Ablauforganisation im Pflegebereich von hoher Wichtigkeit. Die Arbeit der Pflegenden ist durch eine große Komplexität sowie durch eine Vielzahl von Kontaktstellen mit anderen Berufsgruppen und Ansprechpartnern im Haus sowie im häuslichen Umfeld des Patienten gekennzeichnet. Auch für die Patienten nehmen die Pflegefachpersonen eine entscheidende Rolle ein, da sie als erste Ansprechpartner den häufigsten und längsten Kontakt zu ihnen haben.

In Qualitätsverständnis des CLINOTEL-Krankenhausverbundes hat der Pflegebereich daher einen besonderen Stellenwert, denn er trägt mit seinen umfangreichen Kontaktstellen entscheidend zur Gewährleistung der Patientensicherheit im Krankenhaus bei.

Aktivitäten der Fachgruppe

Die Fachgruppe Pflegemanagement wurde im Jahr 2000 gegründet und blickt somit auf die längste Tradition im CLINOTEL-Krankenhausverbund zurück. Im Berichtsjahr trafen sich die Pflegedirektoren und Pflegedienstleitungen der Mitgliedshäuser bereits zum 21. und 22. Mal seit Gründung des Verbundes zum fachlichen Austausch.

Im 21. Treffen standen Fragen der Abbildung des Pflegeaufwands in administrativen Routinedaten im Vordergrund. Seit Anfang 2010 können Pflegeleistungen mithilfe des Operationen- und Prozedurenschlüssels OPS 9-20 »hochaufwendige Pflege von Patienten« abgerechnet werden. Hierdurch ist die Pflege erstmals als Leistungserbringer an der Kodierung der erlösrelevanten Elemente im DRG-System beteiligt. Grundlage für die Dokumentation des Pflegeaufwands ist der sogenannte Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS). Dieser wurde im 21. Treffen der Pflegemanager des Verbundes ausführlich diskutiert.

Hierbei wurden neben dem Vortrag eines Referenten vom Deutschen Pflegerat zum aktuellen Stand und zur Weiterentwicklung des PKMS auch Ausführungen aus einem Krankenhaus des Verbundes, welches bereits im November und Dezember 2009 Daten über den PKMS erhoben hat und so über entsprechende Erfahrungen verfügte, berichtet. Im Anschluss an die referierten Schilderungen zur praktischen Umsetzung und zu den typischen »Stolpersteinen« wurden die Strategien der einzelnen Mitgliedshäuser rege diskutiert.

Das 22. Treffen im Herbst des Jahres beschäftigte sich primär mit den aktuellen Entwicklungen des Gesundheitswesens und hierbei insbesondere mit der Entwicklung der Pflegeberufe. Im Rahmen des regen Wissenstransfers wurden neben den Erfahrungen in der Umsetzung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores außerdem Ergebnisse von in den Mitgliedshäusern durchgeführten



Prozessanalysen zum Thema nosokomiale Pneumonie diskutiert. Datengrundlage bildeten hierfür die Fälle aus den Auswertungen der Qualitätssicherung mit Routinedaten.

Die QSR deckt auch Themenfelder ab, bei denen Pflegekräfte wesentlichen Einfluss auf die Häufigkeit unerwünschter Ereignisse nehmen können. So erhalten die Mitgliedshäuser des Verbundes monatlich zum Beispiel Kennzahlen zur Häufigkeit von im Krankenhaus aufgetretenen Pneumonien und Aspirationspneumonien, zu Patienten mit Ernährungsproblemen oder auch zur Anzahl von Patienten mit multiresistenten Keimen. Die Ergebnisse dieser Kennzahlen wurden von der Geschäftsstelle im Zeitraum von November 2009 bis zum Ende des ersten Quartals 2010 in allen Mitgliedshäusern in speziell auf den Pflegedienst abgestimmten Veranstaltungen vorgestellt.

Die Pflegemanager betonten im Herbsttreffen der Fachgruppe die Bedeutung der QSR und sichten die Routinedaten hausintern in regelmäßigen Abständen. Darüber hinaus unterstützt die Geschäftsstelle die Mitgliedshäuser auf Anforderung bei der Durchführung von Fallanalysen.

Im Jahr 2011 wird sich die Fachgruppe schwerpunktmäßig mit dem Pflegeorganisationssystem Primary Nursing (»Bezugspersonenpflege«) sowie dem Thema demografischer Wandel in der Pflege/Personalgewinnung sowie dem Erfahrungsaustausch zum Pflegekomplexmaßnahmen-Score beschäftigen.

Auditverfahren Pflegedienst

CLINOTEL-Audits im Pflegedienst werden bereits seit 2003 durchgeführt. Während zu Beginn der Schwerpunkt darin lag, den Beteiligten das Verfahren näherzubringen und häufig schon langjährig gepflegte Abläufe einer externen Betrachtung zu unterziehen, wurde das Verfahren Ende 2008 vollständig überarbeitet und verstärkt auf das Thema Patientensicherheit ausgerichtet. Hierdurch wird der unmittelbare Nutzen für die in den Mitgliedshäusern unseres Verbundes behandelten Patienten nochmals gesteigert. Seit der Neugestaltung des Verfahrens haben sich elf Mitgliedshäuser des Verbundes einem Audit im Bereich Pflegedienst gestellt. Die während des Auditverfahrens im Pflegedienst im Jahr 2010 gesammelte Praxiserfahrung wird nachfolgend beschrieben:

Geregeltes Schulungskonzept

Zur Sicherstellung der regelmäßigen Pflichtschulungen der Mitarbeiter in den Bereichen Notfallmanagement/Reanimation, Brandschutz und Hygiene wurden in den auditierten Kliniken abteilungsbezogene Beauftragungen erteilt. Die entsprechenden Mitarbeiter müssen in ihrer Abteilung die Schulungsdurchführung und -nachweise überwachen.

Des Weiteren gibt es ein jährliches Programm der Innerbetrieblichen Fortbildung (IBF), das vom zuständigen Leiter in Zusammenarbeit mit den Stationsleitungen erstellt wird. Im Berichtsjahr war auch die Möglichkeit gegeben, Fortbildungen zum Thema »Deeskalationstraining und Gewaltvermeidung« zu besuchen.



Übernahme ärztlicher Tätigkeiten in der Allgemeinpflege

Zur Übernahme ärztlicher Tätigkeiten in der Allgemeinpflege existiert in Koblenz ein entsprechendes Konzept. Definierte Tätigkeiten wie zum Beispiel Blutentnahmen, die Gabe von intravenösen Kurzinfusionen sowie das Entfernen von Klammern und Wundfäden werden nach entsprechender Schulung durch examinierte Pflegekräfte durchgeführt. Die Erstgaben von Arzneimitteln in Form von intravenösen Kurzinfusionen durch das Pflegepersonal erfolgt ausschließlich nach ärztlicher Anordnung und gemäß einer Positivliste der Apotheke.

Sicherstellung des hausinternen Notfallkonzepts

Für das Notfallmanagement werden auf den Stationen Notfallwagen oder -koffer vorgehalten. Zur Bestückung existieren Inventarlisten und bebilderte Anleitungen. Eine Verfahrensanweisung regelt für diesen Bereich die Zusammenarbeit, legt Zuständigkeiten fest und ermöglicht unerfahrenen Mitarbeitern, die Abläufe im Vorfeld genau kennenlernen zu können.

In Koblenz existieren Beatmungsmasken im Kitteltaschenformat, die beispielsweise bei innerklinischen Transporten als Teil des Notfall equipments mitgeführt werden können.

Im Bereich Reanimationsnotruf werden in Landshut und Vilsbiburg auch unangekündigte Alarmer zum Training des Ablaufs und der Handgriffe durchgeführt. Diese (Notfall-)Übungen tragen zu einem optimierten und routinierten Ablauf in der realen Notfallsituation bei.

Qualitätssicherung durch Dokumentationsprüfungen und Pflegevisiten

Die Stationsleitungen führen monatlich Dokumentationskontrollen anhand von Checklisten stationärer Patienten durch. Dabei werden die beteiligten Mitarbeiter einbezogen und die Inhalte in Stationsbesprechungen berücksichtigt. Als Ergebnis der Kontrollen wurden die Pflegedokumentation weiterentwickelt und Standardpflegepläne erstellt. In Landshut sind derzeit Behandlungspfade in Entwicklung, in Koblenz existieren bereits umfangreiche klinische Behandlungspfade.

Für die Bewältigung akuter medizinischer Probleme und deren Versorgung werden in verschiedenen Bereichen individuelle Tagesziele festgelegt. Dies betrifft ein globales Therapieziel sowie Ziele für den Flüssigkeits-, Elektrolyt- und Blutzuckerhaushalt, abgetragen in definierten Handlungsbereichen (zum Beispiel Zieliurese, Bilanzziel, Blutzuckerzielwert und maximale Insulingabe).

Erfassung von pflegerischen Risikobereichen

Um pflegerische Risiken bei definierten Patientengruppen systematisch erkennen zu können, bedarf es einer gezielten Anamnese. Verfahren zur Erfassung des Dekubitusrisikos und zur gezielten Versorgung eines vorhandenen Dekubitus liegen in allen auditierten Häusern vor. Auf den verschiedenen Stationen befinden sich in der Nachweisdokumentation geeignete Maßnahmen zur Vermeidung von Druckulcera. Auch die am Gespräch beteiligten Pflegepersonen vor Ort zeichneten sich durch ein hohes Maß an fachlicher Expertise aus und waren für die Risiken sensibilisiert.

Das Aspirationsrisiko in Vilsbiburg wird zum Beispiel im Aufnahmegespräch erfasst. Zum Verhalten bei Schluckstörungen existieren Standards, welche sich an der Leitlinie der Deutschen

Gesellschaft für Ernährungsmedizin orientieren. Das Konzept sieht eine Aufklärung des Patienten sowie seiner Angehörigen vor. Die Aufklärung erfolgt sowohl im persönlichen Gespräch, als auch durch einen Hinweiszettel direkt am Patientenbett.

Zur Erhebung des individuellen Schmerzempfindens wurde in allen im Berichtsjahr auditierten Häusern ein standardisiertes Verfahren festgelegt. So wird die Schmerzerfassung bei wachen Patienten mit Hilfe einer visuellen Analogskala beziehungsweise einer numerischen Skala durchgeführt. Wesentliche Anforderungen des Expertenstandards »Schmerzmanagement in der Pflege« und das Stufenschema der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden damit erfüllt.

Sichere Arzneimittel

Das Arzneimittelmanagement ist ein wichtiger Bestandteil der palliativen, symptomatischen, präventiven und kurativen Behandlung von Krankheiten und Zuständen. Es umfasst das System und den Prozess, den eine Einrichtung anwendet, um den Patienten eine Arzneimitteltherapie anzubieten. Dies stellt für gewöhnlich eine multidisziplinäre, koordinierte Leistung der Mitarbeiter der Gesundheitseinrichtung dar, welche die Prinzipien effektiven Prozessdesigns, der Einführung und Verbesserung der Auswahl, Beschaffung, Lagerung, Anordnung, Übertragung, Verteilung, Vorbereitung, Abgabe, Verabreichung, Dokumentation und Überwachung von Arzneimitteltherapien einschließt.

Arzneimittel werden in allen auditierten Häusern in abschließbaren, lichtgeschützten Schränken gelagert. Die angebrochenen Behältnisse von flüssigen Arzneimitteln (zum Beispiel Tropfen) sind mit einem Aufkleber gekennzeichnet. Dieser trägt das maximale Haltbarkeitsdatum seit Anbruch des Behältnisses. Wie lange die einzelnen flüssigen Medikamente verwendbar sind, geht aus einer entsprechenden Liste der Apotheke hervor.

Für die Arzneimittelgabe über Magensonde liegt in Vilsbiburg eine Liste der Apotheke vor, die ausweist, welche Medikamente zerteilt werden dürfen sowie gegebenenfalls zur Verfügung stehende Alternativpräparate.

Zur Behandlung einer Paravasation existieren Paravasat-Sets mit Kurzanleitungen für die Behandlung von Paravasaten der verschiedenen Chemotherapeutika. Die Boxen sind mit definiertem Material bestückt. Zudem liegen Sets zur Aufnahme verschütteter Reste bereit, der Umgang hiermit ist dem therapeutischen Team bekannt.

Für das Jahr 2011 wurde bereits ein Audit im Pflegedienst terminiert, ein weiteres befindet sich in Planung.



Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement bezeichnet alle organisierten Maßnahmen, die der Verbesserung von Produkten, Prozessen oder Leistungen jeglicher Art dienen. Alle deutschen Krankenhäuser sind entsprechend der Vorschriften des 5. Sozialgesetzbuches verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement einzuführen und ständig weiterzuentwickeln. Der Anspruch der Mitglieder des CLINOTEL-Krankenhausesverbundes an die eigene Qualität der Patientenversorgung geht jedoch deutlich über die gesetzlichen Mindestanforderungen hinaus.

Die CLINOTEL-Geschäftsstelle unterstützt den Wissenstransfer zu Fragen des internen Qualitätsmanagements innerhalb des Verbundes über drei Instrumente:

- Fachgruppe Qualitätsmanagement
- Routinegespräche Qualitätsmanagement
- Tauschbörse für qualitätslenkende Dokumente

Fachgruppe Qualitätsmanagement

Die Fachgruppe Qualitätsmanagement wurde im Jahr 2001 ins Leben gerufen und ist seitdem ein wichtiges Forum für den Austausch innerhalb des Verbundes zu allen Themen der Qualitätsentwicklung. Jedes Mitgliedshaus benennt einen Ansprechpartner, der es in den Belangen des Qualitätsmanagements vertritt. Im Vordergrund der Fachgruppenarbeit stehen die Bearbeitung aktueller Themen sowie die Weiterentwicklung der Methodenkompetenz der Fachgruppenmitglieder.

Gemäß den im Vorjahr gesetzten Zielen erfolgte die Erarbeitung konkreter Empfehlungen der Fachgruppenmitglieder zu verschiedenen Themenbereichen. Hierbei wurden Prozessanalysen durchgeführt, Prozesse aufbereitet und innerhalb kleiner Arbeitsgruppen zusammengeführt. Allgemeingültige Aussagen im Sinne »Guter Praxis« konnten so allen Mitgliedshäusern zur Verfügung gestellt werden, um das klinikinterne Prozessmanagement zu vereinfachen. Somit ist der Verbundgedanke »Von den Besten lernen, zu den Besten gehören« in der Fachgruppenarbeit verwirklicht.

Als Themenschwerpunkte wurden in Kompetenzteams bearbeitet:

- Beschwerde- und Ereignismanagement: von der Meldung bis zur Überprüfung der Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahme
- Prozesse im OP-Bereich: konkrete Zielformulierung bis zur Evaluation der Prozessgestaltung
- Aufnahme in der Zentralen Notaufnahme: Nutzung kennzahlengestützter Analyse zur Prozessverbesserung

◀▷ Die Fachgruppe Qualitätsmanagement
am 16.02.2011 in Essen

◀▷ Mitglieder der Fachgruppe bei der Arbeit
in Kompetenzteams



- Systematisierung von Beauftragungen, Unterweisungs- und Schulungswesen
- Implementierung und Aufrechterhaltung von Critical-Incident-Reporting-Systemen (CIRS, Berichtswesen für Kritische Zwischenfälle)
- Prozessgestaltung in Organkrebszentren

Routinegespräche Qualitätsmanagement

Das seit dem Jahr 2008 etablierte Verfahren stellt ein wichtiges Medium für den Wissenstransfer zu krankenhausindividuellen Themen zwischen den Mitgliedshäusern über die CLINOTEL-Geschäftsstelle dar. Die Mitglieder der Fachgruppe erhalten alle zwei Monate einen telefonischen Service der CLINOTEL-Geschäftsstelle, bei dem die hausinternen Aktivitäten zum Thema Qualitätsmanagement erörtert werden. Die Informationen über Art und Stand der jeweiligen Projekte werden zusammengestellt und mit einer Matrix für einen schnellen Überblick über den jeweiligen Projektstand ergänzt. Hierdurch wird den Fachgruppenmitgliedern ermöglicht, den fachlichen Austausch für eigene Aktivitäten mit den anderen Mitgliedshäusern zielgerichtet vorzunehmen.

Tauschbörse für qualitätslenkende Dokumente

In allen Mitgliedshäusern werden regelmäßig Zertifizierungen verschiedener Fachbereiche durchgeführt, was sich beispielsweise in der Bildung spezieller Zentren widerspiegelt. Im Vorfeld solcher Zertifizierungen müssen eine Vielzahl von Dokumenten erstellt werden, die die eigenen Abläufe beschreiben und den Auditoren vorgelegt werden. Im CLINOTEL-Krankenhausverbund besteht seit 2008 die einmalige Gelegenheit, über eine zentral verwaltete Plattform gezielt Informationen zur Entwicklung hochwertiger Vorgabedokumente (Verfahrensanweisungen, Leitlinien, klinische Pfade etc.) zwischen den Mitgliedshäusern auszutauschen. Das Verfahren wird rege in Anspruch genommen und erleichtert die tägliche Arbeit.

105 Neurologie
108 Orthopädie und Unfallchirurgie
111 Psychiatrie, Psychotherapie
113 Urologie

115 Operationsbereich
117 Notaufnahme
119 Transfusionsmedizin
122 Pflegedienst

126 Qualitätsmanagement
128 Zusammenfassung und Ausblick
130 Externe stationäre Qualitätssicherung
176 Erläuterungen der Mitgliedshäuser

Zusammenfassung und Ausblick

Das Jahr 2010 war neben einer quantitativen und qualitativen Weiterentwicklung der CLINOTEL-Instrumente zur Qualitätssicherung vor allem geprägt von einer deutlichen Intensivierung der Kommunikation zu Fragen der Weiterentwicklung der medizinisch-pflegerischen Qualität innerhalb des CLINOTEL-Krankenhausverbundes.

Die medizinischen Fachgruppen erwiesen sich hier als Motor der Entwicklung. Die Fachexperten gaben wichtige Impulse für die inhaltliche und methodische Weiterentwicklung der Qualitätssicherung mit Routinedaten. Einen weiteren inhaltlichen Schwerpunkt bildete in allen Fachgruppen das Thema »Standardisierung der Behandlungsabläufe«. Das Spektrum der Aktivitäten reichte dabei von Impulsvorträgen einzelner Fachgruppenmitglieder über den Austausch von Verfahrensanweisungen und klinischen Behandlungspfaden innerhalb der Fachgruppe bis hin zur Übermittlung vollständiger Handbücher einzelner Fachabteilungen. Das Verbundleitbild »Von den Besten lernen, zu den Besten zu gehören« wurde hier auf eindrucksvolle Weise mit Leben gefüllt. Darüber hinaus haben verschiedene Fachgruppen Empfehlungen und Konzepte formuliert, die, wie im Fall der Sepsis, nachweislich zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität im CLINOTEL-Krankenhausverbund geführt haben.

Deutlich wurde im Verlauf der Fachgruppentreffen auch, dass sich die leitenden Ärzte des Verbundes als Führungskräfte verstehen, die neben ihrer medizinischen »Kernkompetenz« für weitere Aufgaben verantwortlich sind. Daher nahmen Fragen der strategischen Ausrichtung der eigenen Fachabteilung und die Diskussion von Konzepten zur Gewinnung und Bindung qualifizierter Mitarbeiter ebenfalls breiten Raum in den Fachgruppentreffen ein. Die CLINOTEL-Geschäftsstelle begrüßt und fördert dieses Führungsverständnis, indem sie in den Fachgruppentreffen bestehende CLINOTEL-Angebote aus dem betriebswirtschaftlichen Bereich vorstellt und den ärztlichen Führungskräften Wege aufzeigt, die Perspektiven Medizinische Qualität, Wirtschaftlichkeit und Personal für die Weiterentwicklung der eigenen Abteilung sinnvoll zusammenzuführen.

Seitens der CLINOTEL-Geschäftsstelle wurde auch im Jahr 2010 wieder erheblich in die Weiterentwicklung und Verfeinerung der Instrumente zur Qualitätssicherung investiert. Mit den Audits in den Bereichen Psychiatrie und Notaufnahme sowie den Prozessaudits »Akutes Koronarsyndrom« und »Akuter ischämischer Schlaganfall« wurden gleich vier neue Verfahren in das verbundinterne Auditprogramm aufgenommen. Erste Audits haben im Jahr 2010 bereits stattgefunden, weitere sind für 2011 fest vereinbart.

Die von der CLINOTEL-Geschäftsstelle monatlich erstellten Auswertungen der Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) umfassen mittlerweile fast 3.000 Kennzahlen zu Aspekten der Prozess- und Ergebnisqualität im Verbund. Komplexe statistische Verfahren ermöglichen den Mitgliedshäusern seit 2010 bei einzelnen Krankheitsbildern, wie dem akuten Herzinfarkt oder dem akuten



Hirnfarkt, einen risikobereinigten Vergleich ihrer Sterblichkeitsraten. Zeitreihendarstellungen erleichtern bei hierfür infrage kommenden Kennzahlen eine Analyse der Entwicklung der eigenen Ergebnisse und eine Bewertung des Erfolgs qualitätsverbessernder Maßnahmen. Als zusätzlicher Leistungsbereich wurde im Jahr 2010 die Neurochirurgie in die QSR aufgenommen. Hier werden Eingriffe an der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie die operative Behandlung bösartiger Hirntumoren abgebildet.

Die CLINOTEL-Geschäftsstelle hat darüber hinaus mit dem Ziel, die Implementierung der QSR in den Mitgliedshäusern des Verbundes zu unterstützen, drei Workshops ausgerichtet, in denen den Vertretern der Mitgliedshäuser methodische Grundlagen der QSR und Ansätze zur Analyse ihrer Ergebnisse vermittelt wurden.

Die umfangreichen Aktivitäten zur Qualitätssicherung im Jahr 2010 haben über eine intensivierte verbundinterne Kommunikation auch zu einer verstärkten Integration der Mitgliedshäuser geführt. Dabei hat sich gezeigt, dass Qualitätsentwicklung auch im Kontext rechtlicher und organisatorischer Selbstständigkeit möglich ist, wenn sie wie bei CLINOTEL durch die intrinsische Motivation aller Beteiligten und ein gemeinsames Leitbild getragen wird.

Die CLINOTEL-Geschäftsstelle wird die bestehenden Angebote zur Qualitätssicherung im Jahr 2011 aktiv weiterentwickeln. Ein weiterer wesentlicher Arbeitsschwerpunkt wird in der Etablierung verbundinterner Kommunikationsstrukturen im Bereich Psychiatrie liegen. Auch in diesem Bereich wird zurzeit das Vergütungssystem auf Fallpauschalen umgestellt. Gleichzeitig gewinnt das Thema Qualitätssicherung in der Psychiatrie zunehmend an Bedeutung. CLINOTEL wird die damit verbundenen Veränderungsprozesse von Anfang an aktiv begleiten und hat aus diesem Grund Vertreter aller Mitgliedshäuser mit psychiatrischen Abteilungen im Februar 2011 zu einer Informationsveranstaltung nach Köln eingeladen.



Externe stationäre Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Grundlagen des Verfahrens

Zum Zeitpunkt der Berichterstellung liegen die Daten des Jahres 2009 vor, insofern ist – abweichend von allen anderen Berichtsteilen dieses Jahresberichtes – nicht das Jahr 2010, sondern das Jahr 2009 für diesen Datenbereich das Berichtsjahr. Die gesetzlich vorgeschriebene »externe stationäre Qualitätssicherung« wurde im Berichtsjahr 2009 im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erstmalig durch das AQUA-Institut in Göttingen gemeinsam mit den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung umgesetzt. Am Verfahren müssen sich alle Krankenhäuser beteiligen, die für gesetzlich krankenversicherte Patienten zugelassen sind.

Das Verfahren misst die Qualität von etwa 20 Prozent der Krankenhausbehandlungen, und zwar überwiegend von Operationen. Dafür werden in 26 Leistungsbereichen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden, zu rund 200 Qualitätsindikatoren spezielle Aufzeichnungen geführt. Sie werden jährlich bundesweit zu einem Qualitätsreport zusammengefasst.

Allerdings sind in diesem Report die Daten der einzelnen Krankenhäuser anonymisiert. Als Leser können Sie also die Qualität der Leistung eines bestimmten Hauses dort nicht erkennen. Die krankenhausesindividuellen Daten waren der Öffentlichkeit in der Vergangenheit nicht zugänglich. Seit dem Jahr 2007 werden jedoch einige konkrete Ergebnisse zur Qualität öffentlich gemacht, indem die Krankenhäuser zur Veröffentlichung von insgesamt 26 ausgesuchten Qualitätsindikatoren verpflichtet werden.

Wie funktioniert das Verfahren?

Alle teilnehmenden Krankenhäuser dokumentieren die qualitätsrelevanten Daten und übermitteln für jeden betroffenen Patienten einen Datensatz an eine zentrale Annahmestelle wie das AQUA-Institut oder entsprechende Stellen auf Landesebene. Dort werden die Daten nach festgelegten Konzepten ausgewertet und die Ergebnisse den Krankenhäusern in Form von Auswertungen und Empfehlungen zur Verfügung gestellt. Die Qualität der erfassten Leistungen wird über rund 200 Indikatoren abgebildet, für die bundeseinheitliche Richtwerte (Referenzbereiche) festgelegt sind.

Liegt ein Krankenhaus mit einem Indikator außerhalb des vorgegebenen Referenzbereichs, gilt es als »rechnerisch auffällig«, und es wird in einem Expertengremium geprüft, ob das Haus im betreffenden Leistungsbereich weitere Auffälligkeiten zeigt. Hierbei werden zum Teil auch die Ergebnisse der Vorjahre berücksichtigt.

Mit den rechnerisch auffälligen Krankenhäusern wird durch Fachexperten im sogenannten Strukturierten Dialog die Ursache der Auffälligkeit analysiert. Erst dann stellt sich heraus, ob die



Auffälligkeit etwa auf Mängeln in der Dokumentation beruht, durch besonders schwierige medizinische Fälle (hohes Risiko) erklärbar ist oder ob tatsächlich Abweichungen in der Qualität der Leistungserbringung vorliegen. Sollte dies der Fall sein, wird der betroffenen Klinik oder Abteilung eine Beratung angeboten. Führt dies auch nicht zu mehr Klarheit, können die Krankenhäuser besucht und die Auffälligkeiten vor Ort aufgeklärt werden. Am Ende dieses Prozesses können Empfehlungen abgegeben, konkrete Ziele zur Verbesserung der Qualität vereinbart oder gar Behandlungsverträge gekündigt werden.

Das bedeutet, dass rechnerisch auffällige Ergebnisse ohne Analyse und Bewertung durch den Strukturierten Dialog mit den Fachexperten noch nicht interpretierbar sind. Es kann sein, dass das Krankenhaus besser ist als vermutet, etwa wenn sich die Auffälligkeit durch den Strukturierten Dialog aufklären lässt. Oder es wird bestätigt, dass die rechnerische Auffälligkeit tatsächlich auf inakzeptabler Qualität beruht.

Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Zur inhaltlichen Betreuung der Leistungsbereiche (hierunter sind die einzelnen Themen zu verstehen wie zum Beispiel die Implantation einer Hüftprothese) sind auf der Bundes- und Landesebene Fachgruppen eingesetzt. Als Mitglieder werden Experten aus Medizin und Pflege paritätisch von den Partnern der Selbstverwaltung in die Fachgruppen berufen. Auch die jeweiligen wissenschaftlichen Fachgesellschaften entsenden ein Mitglied in die Fachgruppen.

Die Fachgruppen entwickeln für jeden Leistungsbereich zunächst Qualitätsziele (Gute Qualität ist, wenn ...) und dann Qualitätsindikatoren (zum Beispiel bestimmte Komplikationen nach einer Operation). Zu einem Qualitätsindikator kann es mehrere Kennzahlen geben. So gibt es zum Beispiel zum Qualitätsindikator »Allgemeine postoperative Komplikationen bei der Entfernung der Gallenblase« drei Kennzahlen, nämlich die

- bei allen Patienten
- bei Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation
- bei Patienten mit offen-chirurgischer Operation

Die Entwicklung der Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren und Kennzahlen orientiert sich methodisch eng an den internationalen Standards zur externen vergleichenden Qualitätsdarstellung. Die Messinstrumente zur Qualitätsdarstellung werden nach einem standardisierten Ablauf entwickelt.

Alle Informationen zu den Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sind im Internet auf einer vom AQUA-Institut für die Qualitätssicherung erstellten Website (www.sqg.de) verfügbar. Die Ergebnisse der Bundesauswertungen können dort ebenfalls heruntergeladen werden.



Referenzbereich

Teil der Entwicklung der Auswertungskonzepte ist die Definition von Referenzbereichen. Außerhalb dieser Bereiche liegende Ergebnisse gelten zunächst als rechnerisch auffällig und können Hinweise auf verbesserungswürdige Qualität geben. Sie dienen als Auslöser für den Strukturierten Dialog. Für die Bundesauswertung 2009 sind – bis auf wenige Ausnahmen – für alle Kennzahlen Referenzbereiche festgelegt worden. Der Referenzbereich gibt den Bereich für unauffällige Qualität an (sogeannter Unauffälligkeitsbereich).

Sentinel Event (SE)

Sentinel-Event-Indikatoren erfassen sehr seltene, schwerwiegende Ereignisse (Sentinel Events). Jeder Einzelfall stellt eine Auffälligkeit dar, der in einer differenzierten Analyse nachgegangen werden soll. Für solche Kennzahlen wird in der Ergebnistabelle als Referenzbereich »SE« aufgeführt.

Unser Vorgehen

Wir haben uns dazu entschlossen, die Kennzahlen zu allen Leistungsbereichen und Indikatoren aus dem Jahr 2009 zu veröffentlichen, die nicht durch die nachfolgend aufgeführten Einschränkungen aus unserer Sicht zur Veröffentlichung ungeeignet sind. Dies sind im Einzelnen Kennzahlen für alle oder einzelne Krankenhäuser,

- zu denen kein Referenzbereich angegeben beziehungsweise der Referenzbereich ausgesetzt wurde, oder
- bei denen der Nenner (Grundgesamtheit der Patienten zu einer Kennzahl) null oder eins beträgt.

Bei den einzelnen Leistungsbereichen und Kennzahlen finden Sie nicht immer Angaben zu allen CLINOTEL-Mitgliedshäusern. Neben den oben aufgeführten Gründen ist ein weiterer Grund hierfür, dass die von der externen stationären Qualitätssicherung untersuchten Leistungen nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden.

In diesem Bericht werden insgesamt 174 Kennzahlen unserer Mitgliedshäuser veröffentlicht. Damit gehen wir weit über die Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem obersten Beschlussgremium der Selbstverwaltung der Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland, hinaus.

[i]

Es findet keine Auswahl danach statt, ob die Ergebnisse im negativen Sinne »auffällig« gegenüber den Bundes-Referenzwerten sind oder nicht. Gerade die Veröffentlichung solcher Ergebnisse fördert die Glaubwürdigkeit und das Vertrauen in die Qualitätsfähigkeit der CLINOTEL-Krankenhäuser.

Wir veröffentlichen auch Daten zu Leistungsbereichen, bei denen das einzelne Krankenhaus eine sehr kleine Fallzahl aufweist – der Mindestwert liegt hier bei 2 Fällen. Dieser niedrige Schwellenwert mag zwar aus der sogenannten statistischen Sicht dazu führen, dass wir »statistisch nicht signifikante« Ergebnisse präsentieren, wie das folgende Beispiel verdeutlicht:

Bei 20 Fällen entspricht 1 Ereignis im Zähler der Qualitätskennzahl – zum Beispiel eine Wundinfektion – 5 Prozent. Für Krankenhäuser mit weniger Fällen schlägt der Indikator bereits bei einem einzelnen Ereignis – zum Beispiel eine Wundinfektion – stark aus. Im Beispiel entspräche eine Wundinfektion bei zehn Fällen einer Rate von 10 Prozent, bei fünf Fällen sogar einer Rate von 20 Prozent. Daher zeigt die Verteilung der Krankenhausergebnisse für Krankenhäuser mit kleiner Fallzahl häufig starke statistische Ausreißer.

Wir wissen, dass die Aussagekraft bei niedrigen Fallzahlen limitiert ist, es geht aber letztlich nicht um »statistische Signifikanz«. Auch wenn eine Abweichung aus statistischer Sicht nicht bedeutsam sein mag, für den betreffenden Patienten ist sie es in jedem Fall.

Das Streben nach Qualität ist nach unserer Auffassung unabhängig von den Fallzahlen, und allzu oft werden ungewünschte Ergebnisse statistisch begründet, während gute Ergebnisse immer das Resultat medizinischer Spitzenleistungen sind.

Auch bei geringen Fallzahlen ist bestmögliche medizinische Versorgung der Patienten unser Ziel. Unser Qualitätsanspruch sinkt oder steigt nicht mit den Fallzahlen und daher sehen wir keinen Grund zu einer Selektion.

Mögliche Ursachen für Abweichungen

Ein auffälliges Ergebnis kann verschiedene Ursachen haben. Bei vielen Kennzahlen bestehen noch methodische Limitierungen und daher konnte die methodische Eignung dieser Indikatoren bisher noch nicht abschließend bewertet werden. Wir haben uns entschieden, diese Kennzahlen dennoch zu veröffentlichen, im Vertrauen darauf, dass die Auseinandersetzung auch mit diesen Kennzahlen die Qualitätsfähigkeit unserer Mitgliedshäuser weiter erhöht.

Aus unserer Sicht können die Abweichungen und ihre Ursachen in wenigen Gruppen zusammengefasst werden. Nachfolgend führen wir diese Gruppen auf und erläutern sie:

A. Dokumentations- und Definitionsmängel – kommen nach unserer Erfahrung leider immer noch vor. Sie führen zu Abweichungen, die jedoch keine unzureichende Versorgungsqualität bedeuten, sondern zu Unrecht schlechte Ergebnisse signalisieren. Auch wenn die Dokumentations- und Definitionsmängel in den letzten Jahren deutlich reduziert wurden, konnten sie noch nicht endgültig und umfassend abgestellt werden. Wir werden auch zukünftig weiter an der vollständigen und korrekten Dokumentation arbeiten müssen.

B. Spezifische Gegebenheiten in Krankenhäusern – In einzelnen Fällen sind für die richtige Interpretation von Abweichungen zusätzliche Informationen mit zu berücksichtigen.

C. Echte Abweichungen – sind nach unseren Erfahrungen und Daten die Ausnahme, sie werden natürlich immer von den Krankenhäusern gründlich hinterfragt und die so gewonnenen Erkenntnisse werden schnellstmöglich umgesetzt. An dieser Stelle soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass es sich zunächst einmal um eine zahlenmäßige Abweichung handelt, die nicht automatisch mit einer unzureichenden Versorgungsqualität gleichgesetzt werden kann und darf.

Die hausinterne Auseinandersetzung mit den Daten der externen stationären Qualitätssicherung hat zu den ab Seite 176 dargestellten Aussagen der einzelnen Mitgliedshäuser geführt.

[i]

In jedem Fall gilt: Auffällige Ergebnisse werden in unseren Krankenhäusern analysiert und wir stellen uns die Frage, was wir zukünftig noch besser machen können.

Ergebnisauswertung 2009

Übersicht der Leistungsbereiche

Nierentransplantation	78
Nierenlebenspende	85
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	91
Geburtshilfe	96
Gynäkologische Operationen	100
Mammachirurgie	106
Hüftgelenknahe Femurfraktur	113
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	117
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	122
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	126
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	132
Pflege: Dekubitusprophylaxe	135



Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung der CLINOTEL-Mitgliedshäuser in 2009

Beschreibung der Darstellung

Die Tabellen mit den CLINOTEL-Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung auf den Seiten 138 bis 175 sind wie nachfolgend beschrieben aufgebaut.

Nummerierung

Diese Spalte enthält eine durch die CLINOTEL-Geschäftsstelle vergebene laufende Nummer für die Leistungsbereiche und die jeweiligen Kennzahlen. Die Reihenfolge wurde – wie im Qualitätsreport 2009 – absteigend nach Körperregionen gewählt.

Leistungsbereich und Kennzahl

Diese Spalte enthält die für Laien verständliche Beschreibung der Leistungsbereiche und der jeweiligen Kennzahlen. Um eine bessere Lesbarkeit auch für Nicht-Experten zu erreichen, haben wir die offiziellen Bezeichnungen, in denen viele medizinische Fachbegriffe enthalten sind, verständlich übersetzt.

Lesehilfe

Zur besseren und schnelleren Einordnung der dargestellten Werte wird mithilfe von drei verschiedenen Symbolen eine Unterstützung für unsere Leser vorgenommen. Die Symbole bedeuten im Einzelnen:

- ▲ Qualitätsaussage: je höher der Wert, desto besser
- ▼ Qualitätsaussage: je niedriger der Wert, desto besser
- Wert im angegebenen Referenzbereich spricht für gute Qualität

Bundes-Referenzbereich

Der Wert gibt den Referenzbereich für gute Qualität an (sogenannter Unauffälligkeitsbereich) der einzelnen Kennzahlen an.

[i]

Auch wenn ein Wert nicht im Referenzbereich liegt, kann eine gute Qualität gegeben sein. Eine genaue Beurteilung erfordert eine intensive Analyse der Daten, die im Strukturierten Dialog erfolgt. Häufig werden dabei plausible Gründe entdeckt, die nicht auf Qualitätsprobleme schließen lassen.

Ergebnis Externe stationäre Qualitätssicherung 2009

Im Qualitätsreport 2009 veröffentlicht das AQUA-Institut zu nahezu allen Kennzahlen die Ergebnisse auf Bundesebene. Zur Einordnung der Ergebnisse einzelner Krankenhäuser und des CLINOTEL-Verbundes insgesamt werden diese Werte dargestellt. Zu den wenigen Kennzahlen, zu denen keine Daten auf Bundesebene veröffentlicht wurden, bleibt das Feld leer. Sofern der Wert im Bundesreferenzbereich liegt, ist er schwarz dargestellt.

Ergebnis CLINOTEL 2009

Hier werden zu den Kennzahlen die Ergebnisse auf Ebene des CLINOTEL-Verbundes insgesamt dargestellt. Sofern der Wert im Bundesreferenzbereich liegt, ist er schwarz dargestellt.

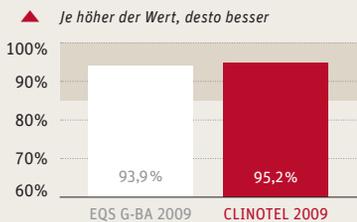
Ortsname Krankenhaus

Hier werden zu den Kennzahlen die Ergebnisse auf Ebene des jeweiligen Mitgliedskrankenhauses dargestellt. Sofern ein Wert im Bundesreferenzbereich liegt, ist er schwarz dargestellt.

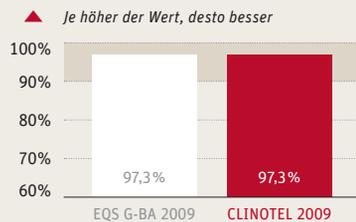
1	Halsschlagaderoperation (Karotis-Rekonstruktion)	EQS G-BA Referenzbereich	Ergebnis EQS G-BA 2009	Ergebnis CLINOTEL 2009	Altötting	Bochum	Brandenburg	Burghausen	Cloppenburg
1.1	Anteil der operierten Patienten ohne erkennbare Krankheitszeichen, deren Halsschlagader jedoch zu mindestens 60 % eingengt war	▲ ≥ 85,0%	93,9	95,2	100,0		95,6		91,2
1.2	Anteil der operierten Patienten mit erkennbaren Krankheitszeichen, deren Halsschlagader zu mindestens 50 % eingengt war	▲ ≥ 90,0%	97,3	97,3	100,0		100,0		88,9
1.3	Operierte Patienten: Verhältnis von beobachteten und statistisch erwarteten Schlaganfällen oder Todesfällen unter Berücksichtigung des individuellen Zustands des Patienten	▽ ≤ 3,0 0/E*	**	**	1,5		1,0		0,0
1.4	Operierte Patienten: Anteil mit Schlaganfall bzw. verstorbene Patienten unter Berücksichtigung des individuellen Zustands des Patienten	▽ ≤ 7,7 %	2,6	2,6	4,0		2,5		0,0
1.5	Operierte Patienten: Verhältnis von beobachteten und statistisch erwarteten schweren Schlaganfällen oder Todesfällen unter Berücksichtigung des individuellen Zustands des Patienten	▽ ≤ 3,4 0/E*	**	**	3,2		1,1		0,0
1.6	Operierte Patienten: Anteil mit schwerem Schlaganfall bzw. verstorbene Patienten unter Berücksichtigung des individuellen Zustands des Patienten	▽ ≤ 4,7 %	1,4	0,9	4,5		1,5		0,0

* Das Verhältnis von beobachteten und statistisch erwarteten Schlaganfällen oder Todesfällen (O/E)
 ** O/E kann nur bezogen auf das einzelne Krankenhaus angegeben werden

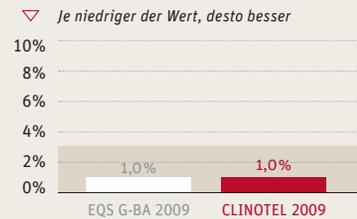
1.1
 Anteil der operierten Patienten ohne erkennbare Krankheitszeichen, deren Halsschlagader jedoch zu mindestens 60% eingengt war



1.2
 Anteil der operierten Patienten mit erkennbaren Krankheitszeichen, deren Halsschlagader zu mindestens 50% eingengt war



1.3
 Operierte Patienten: Verhältnis von beobachteten und statistisch erwarteten Schlaganfällen oder Todesfällen unter Berücksichtigung des individuellen Zustands des Patienten



Qualitätsaussage
 ▲ Je höher der Wert, desto besser
 ▼ Je niedriger der Wert, desto besser
 ■ Wert im angegebenen Referenzbereich spricht für gute Qualität

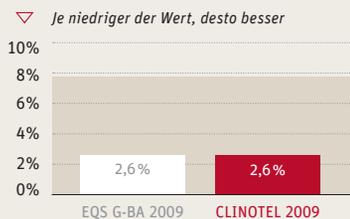
EQS G-BA Referenzbereich
 100%
 90%
 80%
 70%
 60%
 Die dunkle Fläche kennzeichnet den Referenzbereich für gute Qualität

Kennzahlen
 Graue Zahl:
 Wert liegt außerhalb des EQS G-BA Referenzbereichs

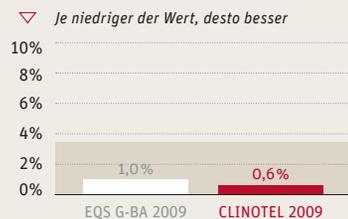
Einheiten
 Einheit der dargestellten Werte entspricht der Einheit des EQS G-BA Referenzbereichs

Cottbus	Emden	Emsdetten	Emstek	Essen	Greven	Gütersloh	Ingolstadt	Kempen	Koblenz	Landshut	Lörrach	Lünen	Moers	Neuruppin	Oberhausen	Pirmasens	Speyer	Steinfurt	Strausberg	Vechta	Vilsbiburg	Werne	Würzburg
89,5	66,7					100,0	96,6		94,1	82,1		98,1		91,7	100,0		96,4	80,6					
96,4	92,3					92,3	100,0		96,0	100,0		97,2		95,5	100,0	100,0	100,0	100,0					
0,4	1,9					0,4	0,4		3,8	0,0		0,7		2,5	2,2	0,0	0,9	1,2					
1,0	4,9					0,9	1,1		9,8	0,0		1,7		6,7	5,8	0,0	2,4	3,2					
0,0	0,0					0,0	0,0		4,6	0,0		1,1		0,0	3,5	0,0	0,6	0,0					
0,0	0,0					0,0	0,0		6,4	0,0		1,6		0,0	4,9	0,0	0,8	0,0					

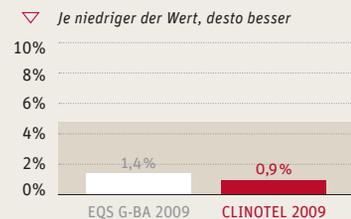
1.4
 Operierte Patienten: Anteil mit Schlaganfall bzw. verstorbene Patienten unter Berücksichtigung des individuellen Zustands des Patienten



1.5
 Operierte Patienten: Verhältnis von beobachteten und statistisch erwarteten schweren Schlaganfällen oder Todesfällen unter Berücksichtigung des individuellen Zustands des Patienten

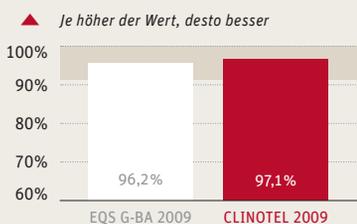


1.6
 Operierte Patienten: Anteil mit schwerem Schlaganfall bzw. verstorbene Patienten unter Berücksichtigung des individuellen Zustands des Patienten

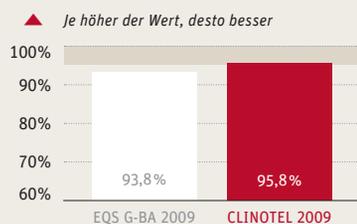


2	Lungenentzündung (Ambulant erworbene Pneumonie)	EQS G-BA Referenz- bereich	Ergebnis EQS G-BA 2009	Ergebnis CLINOTEL 2009	Altötting	Bochum	Brandenburg	Burghausen	Cloppenburg
2.1	Anteil der Patienten, bei denen innerhalb der ersten 8 Stunden nach Krankenhausaufnahme eine Untersuchung zur Feststellung des Sauerstoffgehaltes im Blut durchgeführt wurde	▲ ≥ 95,0%	93,3	94,2	99,1	96,3	80,0	100,0	97,5
2.2	Anteil der Patienten, bei denen innerhalb der ersten 8 Stunden nach Krankenhausaufnahme mit einer entsprechenden Antibiotikagabe begonnen wurde	▲ ≥ 85,5%	93,5	92,3	95,2	94,7	90,6	100,0	95,4
2.3	Anteil der Patienten, bei denen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Krankenhausaufnahme mit der Bewegungstherapie (sogenannte Frühmobilisation) begonnen wurde: Patienten in Risikoklasse 1	▲ ≥ 82,1%	93,1	95,7	100,0	100,0	87,5	100,0	100,0
2.4	Anteil der Patienten, bei denen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Krankenhausaufnahme mit der Bewegungstherapie (sogenannte Frühmobilisation) begonnen wurde: Patienten in Risikoklasse 2	▲ ≥ 71,8%	86,4	88,8	93,9	96,9	86,2	97,8	89,5
2.5	Anteil der Patienten, bei denen am 4. oder 5. Tag nach Krankenhausaufnahme ein bestimmter Laborwert zur Kontrolle der Entzündungszeichen bestimmt wurde (sogenannter CRP-Wert)	▲ ≥ 91,2%	96,2	97,1	98,0	87,8	90,9	98,2	97,1
2.6	Anteil der Patienten, bei denen sich die Entzündungszeichen nicht verbessert haben und daher Diagnostik und Therapie angepasst wurden: Patienten in Risikoklasse 2	▲ ≥ 95,0%	93,8	95,8	100,0	100,0	60,0	100,0	91,3
2.7	Anteil der Patienten, bei denen sich die Entzündungszeichen nicht verbessert haben und daher Diagnostik und Therapie angepasst wurden: Patienten in Risikoklasse 3	▲ ≥ 95,0%	96,1	95,8	100,0		100,0		
2.8	Anteil der Patienten, bei denen 7 bestimmte Untersuchungen zur Feststellung des Gesundheitszustandes vollständig durchgeführt wurden	▲ ≥ 95,0%	81,5	88,3	100,0	100,0	57,1	100,0	91,9
2.9	Anteil der Patienten, bei denen mindestens 6 von 7 Untersuchungen zur Feststellung des Gesundheitszustands eine Genesung zeigten	▲ ≥ 95,0%	98,7	99,0	100,0	98,5	95,5	100,0	99,2
2.10	Anzahl der verstorbenen Patienten: alle Risikoklassen	▼ ≤ 18,3%	12,1	12,4	11,1	10,1	10,1	9,2	16,8
2.11	Anzahl der verstorbenen Patienten: Patienten in Risikoklasse 1	▼ ≤ 6,5%	2,6	2,9	0,0	0,0	6,7	0,0	3,1
2.12	Anzahl der verstorbenen Patienten: Patienten in Risikoklasse 2	▼ ≤ 18,5%	12,3	12,6	8,0	14,3	7,3	11,6	18,0
2.13	Anzahl der verstorbenen Patienten: Patienten in Risikoklasse 3	▼ ≤ 50,0%	32,6	32,2	46,2	0,0	57,1	0,0	35,7

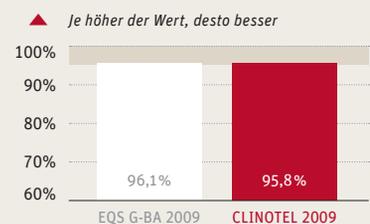
2.5
Anteil der Patienten, bei denen am 4. oder 5. Tag nach Krankenhausaufnahme ein bestimmter Laborwert zur Kontrolle der Entzündungszeichen bestimmt wurde (sogenannter CRP-Wert)



2.6
Anteil der Patienten, bei denen sich die Entzündungszeichen nicht verbessert haben und daher Diagnostik und Therapie angepasst wurden: Patienten in Risikoklasse 2



2.7
Anteil der Patienten, bei denen sich die Entzündungszeichen nicht verbessert haben und daher Diagnostik und Therapie angepasst wurden: Patienten in Risikoklasse 3



Qualitätsaussage
 ▲ Je höher der Wert, desto besser
 ▼ Je niedriger der Wert, desto besser
 ■ Wert im angegebenen Referenzbereich spricht für gute Qualität

EQS G-BA Referenzbereich
 Die dunkle Fläche kennzeichnet den Referenzbereich für gute Qualität

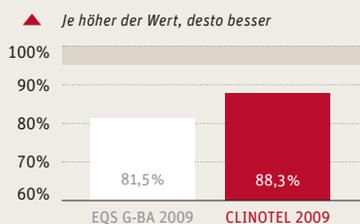
Kennzahlen
 Graue Zahl:
 Wert liegt außerhalb des EQS G-BA Referenzbereichs

Einheiten
 Einheit der dargestellten Werte entspricht der Einheit des EQS G-BA Referenzbereichs

Cottbus	Emden	Emsdetten	Emstek	Essen	Greven	Gütersloh	Ingolstadt	Kempen	Koblenz	Landshut	Lörrach	Lünen	Moers	Neuruppin	Oberhausen	Pirmasens	Speyer	Steinfurt	Strausberg	Vechta	Vilsbiburg	Werne	Würzburg
93,2	95,8	94,0		95,4	92,1	79,1	89,1	100,0	99,2	98,7	89,4	97,9	92,0	95,7	94,0	100,0	100,0	100,0	92,2	91,3	87,9	97,4	91,5
86,1	91,0	98,4		92,5	85,0	97,1	93,4	100,0	98,0	97,3	90,7	98,9	90,4	83,2	97,5	100,0	88,5	97,5	92,0	95,7	94,7	100,0	97,3
100,0	84,4	100,0		94,4	100,0	94,9	78,6	100,0	97,1	95,2	96,8	100,0	76,2	97,6	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	85,7	100,0	92,3
87,9	88,3	96,0		83,2	84,6	90,4	67,4	91,3	93,8	68,9	81,4	100,0	74,3	88,6	98,2	100,0	93,7	94,8	93,1	91,8	80,5	100,0	80,3
92,8	97,7	96,8		98,5	97,2	98,3	97,7	75,0	98,1	96,9	96,6	98,3	98,6	95,2	100,0	100,0	96,8	98,8	98,3	100,0	97,6	98,1	98,6
91,4	90,9	94,4		96,6	100,0	85,7	95,5	100,0	95,7	100,0	97,3	100,0	100,0	80,0	100,0	100,0	100,0	95,7	93,9	100,0	88,9	100,0	100,0
100,0		100,0		100,0		100,0	100,0		100,0	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	75,0
92,8	89,2	98,7		97,7	96,9	71,2	61,5	97,4	94,1	92,4	91,0	99,2	70,5	85,2	94,9	100,0	100,0	100,0	88,4	73,6	62,0	97,9	53,6
99,0	98,4	98,7		99,2	100,0	98,2	100,0	100,0	99,5	99,0	95,3	99,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	98,9	99,1	100,0	100,0	100,0	96,2
15,6	12,3	16,2		13,0	13,0	8,9	14,0	19,0	13,0	15,9	12,5	15,3	14,1	9,0	20,8	1,3	13,2	9,8	13,0	10,8	6,7	9,7	16,1
3,7	2,9	7,7		0,0	5,6	0,0	6,7	0,0	0,0	4,4	0,0	3,4	4,0	6,3	3,0	0,0	5,6	5,3	2,1	4,0	3,7	0,0	0,0
16,0	11,6	16,4		14,9	12,4	11,0	12,4	19,6	12,7	16,8	12,7	15,8	16,0	8,7	23,8	1,7	9,8	10,8	13,3	11,8	5,1	10,4	15,5
30,6	60,0	50,0		20,0	42,9	20,0	52,2	42,9	34,5	26,7	28,0	25,0	15,8	40,0	75,0	0,0	54,5	7,7	50,0	25,0	30,0	23,1	33,3

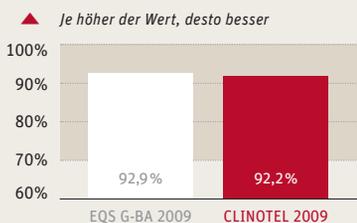
2.8

Anteil der Patienten, bei denen 7 bestimmte Untersuchungen zur Feststellung des Gesundheitszustandes vollständig durchgeführt wurden



3	Behandlung von Brustkrebs (Mammachirurgie)	EQS G-BA Referenzbereich	Ergebnis EQS G-BA 2009	Ergebnis CLINOTEL 2009	Altötting	Bochum	Brandenburg	Burghausen	Cloppenburg
3.1	Anteil Patientinnen, bei denen vor der Operation die Diagnose Brustkrebs durch eine feingewebliche Untersuchung gesichert wurde	▲ ≥ 70,0%	92,9	92,2	84,4		99,1	100,0	77,3
3.2	Anteil Patientinnen, bei denen vor der Operation eine Drahtmarkierung durchgeführt und das entfernte markierte Gewebe während der Operation geröntgt wurde	▲ ≥ 95,0%	95,6	95,9	96,0		96,9		40,0
3.3	Anteil von Patientinnen mit immunohistochemischer Hormonrezeptoranalyse an allen Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom und abgeschlossener operativer Therapie	▲ ≥ 95,0%	98,6	98,9	100,0		100,0	50,0	91,7
3.4	Anteil von Patientinnen, bei denen das entfernte Gewebe nach der Operation auf die Empfindlichkeit der Krebszellen bezüglich eines speziellen Wachstumsfaktors untersucht wurde	▲ ≥ 95,0%	99,2	97,9	100,0		100,0	50,0	90,9
3.5	Anteil der Patientinnen mit brusterhaltender Operation, bei denen der Sicherheitsabstand des entfernten Tumorgewebes zum gesunden Gewebe angegeben wurde	▲ ≥ 95,0%	97,5	98,5	100,0		97,3	100,0	84,6
3.6	Anteil der Patientinnen mit Entfernung der Brustdrüse, bei denen der Sicherheitsabstand des entfernten Tumorgewebes zum gesunden Gewebe angegeben wurde	▲ ≥ 95,0%	95,6	96,5	100,0		96,3		88,9
3.7	Anteil der Patientinnen mit einer frühen Vorstufe von Brustkrebs innerhalb der Milchgänge, bei denen im Verlauf der Operation auch die Lymphknoten aus der Achselhöhle entfernt wurden	▼ ≤ 5,0%	3,9	6,0	0,0		5,9		0,0
3.8	Anteil der Patientinnen mit operativer Entfernung von Lymphknoten, bei denen mindestens 10 Lymphknoten aus der Achselhöhle entfernt wurden	▲ ≥ 95,0%	93,4	92,5	96,2		82,4	100,0	100,0
3.9	Anteil von Patientinnen mit alleiniger Entfernung des sogenannten Wächter-Lymphknotens an allen Patientinnen mit Brustkrebs im Frühstadium	▲ ≥ 78,1%	88,4	84,4	81,5		92,5	0,0	90,0
3.10	Anteil von Patientinnen mit brusterhaltender Therapie bei Brustkrebs	■ ≥ 67,9 bis ≤ 95,2%	83,0	85,8	81,1		83,3	100,0	78,6
3.11	Anteil von Patientinnen mit Brustkrebs, die an ein Krebsregister gemeldet wurden	▲ ≥ 95,0%	93,6	95,9	100,0		95,2	100,0	81,8
3.12	Durchschnittlicher Zeitraum zwischen Diagnosesicherung und Operation	■ ≥ 7–≤ 21 Tage	13,0	10,5	22,0		12,0	12,0	4,0

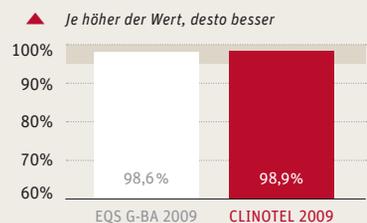
3.1
Anteil Patientinnen, bei denen vor der Operation die Diagnose Brustkrebs durch eine feingewebliche Untersuchung gesichert wurde



3.2
Anteil Patientinnen, bei denen vor der Operation eine Drahtmarkierung durchgeführt und das entfernte markierte Gewebe während der Operation geröntgt wurde



3.3
Anteil von Patientinnen mit immunohistochemischer Hormonrezeptoranalyse an allen Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom und abgeschlossener operativer Therapie



Qualitätsaussage
 ▲ Je höher der Wert, desto besser
 ▼ Je niedriger der Wert, desto besser
 ■ Wert im angegebenen Referenzbereich spricht für gute Qualität

EQS G-BA Referenzbereich
 Die dunkle Fläche kennzeichnet den Referenzbereich für gute Qualität

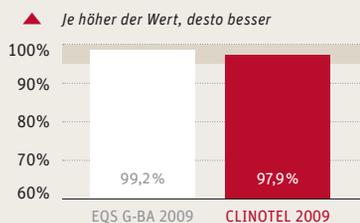
Kennzahlen
 Graue Zahl:
 Wert liegt außerhalb des EQS G-BA Referenzbereichs

Einheiten
 Einheit der dargestellten Werte entspricht der Einheit des EQS G-BA Referenzbereichs

Cottbus	Emden	Emsdetten	Emstek	Essen	Greven	Güterloh	Ingolstadt	Kempen	Koblenz	Landshut	Lörrach	Lünen	Moers	Neuruppin	Oberhausen	Pirmasens	Speyer	Steinfurt	Strausberg	Vechta	Vilsbiburg	Werne	Würzburg
87,0	100,0			50,0	94,6	86,6	88,5	100,0	100,0	92,5		85,6	84,0	91,0	93,0	95,1	97,7		100,0	99,3	50,0		
90,9					94,1	100,0	100,0			88,9		98,8	85,7	93,0	100,0	100,0	88,2		100,0	92,9			
100,0	100,0			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	96,0	95,5	100,0	100,0	97,7		100,0	100,0	100,0		
95,5	100,0			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	98,8		100,0	100,0	94,7	100,0	89,9	97,6		100,0	100,0	100,0		
100,0	100,0			100,0	98,6	98,7	100,0	100,0	100,0	98,6		100,0	100,0	98,6	92,3	100,0	96,8		90,9	100,0	100,0		
100,0	100,0			50,0	100,0	97,1	100,0	100,0		80,0		92,3	100,0	90,6	88,9	100,0	94,4		100,0	100,0			
					0,0	0,0	0,0			0,0		25,0	0,0	0,0	0,0		0,0		100,0	7,7			
100,0	100,0			50,0	100,0	100,0	97,5	66,7	100,0	81,3		100,0	100,0	97,1	90,0	96,0	73,1		60,0	92,9	100,0		
100,0	40,0			100,0	97,4	88,9				93,5		71,4	60,0	84,3	100,0	76,1	84,4		0,0	78,1			
57,1	66,6			81,0	88,9	86,4	100,0			88,0		85,0	91,7	93,2	86,7	81,0	81,7		83,3	77,3	100,0		
100,0	86,4			100,0	100,0	99,1	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	0,0	98,9	89,5	96,9	99,2		100,0	90,3	100,0		
11,0	10,0			24,5	5,0	13,0	13,5	8,0	9,0	9,0		11,0	9,0	12,0	8,0	7,0	11,0		25,0	9,0	2,0		

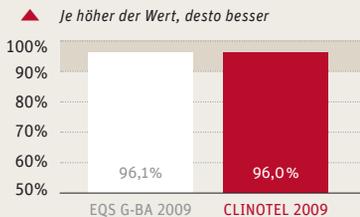
3.4

Anteil von Patientinnen, bei denen das entfernte Gewebe nach der Operation auf die Empfindlichkeit der Krebszellen bezüglich eines speziellen Wachstumsfaktors untersucht wurde

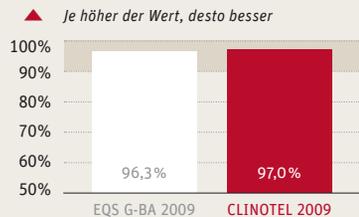


4	Anlegen eines Herzschrittmachers (Herzschrittmacher-Implantation)	EQS G-BA Referenzbereich	Ergebnis EQS G-BA 2009	Ergebnis CLINOTEL 2009	Altötting	Bochum	Brandenburg	Burghausen	Cloppenburg
4.1	Anteil der Patienten mit Entscheidung zur Herzschrittmacher-Behandlung in Übereinstimmung mit einer bestimmten medizinischen Leitlinie	▲ ≥ 90,0%	96,1	96,0	100,0	100,0	93,8	100,0	100,0
4.2	Anteil der Patienten mit Auswahl des Herzschrittmachersystems in Übereinstimmung mit einer bestimmten medizinischen Leitlinie	▲ ≥ 90,0%	96,3	97,0	97,9	95,7	97,9	100,0	100,0
4.3	Anteil der Patienten mit einer Eingriffsdauer bis 60 Minuten: Einkammer-Herzschrittmacher	▲ ≥ 60,0%	86,9	83,2	93,3	57,1	96,9	66,7	42,9
4.4	Anteil der Patienten mit einer Eingriffsdauer bis 90 Minuten: Zweikammer-Herzschrittmacher	▲ ≥ 55,0%	90,9	91,4	96,8	75,0	93,6	87,5	87,1
4.5	Anteil der Patienten mit einer Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten: Einkammer-Herzschrittmacher	▲ ≥ 75,0%	93,6	93,4	93,3	100,0	90,6	33,3	71,4
4.6	Anteil der Patienten mit einer Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten: Zweikammer-Herzschrittmacher	▲ ≥ 80,0%	97,5	97,9	96,8	100,0	98,2	100,0	93,5
4.7	Anteil der Patienten mit chirurgischen Komplikationen	▼ ≤ 2,0%	1,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2
4.8	Anteil der Patienten, bei denen die Schrittmachersonde nach der Operation nicht mehr an der richtigen Stelle im Herzvorhof lag	▼ ≤ 3,0%	1,3	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4.9	Anteil der Patienten, bei denen die Schrittmachersonde nach der Operation nicht mehr an der richtigen Stelle in der Herzkammer lag	▼ ≤ 3,0%	1,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4.10	Anteil der Patienten, bei denen die Schrittmachersonde im Herzvorhof bei Überprüfung einen geforderten Messwert erreicht hat	▲ ≥ 80,0%	92,0	94,4	93,9	87,5	86,7	87,5	100,0
4.11	Anteil der Patienten, bei denen die Schrittmachersonde in der Herzkammer bei Überprüfung einen geforderten Messwert erreicht hat	▲ ≥ 90,0%	98,7	98,3	100,0	100,0	99,3	90,9	100,0
4.12	Anzahl der verstorbenen Patienten (Wert in Klammern ist der prozentuale Anteil an allen Patienten)	▼ SE Fälle (%)	867 (1,2)	23 (1,30)	0	1	2	0	0

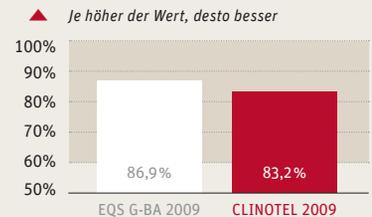
4.1
Anteil der Patienten mit Entscheidung zur Herzschrittmacher-Behandlung in Übereinstimmung mit einer bestimmten medizinischen Leitlinie



4.2
Anteil der Patienten mit Auswahl des Herzschrittmachersystems in Übereinstimmung mit einer bestimmten medizinischen Leitlinie



4.3
Anteil der Patienten mit einer Eingriffsdauer bis 60 Minuten: Einkammer-Herzschrittmacher



Qualitätsaussage
 ▲ Je höher der Wert, desto besser
 ▼ Je niedriger der Wert, desto besser
 ■ Wert im angegebenen Referenzbereich spricht für gute Qualität

EQS G-BA Referenzbereich
 Die dunkle Fläche kennzeichnet den Referenzbereich für gute Qualität

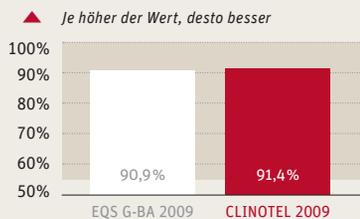
Kennzahlen
 Graue Zahl:
 Wert liegt außerhalb des EQS G-BA Referenzbereichs

Einheiten
 Einheit der dargestellten Werte entspricht der Einheit des EQS G-BA Referenzbereichs

Cottbus	Emden	Emsdetten	Emstek	Essen	Greven	Gütersloh	Ingolstadt	Kempen	Koblenz	Landshut	Lörrach	Lünen	Moers	Neuruppin	Oberhausen	Pirmasens	Speyer	Steinfurt	Strausberg	Vechta	Vilsbiburg	Werne	Würzburg
95,9	100,0	98,4		100,0	93,3	97,6	97,3	100,0	100,0	100,0	89,7	98,9	96,4	98,4	100,0	93,1	96,2	96,8	98,6	87,5	100,0	85,3	94,5
93,5	88,5	98,4		96,6	100,0	100,0	94,5	94,7	94,3	100,0	94,9	97,6	94,5	96,8	100,0	100,0	97,2	100,0	98,6	98,8	100,0	97,1	96,3
98,6	88,9	69,2		80,0	87,5	60,0	83,9	80,0	94,7	95,5	94,4	66,7	77,8	72,5	25,0	86,7	100,0	100,0	66,7	70,4	87,5	94,4	74,1
100,0	92,3	82,9		87,5	100,0	65,2	76,9	92,3	96,4	93,7	100,0	81,3	100,0	91,3	80,0	96,9	96,6	75,0	74,0	84,9	100,0	81,8	87,7
97,3	100,0	92,3		100,0	100,0	100,0	83,9	100,0	100,0	100,0	98,1	95,2	92,6	82,5	100,0		100,0	100,0	100,0	81,5	66,7	100,0	92,6
100,0	100,0	90,2		100,0	100,0	100,0	96,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	95,7	90,0	100,0	100,0	91,7	100,0	96,2	100,0	90,9	95,1
0,0	7,7	3,3		0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	1,3	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1	1,7	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6
0,0	0,0	12,2		8,3	4,8	3,0	0,0	0,0	3,6	4,8	1,2	1,5	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	2,0	1,9	0,0	0,0	1,2
0,0	0,0	0,0		0,0	3,4	2,3	0,0	0,0	1,3	1,2	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	1,3	11,1	0,0	0,9
94,8	100,0	92,1		100,0	100,0	95,3	87,2	100,0	98,1	100,0	97,6	100,0	89,3	82,6	100,0	93,8	90,5	100,0	98,0	98,0	100,0	95,5	92,6
95,3	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	99,1	100,0	98,6	100,0	95,6	100,0	100,0	100,0	85,7	98,3	95,3	100,0	100,0	100,0	100,0	95,0	96,4
0	1	1		0	1	1	0	1	0	2	1	5	0	0	0	0	3	1	0	1	0	0	1

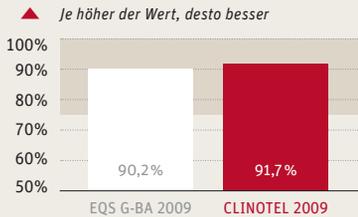
4.4

Anteil der Patienten mit einer Eingriffsdauer bis 90 Minuten:
 Zweikammer-Herzschrittmacher

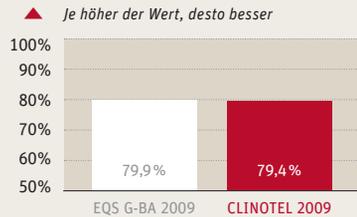


5	Wechseloperation eines Herzschrittmachers (Herzschrittmacher-Aggregatwechsel)	EQS G-BA Referenzbereich	Ergebnis EQS G-BA 2009	Ergebnis CLINOTEL 2009	Altötting	Bochum	Brandenburg	Burghausen	Cloppenburg
5.1	Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats AAI oder VVI: unter 4 Jahre (Wert in Klammern ist der prozentuale Anteil an allen Patienten)	▽ SE Fälle (%)	48 (1,11)	1 (0,83)	0	0	0	0	0
5.2	Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats VDD oder DDD: unter 4 Jahre (Wert in Klammern ist der prozentuale Anteil an allen Patienten)	▽ SE Fälle (%)	151 (1,38)	1 (0,35)	0	0	0	0	0
5.3	Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats AAI oder VVI: über 6 Jahre	▲ ≥ 75,0%	90,2	91,7	100,0	100,0	100,0		100,0
5.4	Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats VDD oder DDD: über 6 Jahre	▲ ≥ 50,0%	79,9	79,4	64,3	100,0	100,0	75,0	85,7
5.5	Anteil der Patienten, bei denen die Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats dokumentiert wurde	▲ ≥ 90,0%	93,6	92,1	100,0	100,0	29,0	100,0	100,0
5.6	Anteil der Patienten mit einer Eingriffsdauer bis 60 Minuten	▲ ≥ 80,0%	97,4	98,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
5.7	Anteil der Patienten mit chirurgischen Komplikationen	▽ ≤ 1,0%	0,3	0,2	0,0	16,7	0,0	0,0	0,0
5.8	Anteil der Patienten, bei denen eine Überprüfung der Schrittmachersonde im Herzvorhof erfolgte: Bestimmung der sogenannten Reizschwelle	▲ ≥ 64,0%	90,3	87,8	90,0	100,0	100,0	100,0	100,0
5.9	Anteil der Patienten, bei denen eine Überprüfung der Schrittmachersonde in der Herzkammer erfolgte: Bestimmung der sogenannten Reizschwelle	▲ ≥ 76,2%	94,3	93,4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
5.10	Anteil der Patienten, bei denen eine Überprüfung der Schrittmachersonde im Herzvorhof erfolgte: Bestimmung der sogenannten Amplitude	▲ ≥ 72,9%	90,4	89,0	90,9	75,0	93,3	100,0	100,0
5.11	Anteil der Patienten, bei denen eine Überprüfung der Schrittmachersonde in der Herzkammer erfolgte: Bestimmung der sogenannten Amplitude	▲ ≥ 80,0%	94,3	92,0	100,0	80,0	100,0	100,0	100,0

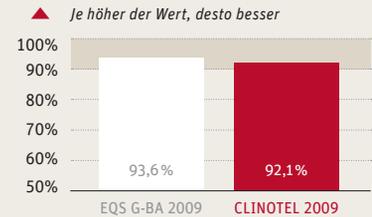
5.3
Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats AAI oder VVI: über 6 Jahre



5.4
Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats VDD oder DDD: über 6 Jahre



5.5
Anteil der Patienten, bei denen die Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats dokumentiert wurde



Qualitätsaussage
 ▲ Je höher der Wert, desto besser
 ▼ Je niedriger der Wert, desto besser
 ■ Wert im angegebenen Referenzbereich spricht für gute Qualität

EQS G-BA Referenzbereich
 100%
 90%
 80%
 70%
 60%
 Die dunkle Fläche kennzeichnet den Referenzbereich für gute Qualität

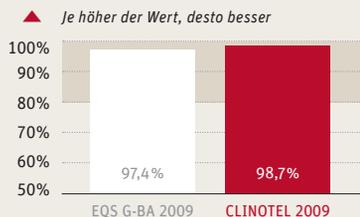
Kennzahlen
 Graue Zahl:
 Wert liegt außerhalb des EQS G-BA Referenzbereichs

Einheiten
 Einheit der dargestellten Werte entspricht der Einheit des EQS G-BA Referenzbereichs

Cottbus	Emden	Emsdetten	Emstek	Essen	Greven	Gütersloh	Ingolstadt	Kempen	Koblenz	Landshut	Lörrach	Lünen	Moers	Neuruppin	Oberhausen	Pirmasens	Speyer	Steinfurt	Strausberg	Vechta	Vilsbiburg	Werne	Würzburg		
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
40,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0	96,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
100,0	90,9	100,0	100,0	66,7	72,4	100,0	50,0	72,7	100,0	100,0	100,0	94,4	100,0	48,8	100,0	93,8	100,0	75,0	58,3	83,3	75,0	50,0	80,0	80,0	
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	97,3	100,0	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	98,3	100,0	100,0	77,8	100,0	100,0	87,5	100,0	100,0	69,6	69,6	
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	97,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	90,5	100,0	98,3	100,0	100,0	100,0	100,0	97,3	100,0	100,0	100,0	100,0	95,7	95,7
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	75,0	100,0	100,0	96,3	85,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	75,0	100,0	84,6	97,3	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	47,1	47,1
36,4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	90,0	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7	100,0	100,0	100,0	50,0	100,0	22,2	100,0	97,3	100,0	100,0	100,0	100,0	63,6	63,6
0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	96,6	71,4	100,0	100,0	100,0	100,0	77,8	100,0	100,0	97,6	100,0	100,0	12,5	100,0	100,0	80,0	100,0	100,0	100,0	52,6	52,6
40,0	88,9	100,0	100,0	100,0	96,6	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0	70,0	100,0	94,1	100,0	100,0	100,0	12,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	64,7	64,7

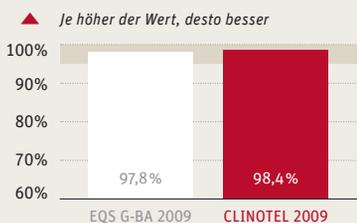
5.6

Anteil der Patienten mit einer Eingriffsdauer bis 60 Minuten



6	Erneuerung oder Entfernung eines Herzschrittmachers (Revision/Systemwechsel/Explantation)	EQS G-BA Referenzbereich	Ergebnis EQS G-BA 2009	Ergebnis CLINOTEL 2009	Altötting	Bochum	Brandenburg	Burghausen	Cloppenburg
6.1	Anteil der Patienten mit einer erneuten Operation wegen eines Blutergusses im Bereich des Schrittmachers	▽ ≤ 3,0%	0,9	0,8	7,3		1,7	0,0	0,0
6.2	Anteil der Patienten mit einer erneuten Operation wegen eines Problems der Schrittmachersonde	▽ ≤ 6,0%	6,5	5,5	14,5		7,3	13,3	1,5
6.3	Anteil der Patienten mit einer erneuten Operation wegen einer Entzündung im Bereich des Operationsgebiets, der Schrittmachersonden, der Gefäße oder des Herzens	▽ ≤ 1,0%	0,5	0,2	4,4		0,6	0,0	0,0
6.4	Anteil der Patienten mit einer erneuten Operation wegen chirurgischer Komplikationen	▽ ≤ 2,0%	0,8	0,4	0,0		0,0	0,0	0,0
6.5	Anteil der Patienten mit einer erneuten Operation, weil die Schrittmachersonde nicht mehr an der richtigen Stelle im Herzvorhof lag	▽ ≤ 3,0%	1,5	1,6	0,0		0,0		0,0
6.6	Anteil der Patienten mit einer erneuten Operation, weil die Schrittmachersonde nicht mehr an der richtigen Stelle in der Herzkammer lag	▽ ≤ 3,0%	1,0	3,0	0,0		0,0	0,0	0,0
6.7	Anteil der Patienten mit einer erneuten Operation, bei denen eine Überprüfung der Schrittmachersonde im Herzvorhof erfolgte: Bestimmung der sogenannten Reizschwelle	▲ ≥ 95,0%	97,8	98,4	100,0		88,9		100,0
6.8	Anteil der Patienten mit einer erneuten Operation, bei denen eine Überprüfung der Schrittmachersonde in der Herzkammer erfolgte: Bestimmung der sogenannten Reizschwelle	▲ ≥ 95,0%	99,1	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0
6.9	Anteil der Patienten mit einer erneuten Operation, bei denen eine Überprüfung der Schrittmachersonde im Herzvorhof erfolgte: Bestimmung der sogenannten Amplitude	▲ ≥ 95,0%	97,6	98,4	100,0		88,9		100,0
6.10	Anteil der Patienten mit einer erneuten Operation, bei denen eine Überprüfung der Schrittmachersonde in der Herzkammer erfolgte: Bestimmung der sogenannten Amplitude	▲ ≥ 95,0%	98,6	100,0	100,0		100,0	100,0	0,0
6.11	Anteil der Patienten mit einer erneuten Operation, bei denen eine Überprüfung der Schrittmachersonde im Herzvorhof erfolgte: Bestimmung der sogenannten Signal-Amplitude	▲ ≥ 80,0%	91,3	96,8	100,0		100,0		100,0
6.12	Anteil der Patienten mit einer erneuten Operation, bei denen eine Überprüfung der Schrittmachersonde in der Herzkammer erfolgte: Bestimmung der sogenannten Signal-Amplitude	▲ ≥ 90,0%	98,8	97,9	80,0		100,0	100,0	

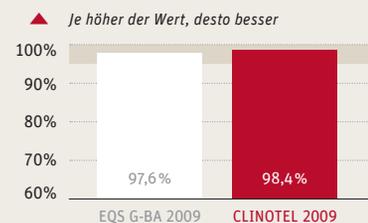
6.7
Anteil der Patienten mit einer erneuten Operation, bei denen eine Überprüfung der Schrittmachersonde im Herzvorhof erfolgte: Bestimmung der sogenannten Reizschwelle



6.8
Anteil der Patienten mit einer erneuten Operation, bei denen eine Überprüfung der Schrittmachersonde in der Herzkammer erfolgte: Bestimmung der sogenannten Reizschwelle



6.9
Anteil der Patienten mit einer erneuten Operation, bei denen eine Überprüfung der Schrittmachersonde im Herzvorhof erfolgte: Bestimmung der sogenannten Amplitude



Qualitätsaussage
 ▲ Je höher der Wert, desto besser
 ▼ Je niedriger der Wert, desto besser
 ■ Wert im angegebenen Referenzbereich spricht für gute Qualität

EQS G-BA Referenzbereich
 Die dunkle Fläche kennzeichnet den Referenzbereich für gute Qualität

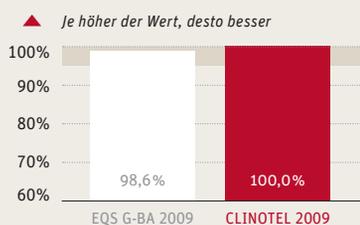
Kennzahlen
 Graue Zahl:
 Wert liegt außerhalb des EQS G-BA Referenzbereichs

Einheiten
 Einheit der dargestellten Werte entspricht der Einheit des EQS G-BA Referenzbereichs

Cottbus	Emden	Emsdetten	Emstek	Essen	Greven	Gütersloh	Ingolstadt	Kempen	Koblenz	Landshut	Lörrach	Lünen	Moers	Neuruppin	Oberhausen	Pirmasens	Speyer	Steinfurt	Strausberg	Vechta	Vilsbiburg	Werne	Würzburg	
0,0		1,4		0,0	0,0	3,3	0,0		2,2	0,0	0,7	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
6,2		9,6		6,1	8,8	4,9	6,6		5,4	3,6	7,4	4,6	1,4	9,8	6,3	0,0	3,2	9,5	3,6	4,5	6,7	2,3		10,5
0,0		1,4		0,0	0,0	0,8	0,0		0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
0,0		0,0		0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	5,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0		14,3		0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0		0,0			0,0	0,0	0,0	0,0				0,0
16,7				0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
100,0		100,0		100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	100,0		100,0			100,0	100,0	100,0	100,0				100,0
100,0				100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
100,0		100,0		100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	100,0		100,0			100,0	100,0	100,0	100,0				100,0
100,0				100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
100,0		100,0		100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	100,0		50,0			100,0	100,0	100,0	100,0				75,0
100,0				100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

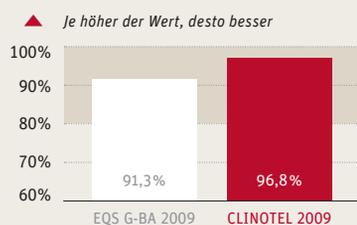
6.10

Anteil der Patienten mit einer erneuten Operation, bei denen eine Überprüfung der Schrittmachersonde in der Herzkammer erfolgte: Bestimmung der sogenannten Amplitude



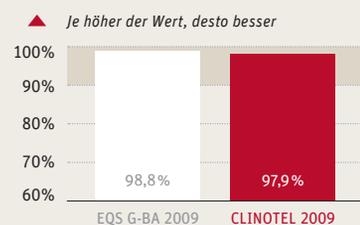
6.11

Anteil der Patienten mit einer erneuten Operation, bei denen eine Überprüfung der Schrittmachersonde im Herzvorhof erfolgte: Bestimmung der sogenannten Signal-Amplitude



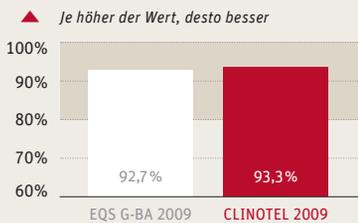
6.12

Anteil der Patienten mit einer erneuten Operation, bei denen eine Überprüfung der Schrittmachersonde in der Herzkammer erfolgte: Bestimmung der sogenannten Signal-Amplitude

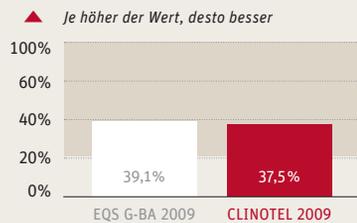


7	Herzkatheter-Untersuchung (Koronarangiographie)	EQS G-BA Referenzbereich	Ergebnis EQS G-BA 2009	Ergebnis CLINOTEL 2009	Altötting	Bochum	Brandenburg	Burghausen	Cloppenburg
7.1	Anteil der Patienten mit Entscheidung für die Herzkatheter-Untersuchung, bei denen Zeichen einer Durchblutungsstörung der Herzmuskulatur vorliegen	▲ ≥ 80,0%	92,7	93,3	93,8	100,0	86,7		
7.2	Anteil der Patienten, bei denen infolge der Herzkatheter-Untersuchung eine Empfehlung für weitere therapeutische Maßnahmen (zum Beispiel Herzkatheter-Behandlung oder Operation) ausgesprochen wurde	▲ ≥ 21,0%	39,1	37,5	56,6		33,0		
7.3	Anteil der Patienten mit mindestens einer schweren Komplikation bzw. verstorbenen Patienten	▼ ≤ 3,1%	1,0	0,7	1,0	0,0	0,4	0,0	0,0
7.4	Anteil der verstorbenen Patienten	▼ ≤ 3,0%	1,0	0,7	0,7	0,0	0,4	0,0	0,0
7.5	Durchschnittliche Dauer der Durchleuchtung (und somit der Strahlenbelastung für den Patienten)	▼ ≤ 5 min	2,9	2,6	4,1	2,8	3,8	2,5	1,7
7.6	Durchschnittliche Menge des Kontrastmittels bei der Herzkatheter-Untersuchung	▼ ≤ 150 ml	90	90	100	75	95	120	60

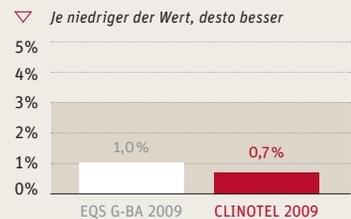
7.1
Anteil der Patienten mit Entscheidung für die Herzkatheter-Untersuchung, bei denen Zeichen einer Durchblutungsstörung der Herzmuskulatur vorliegen



7.2
Anteil der Patienten, bei denen infolge der Herzkatheter-Untersuchung eine Empfehlung für weitere therapeutische Maßnahmen (z.B. Herzkatheter-Behandlung oder Operation) ausgesprochen wurde



7.3
Anteil der Patienten mit mindestens einer schweren Komplikation bzw. verstorbenen Patienten



Qualitätsaussage
 ▲ Je höher der Wert, desto besser
 ▼ Je niedriger der Wert, desto besser
 ■ Wert im angegebenen Referenzbereich spricht für gute Qualität

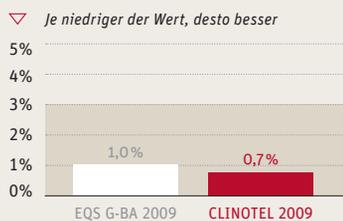
EQS G-BA Referenzbereich
 100%
 90%
 80%
 70%
 60%
 Die dunkle Fläche kennzeichnet den Referenzbereich für gute Qualität

Kennzahlen
 Graue Zahl:
 Wert liegt außerhalb des EQS G-BA Referenzbereichs

Einheiten
 Einheit der dargestellten Werte entspricht der Einheit des EQS G-BA Referenzbereichs

Cottbus	Emden	Emsdetten	Emstek	Essen	Greven	Gütersloh	Ingolstadt	Kempen	Koblenz	Landshut	Lörrach	Lünen	Moers	Neuruppin	Oberhausen	Pirmasens	Speyer	Steinfurt	Strausberg	Vechta	Vilsbiburg	Werne	Würzburg
90,9	100,0			97,5		84,4	90,4	85,7	95,3	100,0	95,7	95,4	93,2	93,1	100,0	96,0	94,4			98,4	70,6		96,4
28,9	0,0			27,1		26,1	35,0	33,3	38,5	54,9	33,5	32,7	30,9	53,8		35,9	39,2			31,8	0,0		48,8
0,6	3,0			0,0		0,1	1,5	0,0	0,4	1,0	0,2	1,4	0,3	1,8	8,7	0,0	0,7			0,5	0,0		0,5
0,6	3,0			0,0		0,0	1,5	0,0	0,2	0,8	0,2	1,4	0,3	1,6	8,7	0,0	0,7			0,3	0,0		0,5
3,0	2,6			2,0		2,7	1,7	2,4	3,0	2,1	3,4	2,6	1,7	4,3	4,0	2,0	3,5			1,8	2,8		2,3
90	90			38		120	75	100	70	134	70	90	78	100	110	80	70			70	144		80

7.4 Anteil der verstorbenen Patienten



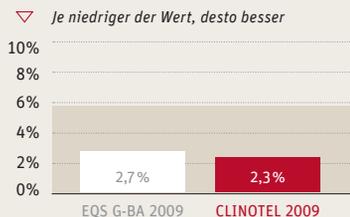
8	Herzkatheter-Behandlung (Perkutane Koronarintervention [PCI])	EQS G-BA Referenz- bereich	Ergebnis EQS G-BA 2009	Ergebnis CLINOTEL 2009	Altötting	Bochum	Brandenburg	Burghausen	Cloppenburg
8.1	Anteil der Patienten mit Entscheidung für die Herzkatheter-Behandlung, bei denen Zeichen einer Durchblutungsstörung der Herzmuskulatur nicht vorlagen	▽ ≤ 10,0%	3,9	4,0	5,7		11,3		
8.2	Anteil der Patienten, bei denen die Durchblutungsstörung der Herzgefäße erfolgreich behandelt werden konnte: im akuten Krankheitsfall	▲ ≥ 85,0%	93,8	90,9	100,0	100,0	88,7		
8.3	Anteil der Patienten, bei denen die Durchblutungsstörung der Herzgefäße erfolgreich behandelt werden konnte: alle Patienten	▲ ≥ 85,0%	93,9	92,1	96,5	100,0	89,3		
8.4	Anteil der Patienten mit mindestens einer schweren Komplikation bzw. verstorbene Patienten: alle Patienten	▽ ≤ 5,8%	2,7	2,3	2,3	0,0	2,9		
8.5	Anteil der Patienten mit mindestens einer schweren Komplikation bzw. verstorbene Patienten: Patienten ohne bestimmte Risikofaktoren	▽ ≤ 1,9%	0,4	0,7	0,7		0,3		
8.6	Anteil der Patienten mit mindestens einer schweren Komplikation bzw. verstorbene Patienten: Patienten mit akuter Erkrankung	▽ ≤ 14,6%	7,5	6,1	3,0	0,0	7,6		
8.7	Herzkatheter-Behandlung: Verhältnis der Anzahl verstorbener Patienten zur statistisch zu erwartenden Anzahl verstorbener Patienten	▽ ≤ 2,2 O/E*	**	**	1,1		1,5	0,0	
8.8	Herzkatheter-Behandlung: Anteil der verstorbenen Patienten unter Berücksichtigung des individuellen Zustands des Patienten	▽ ≤ 5,1%	2,5	2,4	2,7		3,6	0,0	
8.9	Durchschnittliche Dauer der Durchleuchtung (und somit der Strahlenbelastung für den Patienten)	▽ ≤ 12 min	8,7	8,1	14,0	6,9	9,8		
8.10	Durchschnittliche Menge des Kontrastmittels bei der Herzkatheter-Behandlung (ohne gleichzeitige Herzkatheter-Untersuchung)	▽ ≤ 200 ml	130	120			120		
8.11	Durchschnittliche Menge des Kontrastmittels bei der Herzkatheter-Behandlung (mit gleichzeitiger Herzkatheter-Untersuchung)	▽ ≤ 250 ml	170	170	245	120	160		

* Das Verhältnis von beobachteten und statistisch erwarteten Todesfällen (O/E)

** O/E kann nur bezogen auf das einzelne Krankenhaus angegeben werden

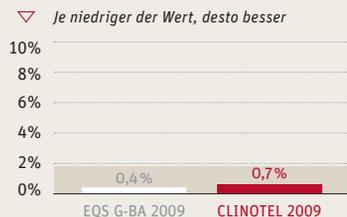
8.4

Anteil der Patienten mit mindestens einer schweren Komplikation bzw. verstorbene Patienten: alle Patienten



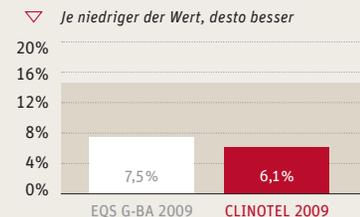
8.5

Anteil der Patienten mit mindestens einer schweren Komplikation bzw. verstorbene Patienten: Patienten ohne bestimmte Risikofaktoren



8.6

Anteil der Patienten mit mindestens einer schweren Komplikation bzw. verstorbene Patienten: Patienten mit akuter Erkrankung



Qualitätsaussage
 ▲ Je höher der Wert, desto besser
 ▼ Je niedriger der Wert, desto besser
 ■ Wert im angegebenen Referenzbereich spricht für gute Qualität

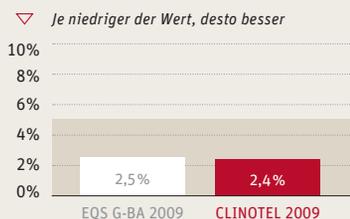
EQS G-BA Referenzbereich
 100%
 90%
 80%
 70%
 60%
 Die dunkle Fläche kennzeichnet den Referenzbereich für gute Qualität

Kennzahlen
 Graue Zahl:
 Wert liegt außerhalb des EQS G-BA Referenzbereichs

Einheiten
 Einheit der dargestellten Werte entspricht der Einheit des EQS G-BA Referenzbereichs

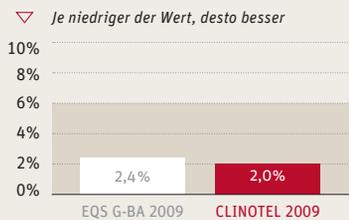
Cottbus	Emden	Emsdetten	Emstek	Essen	Greven	Gütersloh	Ingolstadt	Kempen	Koblenz	Landshut	Lörrach	Lünen	Moers	Neuruppin	Oberhausen	Pirmasens	Speyer	Steinfurt	Strausberg	Vechta	Vilsbiburg	Werne	Würzburg
4,0						9,4	5,6	0,0	4,1	0,0	4,6	1,5	3,4	3,1	0,0	2,3	4,1			1,1	0,0		3,5
89,4	90,9					95,9	93,3		97,0	97,4	91,1	86,6	85,4	80,0	100,0	95,5	93,2			89,2	100,0		95,0
87,6	88,2					92,3	95,6	83,3	96,9	95,9	91,0	86,6	91,4	86,8	100,0	94,1	92,9			92,1	100,0		93,2
3,0	2,9					0,0	3,9	0,0	2,7	1,4	3,6	3,0	2,6	2,6	0,0	0,2	1,5			2,2	0,0		2,0
2,1						0,0	0,6	0,0	0,9	0,3	2,9	1,3	0,0	0,6		0,0	0,0			0,7	0,0		0,0
3,8	8,3					0,0	7,6		5,7	7,0	6,3	6,2	10,9	12,5	0,0	0,0	5,2			7,1	0,0		4,0
1,8	1,5					0,0	1,6	0,0	0,6	0,7	1,8	1,0	0,9	0,9	0,0	0,2	0,5			1,6	0,0		0,7
4,3	3,5					0,0	3,8	0,0	1,5	1,6	4,3	2,4	2,1	2,1	0,0	0,4	1,1			3,8	0,0		1,6
6,3	4,3					8,2	8,1	2,3	8,5	8,4	8,5	9,0	7,6	10,2	8,8	8,1	7,4			6,6	12,5		8,0
180	120					170	220	100	150		83	100	100	150			80			155			
200	170					200	220	90	180	308	150	155	140	200	225	110	80			170	370		170

8.8 Herzkatheterbehandlung: Anteil verstor- bener Patienten unter Berücksichtigung des individuellen Zustands des Patienten

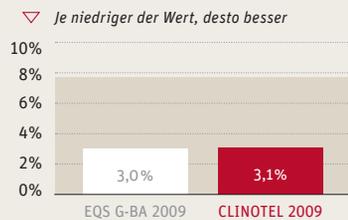


9	Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie)	EQS G-BA Referenzbereich	Ergebnis EQS G-BA 2009	Ergebnis CLINOTEL 2009	Altötting	Bochum	Brandenburg	Burghausen	Cloppenburg
9.1	Anteil von Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch, ohne Cholestase, ohne sicheren Gallensteinachweis und ohne akute Entzündungszeichen an allen Patienten	▽ ≤ 5,0 %	1,4	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
9.2	Anteil von Patienten mit präoperativer Diagnostik der Gallenwege an allen Patienten mit extrahepatischer Cholestase	▲ ≥ 95,0 %	97,6	97,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
9.3	Anteil von Patienten mit postoperativ erhobenem histologischem Befund der Gallenblase an allen Patienten	▲ ≥ 95,0 %	99,3	99,3	100,0	100,0	100,0	100,0	97,6
9.4	Anteil von Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC an allen Patienten (Wert in Klammern ist der prozentuale Anteil an allen Patienten)	▽ SE Fälle (%)	235 (0,14)	7 (0,14)	0	0	0	1	0
9.5	Anteil von Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen intra-/postoperativen Komplikation an allen Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation	▽ ≤ 6,0 %	2,4	2,0	1,0	3,7	2,6	6,3	1,2
9.6	Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten	▽ ≤ 7,7 %	3,0	3,1	4,2	8,8	0,5	2,6	4,2
9.7	Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation	▽ ≤ 6,0 %	2,1	2,1	3,5	3,7	0,5	0,0	3,6
9.8	Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten mit offen-chirurgischer Operation	▽ ≤ 33,3 %	14,0	15,8	13,3	35,3	0,0	14,3	50,0
9.9	Anteil von Patienten mit Reintervention wegen Komplikationen an Patienten mit laparoskopisch durchgeführter Operation der Risikoklassen ASA 1 bis 3 ohne akute Entzündungszeichen	▽ ≤ 1,5 %	1,0	0,9	0,0	6,1	0,7	0,0	1,1
9.10	Anteil von verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklassen ASA 1 bis 3 (Wert in Klammern ist der prozentuale Anteil an allen Patienten)	▽ SE Fälle (%)	785 (0,46)	29 (0,58)	0	2	0	0	0

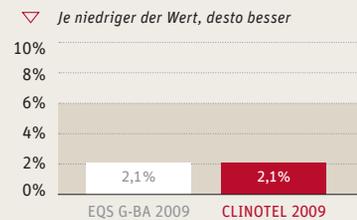
9.5
Anteil von Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen intra-/postoperativen Komplikation an allen Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation



9.6
Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten



9.7
Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation



- Qualitätsaussage**
- ▲ Je höher der Wert, desto besser
 - ▽ Je niedriger der Wert, desto besser
 - Wert im angegebenen Referenzbereich spricht für gute Qualität



Kennzahlen

Grave Zahl:
Wert liegt außerhalb des EQS G-BA Referenzbereichs

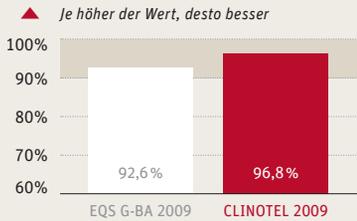
Einheiten

Einheit der dargestellten Werte entspricht der Einheit des EQS G-BA Referenzbereichs

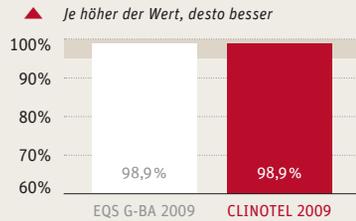
Cottbus	Emden	Emsdetten	Emstek	Essen	Greven	Gütersloh	Ingolstadt	Kempen	Koblenz	Landshut	Lörrach	Lünen	Moers	Neuruppin	Oberhausen	Pirmasens	Speyer	Steinfurt	Strausberg	Vechta	Vilsbiburg	Werne	Würzburg
2,1	0,5	4,3		1,1	0,0	0,8	0,8	1,8	3,5	1,2	0,8	1,2	0,0	1,2	8,8	2,1	1,1	0,0	2,3	2,4	0,0	4,8	2,0
92,3	95,7	95,2		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	97,8	100,0	100,0	87,5	100,0	100,0	84,6	100,0	100,0	81,3	100,0	100,0	94,1
99,2	100,0	100,0		100,0	100,0	99,2	99,6	99,1	100,0	100,0	99,5	100,0	100,0	100,0	96,6	100,0	100,0	100,0	96,4	97,0	97,8	100,0	98,0
1	0	0		0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0,6	3,2	1,1		1,1	6,7	2,7	0,8	4,9	1,7	0,6	0,9	2,1	2,5	5,4	1,4	1,7	1,1	2,0	0,7	3,0	0,0	1,4	3,8
2,9	11,3	6,0		0,0	5,6	5,6	0,4	5,5	4,3	0,0	1,1	0,4	3,4	3,5	2,7	7,9	2,2	2,0	2,0	2,4	2,3	2,0	3,0
1,2	6,7	2,1		0,0	5,6	2,7	0,4	3,9	2,1	0,0	0,9	0,4	3,0	2,0	2,8	6,3	1,9	2,0	1,4	0,7	1,2	2,1	1,6
6,3	47,6	22,7		0,0	5,9	28,6	0,0	25,0	27,3	0,0	5,3	0,0	11,1	12,5	0,0	25,0	14,3	0,0	15,4	23,1	20,0	0,0	25,0
0,0	1,1	0,0		0,8	5,8	2,5	0,0	0,0	2,0	0,0	0,9	0,0	0,8	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	1,8	1,9	1,6	0,0
4	2	0		0	2	0	0	1	1	0	1	5	0	1	0	0	1	1	0	2	1	1	2

10	Geburtshilfe	EQS G-BA Referenzbereich	Ergebnis EQS G-BA 2009	Ergebnis CLINOTEL 2009	Altötting	Bochum	Brandenburg	Burghausen	Cloppenburg
10.1	Anteil der Notfallkaiserschnitte mit Zeitspanne zwischen dem Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und der Entbindung des Kindes von höchstens 20 Minuten (Wert in Klammern ist der prozentuale Anteil an allen Patienten)	▽ SE Fälle (%)	125 (1,72)	3 (2,13)	0		0		0
10.2	Anteil der Frühgeburten mit Anwesenheit eines Kinderarztes	▲ ≥ 90,0%	92,6	96,8	100,0		91,1		
10.3	Anteil der Neugeborenen, bei denen der Blutsäurewert bestimmt wurde	▲ ≥ 95,0%	98,9	98,9	99,1		99,3		95,6
10.4	Anteil der Neugeborenen, bei denen ein erhöhter Blutsäurewert festgestellt wurde	▽ ≤ 0,3%	0,2	0,1	0,2		0,0		0,2
10.5	Anzahl Neugeborene, die sich in einem kritischen Gesundheitszustand befinden (Wert in Klammern ist der prozentuale Anteil an allen Patienten)	▽ SE Fälle (%)	140 (0,02)	4 (0,03)	1		0		0
10.6	Dammrissrate (Grad III/IV) an allen normalen Geburten – Gesamtwert	▽ ≤ 3,0%	1,4	1,6	0,9		1,3		0,8
10.7	Anteil der Frühgeburten, bei denen eine medikamentöse Lungenreifebehandlung durchgeführt wurde an Geburten zwischen der 24. und 34. Woche, die mindestens 2 Tage vor der Geburt aufgenommen wurden	▲ ≥ 95,0%	92,6	86,5	100,0		76,5		
10.8	Anzahl der mütterlichen Todesfälle (Wert in Klammern ist der prozentuale Anteil an allen Patienten)	▽ SE Fälle (%)	24 (0,004)	2 (0,01)	0		0		0

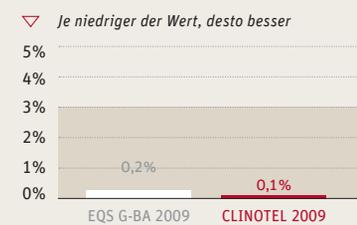
10.2
Anteil der Frühgeburten mit Anwesenheit eines Kinderarztes



10.3
Anteil der Neugeborenen, bei denen der Blutsäurewert bestimmt wurde



10.4
Anteil der Neugeborenen, bei denen ein erhöhter Blutsäurewert festgestellt wurde



- Qualitätsaussage**
- ▲ Je höher der Wert, desto besser
 - ▽ Je niedriger der Wert, desto besser
 - Wert im angegebenen Referenzbereich spricht für gute Qualität



Kennzahlen

Grave Zahl:
Wert liegt außerhalb des EQS G-BA Referenzbereichs

Einheiten

Einheit der dargestellten Werte entspricht der Einheit des EQS G-BA Referenzbereichs

Cottbus	Emden	Emsdetten	Emstek	Essen	Greven	Gütersloh	Ingolstadt	Kempen	Koblenz	Landshut	Lörrach	Lünen	Moers	Neuruppin	Oberhausen	Pirmasens	Speyer	Steinfurt	Strausberg	Vechta	Vilsbiburg	Werne	Würzburg
0	0				0	0	0	0	1	0		0	0	1	0	1		0		0	0		
97,0	100,0						100,0			100,0		100,0		97,0	100,0	90,9	94,4		50,0				
99,7	99,5				99,2	99,3	99,6	99,2	99,1	99,7		99,6	99,7	98,6	99,5	97,6	98,2	98,4	98,8	95,6	100,0		
0,0	0,7				0,0	0,2	0,1	0,3	0,0	0,1		0,0	0,3	0,2	0,0	0,0	0,1	0,3	0,0	0,2	0,0		
0	0				0	0	0	0	0	0		0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		
0,2	1,3				2,0	2,9	2,5	1,2	0,8	1,5		2,0	3,2	1,3	1,6	0,7	2,3	2,1	0,0	0,8	1,1		
80,0							100,0			90,0				84,6	100,0	75,0	73,9						
0	0				0	0	0	0	0	0		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0		

11	Laparoskopische gynäkologische Operationen (sogenannte Schlüsselloch-Chirurgie)	EQS G-BA Referenzbereich	Ergebnis EQS G-BA 2009	Ergebnis CLINOTEL 2009	Altötting	Bochum	Brandenburg	Burghausen	Cloppenburg
11.1	Anteil der Patienten mit einer Organverletzung (z.B. der Blase, des Darms) infolge der Operation: alle Patienten	▽ ≤ 1,9 %	0,3	0,3	1,7		0,0	0,0	0,0
11.2	Anteil der Patienten mit einer Organverletzung (z.B. der Blase, des Darms) infolge der Operation: ohne bösartige Erkrankungen, Endometriose und Voroperationen im gleichen Operationsgebiet	▽ ≤ 2,1 %	0,3	0,3	1,2		0,0	0,0	0,0

11.1

Anteil der Patienten mit einer Organverletzung (z.B. der Blase, des Darms) infolge der Operation: alle Patienten

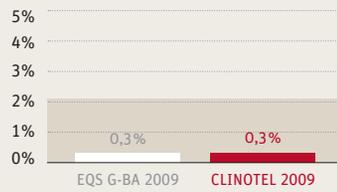
▽ Je niedriger der Wert, desto besser



11.2

Anteil der Patienten mit einer Organverletzung (z.B. der Blase, des Darms) infolge der Operation: ohne bösartige Erkrankungen, Endometriose und Voroperationen im gleichen Operationsgebiet

▽ Je niedriger der Wert, desto besser

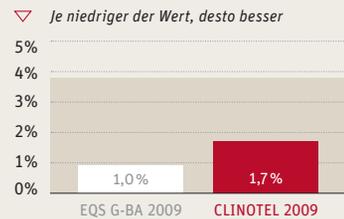


12	Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie)	EQS G-BA Referenzbereich	Ergebnis EQS G-BA 2009	Ergebnis CLINOTEL 2009	Altötting	Bochum	Brandenburg	Burghausen	Cloppenburg
12.1	Anteil der Patienten mit einer Organverletzung (z.B. der Blase, des Darms) infolge der Operation: alle Patienten	▽ ≤ 4,1 %	1,5	1,7	2,1		1,9	0,0	2,0
12.2	Anteil der Patienten mit einer Organverletzung (z.B. der Blase, des Darms) infolge der Operation: ohne bösartige Erkrankungen, Endometriose und Voroperationen im gleichen Operationsgebiet	▽ ≤ 3,8 %	1,0	1,7	3,5		1,7	0,0	4,5
12.3	Anteil der durchgeführten Operationen, bei denen während der Operation ein Antibiotikum vorbeugend gegeben wurde	▲ ≥ 90,0 %	95,8	95,6	100,0		90,7	100,0	82,7
12.4	Anteil der Patienten (Alter unter 35 Jahre) mit gutartiger Erkrankung, bei denen die Gebärmutter (fast vollständig) entfernt wurde	▽ ≤ 2,5 %	2,0	1,7	2,1		2,4	0,0	3,9
12.5	Anteil der Patienten (ab Alter 40 Jahre) mit vorbeugender Medikamentengabe zur Vermeidung von Blutgerinnseln bei Gebärmutterentfernungen	▲ ≥ 95,0 %	99,4	99,5	98,2		100,0	100,0	100,0

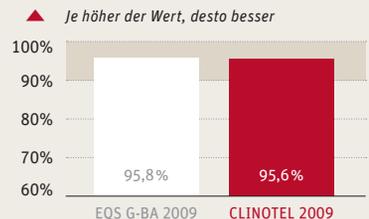
12.1
Anteil der Patienten mit einer Organverletzung (z.B. der Blase, des Darms) infolge der Operation: alle Patienten



12.2
Anteil der Patienten mit einer Organverletzung (z.B. der Blase, des Darms) infolge der Operation: ohne bösartige Erkrankungen, Endometriose und Voroperationen im gleichen Operationsgebiet



12.3
Anteil der durchgeführten Operationen, bei denen während der Operation ein Antibiotikum vorbeugend gegeben wurde



Qualitätsaussage
 ▲ Je höher der Wert, desto besser
 ▼ Je niedriger der Wert, desto besser
 ■ Wert im angegebenen Referenzbereich spricht für gute Qualität

EQS G-BA Referenzbereich
 100%
 90%
 80%
 70%
 60%
 Die dunkle Fläche kennzeichnet den Referenzbereich für gute Qualität

Kennzahlen
 Graue Zahl:
 Wert liegt außerhalb des EQS G-BA Referenzbereichs

Einheiten
 Einheit der dargestellten Werte entspricht der Einheit des EQS G-BA Referenzbereichs

Cottbus	Emden	Emsdetten	Emstek	Essen	Greven	Gütersloh	Ingolstadt	Kempen	Koblenz	Landshut	Lörrach	Lünen	Moers	Neuruppin	Oberhausen	Pirmasens	Speyer	Steinfurt	Strausberg	Vechta	Vilsbiburg	Werne	Würzburg
2,0	3,5				1,2	2,6	0,7	0,0	2,1	1,0		2,1	3,7	1,2	0,0	1,6	1,9	1,0	0,7	2,2	1,2		0,0
0,0	0,0				0,0	3,6	1,3	0,0	0,0	1,5		2,1	2,8	2,3	0,0	0,0	2,2	0,0	1,8	2,0	0,0		0,0
96,6	94,1				92,9	98,1	99,7	96,6	83,0	97,5		94,4	97,3	92,5	98,6	96,0	89,7	97,1	98,6	98,9	95,3		100,0
3,1	2,6				3,9	0,0	0,0	0,9	2,3	0,6		4,2	0,6	0,5	2,2	2,0	2,1	1,1	1,6	0,6	2,6		0,0
100,0	100,0				100,0	99,6	99,7	100,0	95,3	99,5		100,0	100,0	99,1	100,0	100,0	99,1	100,0	100,0	98,2	100,0		100,0

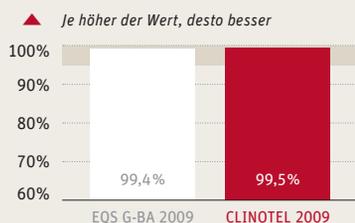
12.4

Anteil der Patienten (Alter unter 35 Jahre) mit gutartiger Erkrankung, bei denen die Gebärmutter (fast vollständig) entfernt wurde



12.5

Anteil der Patienten (Alter ab 40 Jahre) mit vorbeugender Medikamentengabe zur Vermeidung von Blutgerinnseln bei Gebärmutterentfernungen

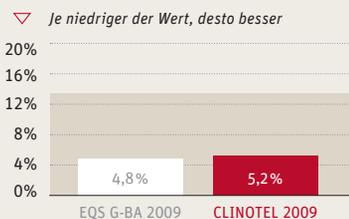


13	Gewebeentnahme am Gebärmutterhals (Konisation)	EQS G-BA Referenzbereich	Ergebnis EQS G-BA 2009	Ergebnis CLINOTEL 2009	Altötting	Bochum	Brandenburg	Burghausen	Cloppenburg
13.1	Anteil der Patienten, bei denen die feingewebliche Untersuchung des entfernten Gewebes einen nicht krankhaften Befund ergibt	▽ ≤ 13,0%	4,8	5,2	4,4		33,3		0,0
13.2	Anzahl der Patienten, bei denen eine feingewebliche Untersuchung des entfernten Gewebes nicht durchgeführt wurde	▽ ≤ 5,0%	1,0	0,4	0,0		0,0		0,0

14	Operationen an den Eierstöcken	EQS G-BA Referenzbereich	Ergebnis EQS G-BA 2009	Ergebnis CLINOTEL 2009	Altötting	Bochum	Brandenburg	Burghausen	Cloppenburg
14.1	Anzahl der Patienten, bei denen das entfernte Gewebe der Eierstöcke nicht feingeweblich untersucht wurde	▽ ≤ 5,0%	2,1	2,4	0,0		2,7	0,0	3,1
14.2	Anteil der operierten Patienten, bei denen die feingewebliche Untersuchung des entfernten Gewebes eine Zyste oder einen nicht krankhaften Befund ergab	▽ ≤ 20,0%	18,9	23,9	29,2		20,0		29,4
14.3	Anteil der an den Eierstöcken operierten Patienten (Alter bis 40 Jahre, nur gutartige Erkrankungen), bei denen der Eierstock nicht entfernt wurde	▲ ≥ 72,7%	88,7	88,9	88,6		87,0		72,7

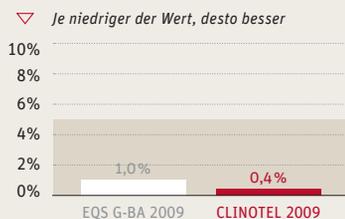
13.1

Anteil der Patienten, bei denen die feingewebliche Untersuchung des entfernten Gewebes einen nicht krankhaften Befund ergibt



13.2

Anzahl der Patienten, bei denen eine feingewebliche Untersuchung des entfernten Gewebes nicht durchgeführt wurde



Qualitätsaussage
 ▲ Je höher der Wert, desto besser
 ▼ Je niedriger der Wert, desto besser
 ■ Wert im angegebenen Referenzbereich spricht für gute Qualität

EQS G-BA Referenzbereich
 100%
 90%
 80%
 70%
 60%
 Die dunkle Fläche kennzeichnet den Referenzbereich für gute Qualität

Kennzahlen
 Graue Zahl:
 Wert liegt außerhalb des EQS G-BA Referenzbereichs

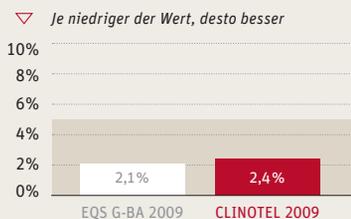
Einheiten
 Einheit der dargestellten Werte entspricht der Einheit des EQS G-BA Referenzbereichs

Cottbus	Emden	Emsdetten	Emstek	Essen	Greven	Gütersloh	Ingolstadt	Kempen	Koblenz	Landshut	Lörrach	Lünen	Moers	Neuruppin	Oberhausen	Pirmasens	Speyer	Steinfurt	Strausberg	Vechta	Vilsbiburg	Werne	Würzburg
25,0	0,0				0,0	0,0	2,0	0,0	50,0	0,0		0,0	0,0	33,3	12,5	5,6	1,9	0,0	0,0		0,0		
7,7	0,0				0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0		

Cottbus	Emden	Emsdetten	Emstek	Essen	Greven	Gütersloh	Ingolstadt	Kempen	Koblenz	Landshut	Lörrach	Lünen	Moers	Neuruppin	Oberhausen	Pirmasens	Speyer	Steinfurt	Strausberg	Vechta	Vilsbiburg	Werne	Würzburg
3,0	0,0			0,0	4,3	5,3	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1	1,5	3,8	1,4	2,6	2,6	0,0	0,0	10,0	12,1	0,0		
20,7	0,0			0,0	44,4	0,0	8,2	33,3	0,0	42,9	50,0	20,5	35,7	26,7	27,6	15,0	25,0	14,3	30,0	63,6	100,0		
85,0	94,4	100,0		100,0	90,5	87,2	91,0	100,0	100,0	88,0	66,7	91,5	85,7	89,1	94,7	82,6	96,1	70,6	46,2	93,1	85,7		

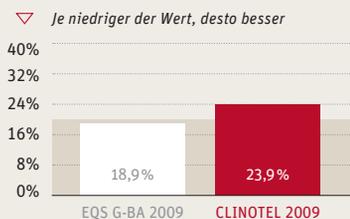
14.1

Anzahl der Patienten, bei denen das entfernte Gewebe der Eierstöcke nicht feingeweblich untersucht wurde



14.2

Anteil der operierten Patienten, bei denen die feingewebliche Untersuchung des entfernten Gewebes eine Zyste oder einen nicht krankhaften Befund ergab



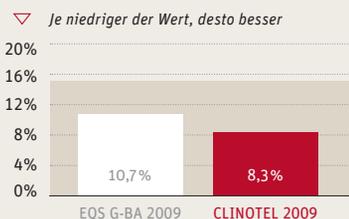
14.3

Anteil der an den Eierstöcken operierten Patienten (Alter bis 40 Jahre, nur gutartige Erkrankungen), bei denen der Eierstock nicht entfernt wurde

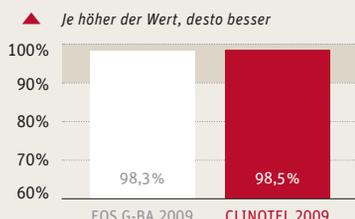


15	Oberschenkelbruch im Bereich des Oberschenkelhalses (Schenkelhalsfraktur)	EQS G-BA Referenzbereich	Ergebnis EQS G-BA 2009	Ergebnis CLINOTEL 2009	Altötting	Bochum	Brandenburg	Burghausen	Cloppenburg
15.1	Anteil der Patienten, bei denen die Operation mehr als 48 Stunden nach der Aufnahme in das Krankenhaus erfolgte	▽ ≤ 15,0%	10,7	8,3	5,0	8,8	11,0	0,0	14,5
15.2	Anteil der Patienten (Alter über 80 Jahre, Oberschenkelbruch Typ III oder IV), bei denen als Operation das Hüftgelenk (teilweise) durch ein künstliches Hüftgelenk ersetzt wurde	▲ ≥ 90,0%	98,3	98,5	94,7	95,0	100,0	100,0	90,9
15.3	Anteil der durchgeführten Operationen, bei denen während der Operation ein Antibiotikum vorbeugend gegeben wurde	▲ ≥ 95,0%	98,4	98,6	100,0	100,0	99,2	100,0	100,0
15.4	Anteil von Patienten mit Einschränkung der Gehfähigkeit, die durch die Operation bedingt wurde, bei Entlassung an allen Patienten, die regulär entlassen oder in ein anderes Krankenhaus oder eine Rehabilitationseinrichtung verlegt wurden	▽ ≤ 15,2%	4,6	4,9	3,7	1,5	8,0	0,0	5,5
15.5	Anteil der Patienten, bei denen es infolge der Operation zu einer Gefäßverletzung oder einem Nervenschaden kam	▽ ≤ 2,0%	0,1	0,2	0,0	1,3	1,7	0,0	0,0
15.6	Anteil der Patienten, bei denen das bei der Operation verwendete Material (z.B. Schrauben, Metallstifte, künstliches Hüftgelenk) nicht exakt platziert war, sich verschob oder es zu einem Knochenbruch im Bereich des Operationsgebietes kam	▽ ≤ 2,0%	1,1	1,6	1,0	1,3	3,4	0,0	5,8
15.7	Anteil der Patienten, bei denen es zu einer Ausrenkung des künstlichen Hüftgelenkes nach der Operation kam	▽ ≤ 5,0%	0,9	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15.8	Anteil der Patienten mit einer Entzündung im Bereich der Operationswunde/des operierten Gelenks nach der Operation	▽ ≤ 5,0%	1,4	1,2	2,0	0,0	5,1	0,0	4,3
15.9	Anteil der Patienten mit einem Bluterguss oder einer Nachblutung	▽ ≤ 12,0%	1,9	2,0	5,0	1,3	0,8	0,0	4,3
15.10	Anteil der Patienten mit einer allgemeinen Komplikation nach der Operation (z.B. Lungenentzündung, Thrombose)	▽ ≤ 8,3%	3,1	4,0	1,0	0,0	2,5	4,0	4,3
15.11	Anteil der Patienten mit einer oder mehreren ungeplanten Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	▽ ≤ 12,0%	3,2	3,5	5,0	2,5	1,7	0,0	11,6
15.12	Anteil der verstorbenen Patienten, bei denen als Operation eine sogenannte Osteosynthese durchgeführt wurde	▽ ≤ 11,1%	4,7	5,4	4,8	7,5	1,6	7,1	0,0
15.13	Anteil der verstorbenen Patienten, bei denen als Operation das Hüftgelenk (teilweise) durch ein künstliches Hüftgelenk ersetzt wurde	▽ ≤ 14,3%	6,0	6,2	7,7	7,5	7,7	9,1	9,7

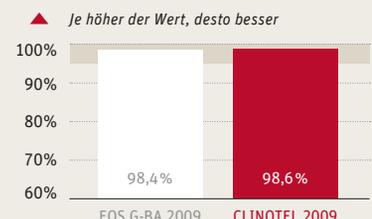
15.1
Anteil der Patienten, bei denen die Operation mehr als 48 Stunden nach der Aufnahme in das Krankenhaus erfolgte



15.2
Anteil der Patienten (Alter über 80 Jahre, Oberschenkelbruch Typ III oder IV), bei denen als Operation das Hüftgelenk (teilweise) durch ein künstliches Hüftgelenk ersetzt wurde



15.3
Anteil der durchgeführten Operationen, bei denen während der Operation ein Antibiotikum vorbeugend gegeben wurde



Qualitätsaussage
 ▲ Je höher der Wert, desto besser
 ▼ Je niedriger der Wert, desto besser
 ■ Wert im angegebenen Referenzbereich spricht für gute Qualität

EQS G-BA Referenzbereich
 100%
 90%
 80%
 70%
 60%
 Die dunkle Fläche kennzeichnet den Referenzbereich für gute Qualität

Kennzahlen
 Graue Zahl:
 Wert liegt außerhalb des EQS G-BA Referenzbereichs

Einheiten
 Einheit der dargestellten Werte entspricht der Einheit des EQS G-BA Referenzbereichs

Cottbus	Emden	Emsdetten	Emstek	Essen	Greven	Güterloh	Ingolstadt	Kempen	Koblenz	Landshut	Lörrach	Lünen	Moers	Neuruppin	Oberhausen	Pirmasens	Speyer	Steinfurt	Strausberg	Vechta	Vilsbiburg	Werne	Würzburg
14,1	8,8	23,4	0,0	8,3	18,9	8,2	8,8	0,0	11,3	4,4	4,1	9,6	2,4	10,0	9,1	10,1		6,1	8,8	19,0	1,5	3,8	2,7
100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	97,1	95,8	98,2	100,0	100,0	94,1	100,0	100,0		100,0	94,1	100,0	93,3	100,0	100,0
99,4	100,0	97,9	100,0	100,0	100,0	100,0	99,4	100,0	99,3	98,6	91,4	99,0	100,0	96,7	100,0	100,0		100,0	97,4	97,6	100,0	100,0	98,4
3,6	4,8	6,5	0,0	15,1	8,2	12,8	6,2	1,5	5,8	0,0	2,6	11,7	2,5	8,1	5,0	2,9		10,5	0,9	2,9	3,5	0,0	2,8
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
1,8	2,7	2,1	0,0	0,0	1,9	2,4	3,5	1,4	1,4	4,4	0,0	1,0	1,2	0,0	3,9	0,8		0,0	1,8	0,0	1,5	0,0	0,0
0,0	0,0	4,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	4,0	3,6	0,0
1,2	0,9	0,0	0,0	1,2	0,0	2,4	0,0	1,4	0,0	0,0	0,9	3,8	1,2	1,7	2,6	0,0		2,0	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0
5,9	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	1,2	0,0	0,0	1,4	0,0	3,2	1,0	1,2	0,0	3,9	1,7		4,1	1,8	4,8	4,6	3,8	1,6
1,8	6,2	0,0	0,0	6,0	5,7	7,1	3,5	5,6	1,4	1,5	4,9	5,8	3,6	11,7	1,3	5,0		4,1	5,3	4,8	7,7	1,9	4,3
9,4	1,8	2,1	0,0	0,0	5,7	5,9	2,4	2,8	2,1	2,9	3,6	3,8	1,2	1,7	9,1	0,0		4,1	5,3	0,0	6,2	0,0	1,6
6,7	6,1	4,5	0,0	7,5	0,0	8,9	4,4	5,7	2,6	2,9	5,0	8,7	5,6	7,7	4,4	6,3		11,8	4,5	0,0	5,1	0,0	9,2
9,5	10,6	0,0	0,0	4,7	9,1	5,1	3,8	10,8	3,0	9,4	6,9	0,0	4,3	14,7	6,3	3,6		6,5	0,0	4,0	8,0	3,6	8,1

15.4

Anteil von Patienten mit Einschränkung der Gehfähigkeit, die durch die Operation bedingt wurde, bei Entlassung an allen Patienten, die regulär entlassen oder in ein anderes Krankenhaus oder eine Rehabilitationseinrichtung verlegt wurden

▼ Je niedriger der Wert, desto besser

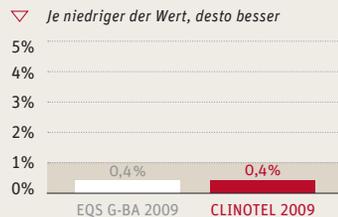


16	Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks (Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation)	EQS G-BA Referenzbereich	Ergebnis EQS G-BA 2009	Ergebnis CLINOTEL 2009	Altötting	Bochum	Brandenburg	Burghausen	Cloppenburg
16.1	Anteil der durchgeführten Operationen, die nach den Kriterien der Bundesfachgruppe medizinisch notwendig waren	▲ ≥ 90,0%	90,6	84,8	100,0	97,6	91,5	100,0	69,2
16.2	Anteil der durchgeführten Operationen, bei denen während der Operation ein Antibiotikum vorbeugend gegeben wurde	▲ ≥ 95,0%	99,5	99,5	100,0	100,0	99,3	100,0	100,0
16.3	Anteil der Patienten, bei denen die Beweglichkeit im operierten Hüftgelenk schriftlich dokumentiert wurde	▲ ≥ 95,0%	92,7	85,9	100,0	90,3	96,5	100,0	100,0
16.4	Anteil der Patienten, bei denen die Beweglichkeit im operierten Hüftgelenk einen bestimmten Mindestwert erreichte	▲ ≥ 95,0%	97,9	97,3	97,8	99,1	99,3	100,0	100,0
16.5	Anteil von Patienten mit Einschränkung der Gehfähigkeit, die durch die Operation bedingt wurde, bei Entlassung an allen Patienten, die regulär entlassen oder in ein anderes Krankenhaus oder eine Rehabilitationseinrichtung verlegt wurden	▼ ≤ 1,9%	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
16.6	Anteil der Patienten, bei denen es infolge der Operation zu einer Gefäßverletzung oder einem Nervenschaden kam	▼ ≤ 2,0%	0,4	0,4	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0
16.7	Anteil der Patienten, bei denen das künstliche Hüftgelenk nicht exakt platziert war, sich verschob oder es zu einem Knochenbruch im Bereich des Operationsgebietes kam	▼ ≤ 2,0%	0,9	0,7	0,4	0,0	2,8	0,0	0,0
16.8	Anteil der Patienten, bei denen es zu einer Ausrenkung des künstlichen Hüftgelenkes nach der Operation kam	▼ ≤ 5,0%	0,4	0,4	0,0	0,0	0,7	0,0	7,1
16.9	Anteil der Patienten mit einer Entzündung im Bereich der Operationswunde/des operierten Gelenks nach der Operation	▼ ≤ 3,0%	0,6	0,6	0,4	0,8	1,4	0,0	0,0
16.10	Anteil der Patienten mit einem Bluterguss oder einer Nachblutung	▼ ≤ 8,0%	1,2	1,6	4,3	3,2	0,7	0,0	0,0
16.11	Anteil der Patienten mit einer allgemeinen Komplikation nach der Operation (z.B. Lungenentzündung, Thrombose)	▼ ≤ 4,4%	1,1	1,1	0,9	0,0	2,1	0,0	0,0
16.12	Anteil der Patienten mit einer oder mehreren ungeplanten Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	▼ ≤ 9,0%	1,7	2,1	2,6	3,2	4,2	0,0	7,1
16.13	Anzahl der verstorbenen Patienten (Wert in Klammern ist der prozentuale Anteil an allen Patienten)	▼ SE Fälle (%)	280 (0,18)	7 (0,18)	0	1	1	0	0

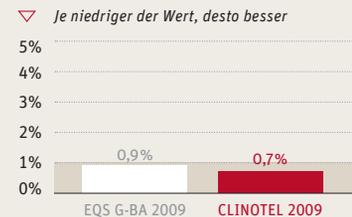
16.5
Anteil von Patienten mit Einschränkung der Gehfähigkeit, die durch die Operation bedingt wurde, bei Entlassung an allen Patienten, die regulär entlassen oder in ein anderes Krankenhaus oder eine Rehabilitationseinrichtung verlegt wurden



16.6
Anteil der Patienten, bei denen es infolge der Operation zu einer Gefäßverletzung oder einem Nervenschaden kam



16.7
Anteil der Patienten, bei denen das künstliche Hüftgelenk nicht exakt platziert war, sich verschob oder es zu einem Knochenbruch im Bereich des Operationsgebietes kam



Qualitätsaussage
 ▲ Je höher der Wert, desto besser
 ▼ Je niedriger der Wert, desto besser
 ■ Wert im angegebenen Referenzbereich spricht für gute Qualität

EQS G-BA Referenzbereich
 Die dunkle Fläche kennzeichnet den Referenzbereich für gute Qualität

Kennzahlen
 Graue Zahl:
 Wert liegt außerhalb des EQS G-BA Referenzbereichs

Einheiten
 Einheit der dargestellten Werte entspricht der Einheit des EQS G-BA Referenzbereichs

Cottbus	Emden	Emsdetten	Emstek	Essen	Greven	Gütersloh	Ingolstadt	Kempen	Koblenz	Landshut	Lörrach	Lünen	Moers	Neuruppin	Oberhausen	Pirmasens	Speyer	Steinfurt	Strausberg	Vechta	Vilsbiburg	Werne	Würzburg
95,0	100,0	49,0	64,7	98,4	98,9	90,5	90,6	83,6	99,4	52,6	96,4	93,2	90,7	80,0	96,2	90,2		90,0	73,5	63,8	98,7	62,6	58,9
100,0	100,0	98,7	100,0	100,0	98,9	100,0	99,7	100,0	100,0	100,0	98,8	100,0	98,7	98,0	100,0	100,0		100,0	98,3	93,1	99,4	99,6	100,0
96,9	99,1	98,7	98,2	98,9	98,9	96,2	97,0	96,4	79,6	0,0	93,2	94,0	97,3	92,0	97,4	100,0		93,3	96,6		100,0	0,9	4,7
98,4	99,1	78,7	96,5	99,5	100,0	100,0	96,6	98,1	97,7		97,0	99,1	100,0	87,0	100,0	100,0		96,4	100,0		100,0	100,0	100,0
0,0	0,0	0,0	0,2	0,5	0,0	1,0	1,2	1,8	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	6,1	0,0	0,0		0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
0,6	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,6	0,0	0,4	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
0,6	2,7	0,0	0,2	1,6	0,0	0,0	0,9	1,8	2,5	5,3	1,2	0,0	1,3	2,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0
0,0	0,9	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	3,6	1,9	0,0	0,4	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0		0,0	0,4	3,4	0,0	0,0	0,0
0,9	0,0	0,6	0,0	0,5	0,0	1,0	0,9	0,0	0,6	0,0	0,4	1,7	0,0	4,0	0,0	0,0		3,3	0,9	0,0	1,3	0,4	0,0
0,6	1,8	0,0	1,2	0,5	3,3	1,0	0,6	0,0	0,6	0,0	2,4	0,0	0,0	4,0	2,6	0,0		6,7	0,9	6,9	4,6	3,0	3,1
1,6	0,0	1,3	0,9	0,0	0,0	0,0	2,7	0,0	1,9	0,0	1,2	0,9	0,0	0,0	3,8	0,0		3,3	0,9	3,4	0,0	1,7	0,8
0,9	2,7	0,0	1,6	1,6	2,2	1,9	0,9	1,8	3,1	10,5	2,4	1,7	1,3	6,0	3,8	0,0		10,0	1,7	3,4	4,6	0,4	3,1
2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0		0	0	0	0	0	0

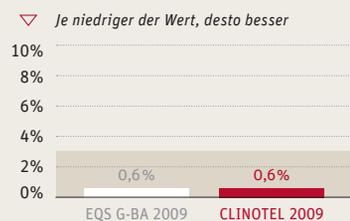
16.8

Anteil der Patienten, bei denen es zu einer Ausrenkung des künstlichen Hüftgelenks nach der Operation kam



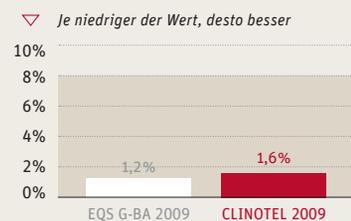
16.9

Anteil der Patienten mit einer Entzündung im Bereich der Operationswunde/des operierten Gelenks nach der Operation



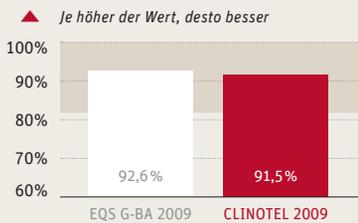
16.10

Anteil der Patienten mit einem Bluterguss oder einer Nachblutung

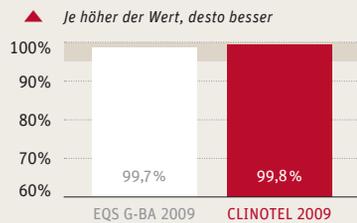


17 Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks (Hüft-Totalendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel)		EQS G-BA Referenzbereich	Ergebnis EQS G-BA 2009	Ergebnis CLINOTEL 2009	Altötting	Bochum	Brandenburg	Burghausen	Cloppenburg
17.1	Anteil der durchgeführten Operationen, die nach den Kriterien der Bundesfachgruppe medizinisch notwendig waren	▲ ≥ 81,3 %	92,6	91,5	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0
17.2	Anteil der durchgeführten Operationen, bei denen während der Operation ein Antibiotikum vorbeugend gegeben wurde	▲ ≥ 95,0 %	99,7	99,8	100,0	93,3	100,0	100,0	100,0
17.3	Anteil von Patienten mit Einschränkung der Gehfähigkeit, die durch die Operation bedingt wurde, bei Entlassung an allen Patienten, die regulär entlassen oder in ein anderes Krankenhaus oder eine Rehabilitationseinrichtung verlegt wurden	▼ ≤ 5,9 %	1,6	2,8	0,0	7,7	8,3	0,0	0,0
17.4	Anteil der Patienten, bei denen es in Folge der Operation zu einer Gefäßverletzung oder einem Nervenschaden kam	▼ ≤ 2,0 %	0,8	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
17.5	Anteil der Patienten, bei denen das künstliche Hüftgelenk nicht exakt platziert war, sich verschob oder es zu einem Knochenbruch im Bereich des Operationsgebietes kam	▼ ≤ 2,0 %	2,1	3,3	0,0	6,7	7,7	0,0	0,0
17.6	Anteil der Patienten, bei denen es zu einer Ausrenkung des künstlichen Hüftgelenks nach der Operation kam	▼ ≤ 10,0 %	1,9	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
17.7	Anteil der Patienten mit einem Bluterguss oder einer Nachblutung	▼ ≤ 13,0 %	3,0	4,7	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0
17.8	Anteil der Patienten mit einer allgemeinen Komplikation nach der Operation (z.B. Lungenentzündung, Thrombose)	▼ ≤ 9,4 %	3,2	4,0	0,0	6,7	15,4	0,0	0,0
17.9	Anteil der Patienten mit einer oder mehreren ungeplanten Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	▼ ≤ 16,0 %	6,0	8,3	0,0	6,7	15,4	0,0	0,0
17.10	Anzahl der verstorbenen Patienten (Wert in Klammern ist der prozentuale Anteil an allen Patienten)	▼ SE Fälle (%)	298 (1,29)	7 (1,66)	0	0	1	0	0

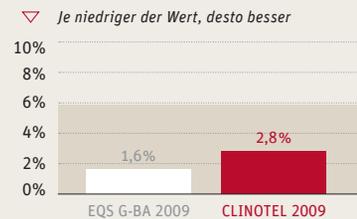
17.1
Anteil der durchgeführten Operationen, die nach den Kriterien der Bundesfachgruppe medizinisch notwendig waren



17.2
Anteil der durchgeführten Operationen, bei denen während der Operation ein Antibiotikum vorbeugend gegeben wurde



17.3
Anteil von Patienten mit Einschränkung der Gehfähigkeit, die durch die Operation bedingt wurde, bei Entlassung an allen Patienten, die regulär entlassen oder in ein anderes Krankenhaus oder eine Rehabilitationseinrichtung verlegt wurden



Qualitätsaussage
 ▲ Je höher der Wert, desto besser
 ▼ Je niedriger der Wert, desto besser
 ■ Wert im angegebenen Referenzbereich spricht für gute Qualität

EQS G-BA Referenzbereich
 100%
 90%
 80%
 70%
 60%
 Die dunkle Fläche kennzeichnet den Referenzbereich für gute Qualität

Kennzahlen
 Graue Zahl:
 Wert liegt außerhalb des EQS G-BA Referenzbereichs

Einheiten
 Einheit der dargestellten Werte entspricht der Einheit des EQS G-BA Referenzbereichs

Cottbus	Emden	Emsdetten	Emstek	Essen	Greven	Gütersloh	Ingolstadt	Kempen	Koblenz	Landshut	Lörrach	Lünen	Moers	Neuruppin	Oberhausen	Pirmasens	Speyer	Steinfurt	Strausberg	Vechta	Vilsbiburg	Werne	Würzburg
92,3	100,0	66,7	93,8	93,3	100,0	94,4	86,1	100,0	100,0	100,0	94,3	93,1	90,0	86,7	16,7	100,0		80,0	100,0	0,0	100,0	91,2	88,2
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
3,8	0,0	8,3	3,1	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	6,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0		0,0	4,2	0,0	0,0	0,0	10,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,6	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,7	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0
11,5	14,3	0,0	3,1	0,0	5,3	0,0	2,8	0,0	3,4	0,0	5,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	4,0	0,0	0,0	0,0	5,9
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0	10,0	6,7	0,0	0,0		0,0	0,0	50,0	0,0	2,9	0,0
3,8	0,0	0,0	3,1	6,7	5,3	0,0	5,6	0,0	3,4	0,0	5,7	0,0	0,0	13,3	16,7	0,0		20,0	0,0	50,0	0,0	8,8	11,8
0,0	0,0	8,3	3,1	0,0	5,3	5,6	2,8	0,0	0,0	0,0	8,6	3,4	0,0	6,7	0,0	0,0		20,0	4,0	0,0	0,0	0,0	11,8
7,7	0,0	0,0	3,1	6,7	5,3	11,1	5,6	0,0	13,8	50,0	8,6	3,4	10,0	13,3	33,3	0,0		0,0	8,0	50,0	0,0	5,9	23,5
0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0		0	0	0	0	0	2

17.4

Anteil der Patienten, bei denen es infolge der Operation zu einer Gefäßverletzung oder einem Nervenschaden kam

▼ Je niedriger der Wert, desto besser



18	Einsatz eines künstlichen Kniegelenks (Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation)	EQS G-BA Referenzbereich	Ergebnis EQS G-BA 2009	Ergebnis CLINOTEL 2009	Altötting	Bochum	Brandenburg	Burghausen	Cloppenburg
18.1	Anteil der durchgeführten Operationen, die nach den Kriterien der Bundesfachgruppe medizinisch notwendig waren	▲ ≥ 90,0 %	94,2	92,7	98,0	99,2	91,4	100,0	100,0
18.2	Anteil der durchgeführten Operationen, bei denen während der Operation ein Antibiotikum vorbeugend gegeben wurde	▲ ≥ 95,0 %	99,6	99,6	100,0	100,0	97,4	100,0	100,0
18.3	Anteil der Patienten, bei denen die Beweglichkeit im operierten Kniegelenk einen bestimmten Mindestwert erreichte	▲ ≥ 80,0 %	86,1	82,2	99,0	96,8	75,7	100,0	100,0
18.4	Anteil der Patienten, bei denen die Beweglichkeit im operierten Kniegelenk schriftlich dokumentiert wurde	▲ ≥ 80,0 %	95,9	96,2	100,0	100,0	95,7	100,0	50,0
18.5	Anteil von Patienten mit Einschränkung der Gehfähigkeit, die durch die Operation bedingt wurde, bei Entlassung an allen Patienten, die regulär entlassen oder in ein anderes Krankenhaus oder eine Rehabilitationseinrichtung verlegt wurden	▼ ≤ 1,6 %	0,2	0,3	0,0	0,8	1,7	0,0	0,0
18.6	Anteil der Patienten, bei denen es infolge der Operation zu einer Gefäßverletzung oder einem Nervenschaden kam	▼ ≤ 2,0 %	0,2	0,1	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0
18.7	Anteil der Patienten, bei denen es zu einem Knochenbruch im Bereich des Operationsgebietes kam	▼ ≤ 2,0 %	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
18.8	Anteil der Patienten mit einer Entzündung im Bereich der Operationswunde/des operierten Gelenks nach der Operation	▼ ≤ 2,0 %	0,4	0,5	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0
18.9	Anteil der Patienten mit einem Bluterguss oder einer Nachblutung	▼ ≤ 8,0 %	1,1	0,9	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0
18.10	Anteil der Patienten mit einer allgemeinen Komplikation nach der Operation (z.B. Lungenentzündung, Thrombose)	▼ ≤ 5,0 %	1,6	1,0	0,5	0,0	5,2	0,0	0,0
18.11	Anteil der Patienten mit ungeplanter Folgeoperation wegen Komplikation	▼ ≤ 6,0 %	1,4	1,2	0,5	1,6	0,9	0,0	0,0
18.12	Anzahl der verstorbenen Patienten (Wert in Klammern ist der prozentuale Anteil an allen Patienten)	▼ SE Fälle (%)	166 (0,11)	1 (0,03)	0	0	0	0	0

18.6
Anteil der Patienten, bei denen es infolge der Operation zu einer Gefäßverletzung oder einem Nervenschaden kam



18.7
Anteil der Patienten, bei denen es zu einem Knochenbruch im Bereich des Operationsgebietes kam



18.8
Anteil der Patienten mit einer Entzündung im Bereich der Operationswunde/des operierten Gelenks nach der Operation



Qualitätsaussage
 ▲ Je höher der Wert, desto besser
 ▼ Je niedriger der Wert, desto besser
 ■ Wert im angegebenen Referenzbereich spricht für gute Qualität

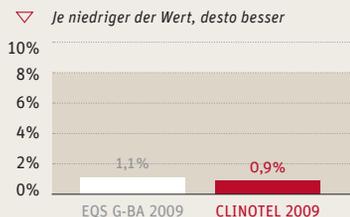
EQS G-BA Referenzbereich
 Die dunkle Fläche kennzeichnet den Referenzbereich für gute Qualität

Kennzahlen
 Graue Zahl:
 Wert liegt außerhalb des EQS G-BA Referenzbereichs

Einheiten
 Einheit der dargestellten Werte entspricht der Einheit des EQS G-BA Referenzbereichs

Cottbus	Emden	Emsdetten	Emstek	Essen	Greven	Güterlohe	Ingolstadt	Kempen	Koblenz	Landshut	Lörrach	Lünen	Moers	Neuruppin	Oberhausen	Pirmasens	Speyer	Steinfurt	Strausberg	Vechta	Vilsbiburg	Werne	Würzburg
98,1	98,9	72,7	97,4	99,5	94,5	100,0	92,5	91,0	100,0	100,0	100,0	95,9	90,4	82,5	98,6	90,4			78,2	95,6	97,3	77,0	87,2
99,7	100,0	99,2	99,6	100,0	97,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	98,4	100,0	100,0	100,0	100,0			99,6	100,0	99,5	100,0	98,7
81,1	92,0	88,4	60,4	95,2	85,7	96,8	53,7	89,6	76,7		70,3	92,2	87,7	76,3	86,1	90,4			81,4	57,8	100,0	72,0	77,4
99,1	100,0	99,6	99,1	100,0	100,0	100,0	96,0	100,0	96,8	0,0	100,0	94,3	100,0	95,0	100,0	100,0			98,6	100,0	100,0	57,5	39,7
0,3	0,0	0,0	1,3	0,0	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			0,0	1,1	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,3	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,4	0,0	0,8	0,0	0,0	2,5	0,0	0,0			0,4	1,1	0,5	2,3	0,0
0,0	1,1	0,8	1,8	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	1,1	0,0	0,8	0,8	0,0	2,5	2,8	0,0			0,7	3,3	2,2	6,9	0,0
1,6	0,0	0,0	1,3	1,1	2,2	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,9	0,0	2,8	0,0			1,1	4,4	0,0	1,1	0,0
1,3	1,1	1,2	2,2	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	5,4	0,0	1,2	0,8	0,0	5,0	5,6	0,0			1,4	1,1	0,5	2,3	0,0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0

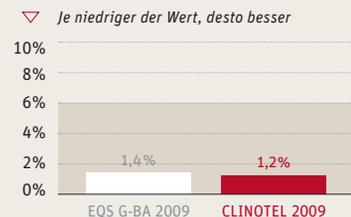
18.9
 Anteil der Patienten mit einem Bluterguss oder einer Nachblutung



18.10
 Anteil der Patienten mit einer allgemeinen Komplikation nach der Operation (z.B. Lungenentzündung, Thrombose)

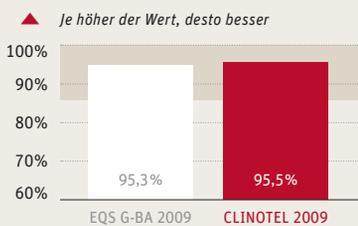


18.11
 Anteil der Patienten mit ungeplanter Folgeoperation wegen Komplikation

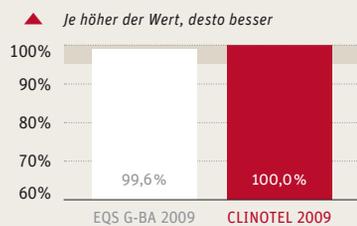


19	Wechsel eines künstlichen Kniegelenks (Knie-Totalendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel)	EQS G-BA Referenzbereich	Ergebnis EQS G-BA 2009	Ergebnis CLINOTEL 2009	Altötting	Bochum	Brandenburg	Burghausen	Cloppenburg
19.1	Anteil der durchgeführten Operationen, die nach den Kriterien der Bundesfachgruppe medizinisch notwendig waren	▲ ≥ 85,7 %	95,3	95,5	100,0	100,0	83,3		100,0
19.2	Anteil der durchgeführten Operationen, bei denen während der Operation ein Antibiotikum vorbeugend gegeben wurde	▲ ≥ 95,0 %	99,6	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0
19.3	Anteil von Patienten mit Einschränkung der Gehfähigkeit, die durch die Operation bedingt wurde, bei Entlassung an allen Patienten, die regulär entlassen oder in ein anderes Krankenhaus oder eine Rehabilitationseinrichtung verlegt wurden	▼ ≤ 3,6 %	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0
19.4	Anteil der Patienten, bei denen es infolge der Operation zu einer Gefäßverletzung oder einem Nervenschaden kam	▼ ≤ 2,0 %	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0
19.5	Anteil der Patienten, bei denen es zu einem Knochenbruch im Bereich des Operationsgebietes kam	▼ ≤ 4,0 %	0,6	0,9	0,0	0,0	0,0		0,0
19.6	Anteil der Patienten mit einem Bluterguss oder einer Nachblutung	▼ ≤ 15,0 %	2,6	0,9	0,0	0,0	0,0		0,0
19.7	Anteil der Patienten mit einer allgemeinen Komplikation nach der Operation (z.B. Lungenentzündung, Thrombose)	▼ ≤ 6,7 %	1,8	1,8	0,0	0,0	0,0		0,0
19.8	Anteil der Patienten mit ungeplanter Folgeoperation wegen Komplikation	▼ ≤ 12,0 %	3,4	2,3	0,0	0,0	16,7		0,0
19.9	Anzahl der verstorbenen Patienten (Wert in Klammern ist der prozentuale Anteil an allen Patienten)	▼ SE Fälle (%)	30 (0,27)	2 (0,91)	0	0	0		0

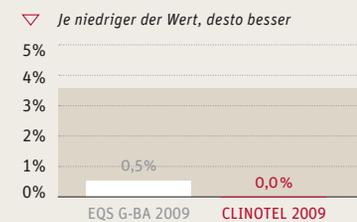
19.1
Anteil der durchgeführten Operationen, die nach den Kriterien der Bundesfachgruppe medizinisch notwendig waren



19.2
Anteil der durchgeführten Operationen, bei denen während der Operation ein Antibiotikum vorbeugend gegeben wurde



19.3
Anteil von Patienten mit Einschränkung der Gehfähigkeit, die durch die Operation bedingt wurde, bei Entlassung an allen Patienten, die regulär entlassen oder in ein anderes Krankenhaus oder eine Rehabilitationseinrichtung verlegt wurden



Qualitätsaussage
 ▲ Je höher der Wert, desto besser
 ▼ Je niedriger der Wert, desto besser
 ■ Wert im angegebenen Referenzbereich spricht für gute Qualität

EQS G-BA Referenzbereich
 100%
 90%
 80%
 70%
 60%
 Die dunkle Fläche kennzeichnet den Referenzbereich für gute Qualität

Kennzahlen
 Graue Zahl:
 Wert liegt außerhalb des EQS G-BA Referenzbereichs

Einheiten
 Einheit der dargestellten Werte entspricht der Einheit des EQS G-BA Referenzbereichs

Cottbus	Emden	Emsdetten	Emstek	Essen	Greven	Gütersloh	Ingolstadt	Kempen	Koblenz	Landshut	Lörrach	Lünen	Moers	Neuruppin	Oberhausen	Pirmasens	Speyer	Steinfurt	Strausberg	Vechta	Vilsbiburg	Werne	Würzburg
100,0		92,3	94,4	100,0	100,0	100,0	88,2	100,0	50,0		100,0	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0			87,5	100,0	100,0	100,0	100,0
100,0		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0		0,0	0,0	6,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0		0,0	5,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			6,3	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0		8,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			6,3	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0			6,3	12,5	0,0	0,0	0,0
0		0	0	0	0	1	0	0	0		1	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0

19.4

Anteil der Patienten, bei denen es infolge der Operation zu einer Gefäßverletzung oder einem Nervenschaden kam

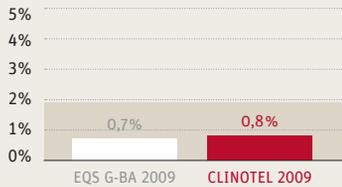


20	Vorbeugung von Druckgeschwüren (Dekubitusprophylaxe)	EQS G-BA Referenzbereich	Ergebnis EQS G-BA 2009	Ergebnis CLINOTEL 2009	Altötting	Bochum	Brandenburg	Burghausen	Cloppenburg
20.1	Risikoadjustierte Rate an Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und mit vollständiger Dokumentation zum Dekubitus-Score I	▽ ≤ 1,8 %	0,7	0,8	0,3	0,3	1,3	1,1	0,0
20.2	Risikoadjustierte Rate an Patienten mit Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und mit vollständiger Dokumentation zum Dekubitus-Score II	▽ ≤ 2,8 %	1,1	1,1	0,3	0,6	2,0	1,0	0,0
20.3	Anzahl Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung ohne Dekubitus bei Aufnahme (Wert in Klammern ist der prozentuale Anteil an allen Patienten)	▽ SE Fälle (%)	33 (0,07)	0 (0,0)	0	0	0	0	0

20.1

Risikoadjustierte Rate an Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und mit vollständiger Dokumentation zum Dekubitus-Score I

▽ Je niedriger der Wert, desto besser



20.2

Risikoadjustierte Rate an Patienten mit Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und mit vollständiger Dokumentation zum Dekubitus-Score II

▽ Je niedriger der Wert, desto besser





Erläuterungen der Mitgliedshäuser zu den EQS G-BA Ergebnissen

Verschiedene Mitgliedshäuser des CLINOTEL-Verbundes haben zu den in den vorseitig dargestellten Daten in den Tabellen Stellung genommen. Die Erläuterungen sind nachfolgend dargestellt. Die in eckigen Klammern dargestellten Nummern beziehen sich auf die jeweiligen Nummerierungen in den Tabellen.

Martin-Luther-Krankenhaus gGmbH Wattenscheid

Bei den für das Martin-Luther-Krankenhaus dargestellten Ergebnissen wird deutlich, dass der weit überwiegende Anteil (92,5 Prozent) der Kennzahlen innerhalb des Referenzbereichs liegt. Dort wo Abweichungen vorliegen, hat ein Strukturierter Dialog mit der zuständigen Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung stattgefunden, mit dem Ergebnis, dass in keinem Fall die Ergebnisse nach Prüfung als qualitativ auffällig eingestuft wurden.

Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH

Im Datenjahr 2009 wurden für das Städtische Klinikum Brandenburg GmbH durch die EQS G-BA insgesamt 175 Kennzahlen zu 20 Erkrankungen oder Eingriffen bewertet. Das Ergebnis zeigt, dass zu 85 Prozent die erreichte Qualität im Bundesvergleich überdurchschnittlich gut ist. Dieses Ergebnis entspricht dem der Vorjahre und zeigt, dass unser Haus eine beständig gute Qualität in der Erbringung dieser Leistungen aufweist.

In den Bereichen, in denen es Abweichungen von den als Referenzbereich angegebenen Daten der EQS G-BA gab, wurde durch die Brandenburgische Ärztekammer ein Strukturierter Dialog durchgeführt, in dem anhand von Einzelfallanalysen die Ergebnisse als aus der besonderen Situation erklärt und damit als unauffällig eingestuft werden konnten. Innerhalb unseres Hauses werden die Ergebnisse intensiv analysiert und dienen neben anderen Kennzahlen als Anreiz zur weiteren Qualitätsverbesserung.

Zu einigen Kennzahlen geben wir im Folgenden Erläuterungen:

Nr. 2.1 und 2.8 – Pneumonie. Hier handelt es sich häufig um Dokumentationsfehler, dem wurde durch eine Erstellung einer Verfahrensanweisung zur Dokumentation der geforderten klinischen Parameter bei Lungenentzündung begegnet.

Nr. 3.8 – Mammachirurgie. Operative Entfernung von mindestens zehn Lymphknoten. Geringe Abweichungen, die Anzahl der entfernten Lymphknoten betreffend, waren operationstechnisch begründet. Hervorzuheben sind die umfangreiche Vor- und Begleitdiagnostik mit immunhistochemischen und Hormonanalysen.



10.7 – Geburtshilfe. Anteil der Frühgeburten, bei denen eine medikamentöse Lungenreifebehandlung durchgeführt wurde. Hier handelt es sich in aller Regel ebenfalls um einen Dokumentationsfehler. Die Indikation der Lungenreife wurde oft bereits bei einem Voraufenthalt der Schwangeren durchgeführt.

16.7 – Hüftgelenkendoprothese. Knochenbruch im Bereich des Operationsgebietes. Die Komplikationen waren durch anatomische Besonderheiten begründet.

18.10 – Kniegelenkendoprothese. Allgemeine Komplikationen, hier postoperative Venenthrombose. Das operative Vorgehen wurde mittlerweile geändert, um das Risiko weiter zu minimieren.

19.8 – Wechsel einer Kniegelenkendoprothese. Anteil der Patienten mit ungeplanter Folgeoperation. Bei insgesamt niedriger Fallzahl in diesem Eingriff betrifft die Komplikation nur einen Patienten. Der Wert hat somit keine statistische Signifikanz.

In der Zusammenschau aller Ergebnisse zeigt sich, dass nach Abschluss des Strukturierten Dialogs keine wirklichen Qualitätsdefizite zu erkennen sind. An der Verbesserung der Dokumentation wird weiter gearbeitet.

*Carl-Thiem-Klinikum
Cottbus gGmbH*

Die dargestellten Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung unseres Klinikums liegen nur im geringen Prozentsatz außerhalb der geforderten Referenzbereiche. Diese Auslenkungen konnten im Strukturierten Dialog mit unserer zuständigen Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung Brandenburg durch ganz besondere Einzelfälle gut begründet werden. Die Stellungnahmen wurden von den Fachgruppen akzeptiert. In den Einstufungen unserer Fachgruppen gab es nach dem Strukturierten Dialog keine qualitativ auffälligen Ergebnisse.

*Marienhospital
Emsdetten GmbH*

Im Jahr 2009 wurden für das Marienhospital Emsdetten durch die EQS G-BA insgesamt 121 Kennzahlen zu 12 Erkrankungen oder Eingriffen bewertet. Das Ergebnis zeigt, dass zu 91 Prozent die Behandlungsqualität und damit die medizinische Versorgung im Bundesvergleich sehr gut ist. 9 Prozent (11 erhobene Kennzahlen) lagen außerhalb des Referenzbereichs. Im Bereich der Sentinel Events waren keinerlei Auffälligkeiten zu verzeichnen.

Bei Abweichungen vom Referenzbereich hat für jeden einzelnen Fall ein Strukturierter Dialog mit der Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe stattgefunden.

Es handelt sich um den Bereich Pneumonie (Nr. 2.1, 2.11), Schrittmacher (Nr. 4.7, 4.8, 4.12, 6.2), Hüft- und Knieendoprothesen (Nr. 15.1, 16.1, 16.4, 17.1, 18.1). Nach dem Dialog werden alle 11 Kennzahlen nach Klärung als unauffällig eingestuft.



*Katholische Kliniken
Ruhrhalbinsel gGmbH*

Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich nach der Einstufung wieder der hohe medizinische Standard in der Patientenversorgung. Trotz unauffälliger Einstufung wird unser Verbesserungspotenzial in der Dokumentation liegen.

Wie schon in den Vorjahren zeigen die Auswertung der Leistungsdaten, dass die Katholischen Kliniken Ruhrhalbinsel erneut gute bis sehr gute Behandlungsergebnisse erzielt haben und ihren Patienten eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau anbieten.

Von den insgesamt 122 überprüften Qualitätsindikatoren liegen 119 (97,5 Prozent) im bundesweiten Referenzbereich, viele davon fallen sogar überdurchschnittlich aus. Nur drei Qualitätsindikatoren (2,5 Prozent) wurden von der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung im Strukturierten Dialog überprüft und nach intensiver Einzelfallprüfung als unauffällig bewertet. Die durchgängig hohe Behandlungsqualität wurde damit bestätigt:

Nr. 3.12 – Mammachirurgie. In zwei Einzelfällen von 17 (kein Brustzentrum) hat sich eine begründete Abweichung beim zeitlichen Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum ergeben, die auf die Versorgungsqualität jedoch keinen Einfluss hatte.

Nr. 4.8 – Herzschrittmacher-Implantation. In zwei Einzelfällen kam es zu einer postoperativen Sondendyslokation im Vorhof. Beide Fälle wurden im Strukturierten Dialog als qualitativ unauffällig eingestuft. Um die Behandlungsqualität dennoch weiter zu verbessern, prüfen die Kardiologen derzeit die Umstellung auf ein anderes Verfahren.

Nr. 6.2 – Herzschrittmacher-Revision. In beiden vorgenannten Fällen wurde der Herzschrittmacher erneut eingesetzt.

Anhand der weiteren Reduzierung der Strukturierten Dialoge von sechs im Vorjahr auf nur drei im aktuellen Berichtsjahr ist deutlich sichtbar, dass die Prozessabläufe im Haus kontinuierlich überprüft und verbessert werden. Ganz im Sinne der Qualitätssicherung werden die Ergebnisse mit den Fachbereichen offen diskutiert und die Daten genutzt, um gezielt an weiteren Verbesserungen zu arbeiten und so die gute Versorgung der Patienten sicherzustellen.

*Maria-Josef-Hospital
Greven GmbH*

Die Leistungsdaten 2009 zeigen wie im Vorjahr, dass das Maria-Josef Hospital sehr gute Behandlungsergebnisse erzielt hat und damit eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau vorgehalten wird. Von insgesamt 150 Qualitätsindikatoren entsprachen 135 den vorgegebenen Kriterien der EQS G-BA. Dies entspricht 91 Prozent. 9 Prozent (13 erhobene Kennzahlen) lagen außerhalb des Referenzbereichs. Im Bereich der Sentinel Events waren keinerlei Auffälligkeiten zu verzeichnen. Bei Abweichungen vom Referenzbereich hat für jeden einzelnen Fall ein Strukturiertes Dialog mit der Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe stattgefunden.



Es handelt sich um den Bereich Pneumonie (Nr. 2.1, 2.2), Mammachirurgie (3.12), Schrittmacher (Nr. 4.12, 6.2), Hüft- und Knieendoprothesen (Nr. 15.1, 17.10, 18.5), Gynäkologie (Nr. 12.4, 14.2) und Cholezystektomie (Nr. 9.5, 9.10, 9.11).

Nach dem Dialog wurde ein einziger Fall als auffällig eingestuft (Nr. 18.5). Bei dieser dargestellten Abweichung lag ein Dokumentationsdefizit vor.

Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich nach der Einstufung wieder der hohe medizinische Standard in der Patientenversorgung, auch das Dokumentationsdefizit wurde zum großen Teil behoben. Unser Verbesserungspotenzial sehen wir in der Dokumentation.

Klinikum Gütersloh gGmbH

Bei den für das Klinikum Gütersloh dargestellten Ergebnissen wird deutlich, dass der weit überwiegende Anteil der Kennzahlen innerhalb des Referenzbereichs liegt.

Bei einigen Abweichungen von den Referenzwerten hat ein für diesen Fall vorgesehener Strukturierter Dialog mit der Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe mit dem Ergebnis stattgefunden, dass die Daten nach der intensiven Prüfung im Rahmen des Strukturierten Dialogs als unauffällig eingestuft wurden. Das Klinikum ist mit den Daten zufrieden und nutzt die Ergebnisse und Anregungen aus den Dialogen, um Verbesserungspotenziale zu erkennen und umzusetzen. In den kommenden Jahren werden wir weiterhin unser Augenmerk auf diese Indikatoren richten, um den kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu fördern. Sollten Sie als Patient oder Angehöriger Fragen zu unseren Daten haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Klinikum Ingolstadt GmbH

Von den für das Klinikum Ingolstadt dargestellten 174 Kennzahlen wurden 147 als unauffällig eingestuft. Bei den restlichen 27 Kennzahlen gab es teilweise nur geringfügige Abweichungen vom Referenzwert. Im Rahmen der Bewertung durch den Strukturierten Dialog wurden die Ergebnisse nach Prüfung mehrerer zusammenhängender Kennzahlen und unter Berücksichtigung der Vorjahre, als unauffällig eingestuft. Wir haben alle Abweichungen analysiert und für 2010 weitere Maßnahmen zur Beseitigung von Dokumentationsmängeln oder Missverständnissen beim Ausfüllen der QS-Bögen ergriffen. Einige wichtige Aspekte aus dem Strukturierten Dialog möchten wir im Folgenden kommentieren:

Nr. 2.3 und 2.4 – Die Analyse der Patienten, die eine verspätete Frühmobilisation erhielten, zeigte, dass an Wochenenden und an Feiertagen die personelle Besetzung eine zeitintensive Mobilisation eingeschränkt hat. In Zusammenarbeit mit der physiotherapeutischen Abteilung wird angestrebt, die adjuvanten Behandlungsmaßnahmen zu intensivieren.

Nr. 2.8 – Patienten mit Pneumonie werden nur in einem klinisch stabilen Zustand entlassen. Dies zeigt auch die im Vergleich zum Referenzwert insgesamt deutlich niedrigere Krankenhausletali-



*Klinikum Lünen –
St.-Marien-Hospital*

tät. Die Dokumentation der Atemfrequenz soll ein Pflichtfeld bei der Aufnahme des Patienten im Aufnahmeblatt werden. Bei unauffälliger Sauerstoffsättigung bei der Aufnahme des Patienten wurde, bei klinischer Besserung, auf eine unnötige, den Patienten belastende Blutgasanalyse verzichtet.

Nr. 2.11 bis 2.13 – Die Analyse der Todesfälle im Zusammenhang mit einer Pneumonie zeigte, dass die Patienten vor allen an ihrer Multimorbidität verstarben und nicht an einer nicht mit den Leitlinien konformen Therapie.

Erstmals seit dem letzten Qualitätsbericht sind das Klinikum Lünen – St.-Marien-Hospital GmbH und die St. Christophorus-Krankenhaus GmbH unter dem Dach der Krankenhausverbund St. Rochus GmbH im Jahresbericht zur Qualitätssicherung vertreten. Beide Kliniken werden im Folgenden separat mit ihren Ergebnissen aufgelistet, da jeweils unterschiedliche Leistungsbereiche abgebildet werden. Da die Datenerfassung in beiden Kliniken mittels unterschiedlicher Prozesse erfolgte, ist eine interne Vergleichbarkeit der Verbesserungspotenziale noch nicht gegeben.

Durch die Einführung eines integrierten Qualitätsmanagements über alle Standorte ab dem Ende des Jahres 2010 werden die ermittelten Ergebnisse künftig regelmäßig zentral und unterjährig ausgewertet. Sämtliche zur Verfügung stehenden Datensätze aus den Organzentren und weiteren Qualitätssicherungsverfahren werden gemeinsam mit den Ergebnissen aus der bundesweiten externen stationären Qualitätssicherung zur Beurteilung der medizinischen Ergebnisqualität analysiert und zur Qualitätsverbesserung genutzt (regelmäßige strukturierte Managementbewertung).

Damit wird der regelmäßige Einsatz der Qualitätsdaten für die Unternehmensleitung vereinfacht und bei Auffälligkeiten können Steuerungsmaßnahmen schneller und effektiver zur Ursachenermittlung und -beseitigung umgesetzt werden.

Im Jahr 2009 wurden durch das St.-Marien-Hospital für das Qualitätssicherungsverfahren 173 Kennzahlen für die entsprechenden Qualitätsindikatoren eingereicht. Dem Anspruch des Hauses entsprechend lagen 162 im Referenzbereich der EQS G-BA.

Für die auffällig bewerteten Merkmale kam in 13 Fällen der Strukturierte Dialog zum Einsatz. Die meisten Werte lagen nahe am Referenzbereich und das Krankenhaus wurde in allen Parametern als unauffällig eingestuft. Die identifizierten Fehlerquellen konnten erfolgreich abgestellt werden. In keinem Fall handelte es sich um patientenrelevante Prozessabläufe.

*Marienhospital
Steinfurt GmbH*

Für das Verfahrensjahr 2009 bildet das Marienhospital Steinfurt 120 EQS G-BA Kennzahlen ab. Anhand der Ergebnisse lässt sich eine positive Entwicklung im Bereich der Behandlungsqualität darstellen, hier zeigen die in der Vergangenheit ergriffenen Maßnahmen ihre Wirkung. In sieben Modulen lagen Kennzahlen zunächst außerhalb des Referenzbereichs und führten somit in insgesamt



neun Fällen zu einem Strukturierten Dialog mit der Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Betroffen waren demnach 7,5 Prozent der abgebildeten Kennzahlen, das entspricht einer Verbesserung gegenüber dem Vorjahr von über 40 Prozent.

Im Ergebnis wurde nach Abschluss der Strukturierten Dialoge kein Fall als qualitativ auffällig eingestuft. In zwei Fällen (Nr. 14.3 und 15.12) wurde lediglich ein Hinweis verfasst. Bei den restlichen Fällen (Nr. 6.2, 16.3 und 16.12) lagen gut begründbare besondere Einzelfälle vor, die zu abweichenden Ergebnissen führten. In einem Fall wurde fehlerhaft dokumentiert (Nr. 1.1). Auch im Bereich Sentinel Events waren die Abweichungen gut begründbaren besonderen Einzelfällen geschuldet (Nr. 4.12, 9.11).

*St. Christophorus-
Krankenhaus GmbH*

Im Jahr 2009 wurden durch das St. Christophorus-Krankenhaus für das Qualitätssicherungsverfahren 115 Kennzahlen für die entsprechenden Qualitätsindikatoren eingereicht. 105 Kennzahlen lagen im Referenzbereich der EQS G-BA. Bedingt durch interne strukturelle Veränderungen im Dokumentationsprozess wurde für folgende Qualitätsdaten ein Strukturierter Dialog erforderlich, bei dem die Hintergründe für die Auffälligkeiten in jedem Fall erläutert werden konnten:

Nr. 4.1 – Anlegen eines Herzschrittmachers. Im Hinblick auf die ärztliche Interpretation der Indikation der Herzschrittmacher-Implantation konnten die Differenzen zur Forderung medizinischer Leitlinien deutlich gemacht und das Verfahren abgeändert werden.

Nr. 16.1 und 16.2 – Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks. Bedingt durch einen Wechsel des Dokumentationsprozederes erfolgte die Dokumentation im ersten Fall nur unvollständig und im zweiten nahezu gar nicht. Durch eine Abänderung der Verantwortlichkeiten und durch Schulungen sind die Ergebnisse aktuell wieder den Anforderungen konform.

Nr. 18.1, 18.3 und 18.4 – Einsatz eines künstlichen Kniegelenks. Wie bereits für das Kapitel 16 erläutert, erfolgte auch in diesen Fällen nur eine unzureichende Übernahme der vorhandenen Daten aus den Patientenunterlagen in die Dokumentationssoftware. Mithilfe der Patientendokumentation konnten die geforderten Parameter nachgewiesen werden.

Die medizinische Behandlung in unseren Kliniken entspricht in jedem Fall den objektiven Referenzkriterien. Die bestehenden Verbesserungspotenziale haben uns allerdings in dem Vorhaben bestätigt, die vorliegenden Daten, bisher durch technische Einschränkungen limitiert, künftig regelmäßig und mit Zielvereinbarungen verknüpft, zu nutzen.



Auch im Jahr 2009 erreichte das Julius-Spital Würzburg wieder ein sehr positives Ergebnis. Von den 138 im Jahr 2009 im Julius-Spital untersuchten Qualitätsparametern erreichten rund 85 Prozent den von der externen stationären Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (EQS G-BA) geforderten Referenzbereich, oftmals lagen die Werte sogar deutlich über den geforderten Referenzzahlen.

Für einige Bereiche (ambulant erworbene Pneumonie, Herzschrittmacherchirurgie, Endoprothetik), in denen einzelne Kennzahlen außerhalb des vorgegebenen Rahmens lagen, wurde ein Strukturierter Dialog durchgeführt. Bei diesem kam die entsprechende Fachkommission zu dem Schluss, dass alle diskutierten Fälle als unauffällig einzustufen waren.

Trotzdem haben wir intern die Ergebnisse der EQS G-BA-Auswertung und die Hinweise aus dem Strukturierten Dialog aufgegriffen, nochmals analysiert und im Hinblick auf eine stetige Qualitätsverbesserung Maßnahmen ergriffen, um die Dokumentation, die sich in den nachgefragten Fällen teilweise als nicht ausreichend erwiesen hat, zu optimieren. So wurde beispielsweise für die Erfassung der ambulant erworbenen Pneumonie eine Checkliste erstellt sowie für die Stationen Pulsoxymeter angeschafft, um die Dokumentation der geforderten Daten zu erleichtern. In Schulungen wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nochmals auf die Wichtigkeit der richtigen Erfassung der Parameter hingewiesen. Daher gehen wir für die Zukunft davon aus, dass mit der verbesserten Dokumentation die Rate der Hinweise deutlich gesenkt werden kann.

Literatur

- Aichner F et al.: Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (DSG) in der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Dtsch Gesellschaft Neurologie. 2009. 1–23
- Alves A et al.: Postoperative Mortality and Morbidity in French Patients Undergoing Colorectal Surgery. Results of a Prospective Multicenter Study. Arch Surg. 2005. 140 (3). 278–283
- AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH: Qualitätsreport 2009. Im Internet unter <http://www.sqg.de/sqg/upload/CONTENT/Qualitaetsberichte/2009/AQUA-Qualitaetsreport-2009.pdf> [Recherchedatum 08.02.2011]
- Barbieri A et al.: Effects of clinical pathways in the joint replacement: a meta-analysis. BMC Medicine. 2009. 7. 1–29
- Birkmeyer JD et al.: Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States. N Engl J Med. 2002. 346 (15). 1128–1137

- Bundesärztekammer: Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie). Gesamtnovelle 2005, mit Änderungen und Ergänzungen. Deutscher Ärzte-Verlag Köln. 2007
- Bundesärztekammer: Querschnitts-Leitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten. 4. überarbeitete Auflage. Deutscher Ärzte-Verlag Köln. 2009
- Buscarini M et al.: Complications of radical cystectomy. *Minerva Urol Nefrol.* 2007. 59 (1). 67–87
- Castillo OA et al.: Complications in Laparoscopic Radical Cystectomy. The South American Experience with 59 Cases. *Int Braz J Urol.* 2006. 32 (3). 300–305
- Corman JM et al.: Comparison of complications after radical and partial nephrectomy: results from the National Veterans Administration Surgical Quality Improvement Program. *BJU Int.* 2000. 86 (7). 782–789
- Curtis JP et al.: All-Cause Readmission and Repeat Revascularization After Percutaneous Coronary Intervention in a Cohort of Medicare Patients. *J Am Coll Cardiol.* 2009. 54 (10). 903–907
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie: S2-Leitlinie »Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen«. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie. Version 2009. Im Internet unter www.leitlinien.net
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie: S2-Leitlinie »Petrochantäre Oberschenkelfraktur«. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie. Version 2009. Im Internet unter www.leitlinien.net
- Deutsche Krebsgesellschaft: S3-Leitlinie »Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau«. Nationale interdisziplinäre S3-Leitlinie der Deutschen Krebsgesellschaft. Version: 2009
- Eckstein HH et al.: Results of the Stent-Protected Angioplasty versus Carotid Endarterectomy (SPACE) study to treat symptomatic stenoses at 2 years: a multinational, prospective, randomised trial. *Lancet Neurology.* 2009. 7 (10). 893–902
- Eckstein HH: Qualitätssicherung und volume-outcome-Beziehung bei der operativen Therapie des Abdominellen Aortenaneurysmas (AAA). *Chirurg BDC.* 2007. 7. 222–223
- Guterath L, Gerstorfer M: Schockraum-Management. Organisation und Patientenversorgung. Buch 0325: Schockraum-Management. L Guterath, M Gerstorfer (Hrsg.). Urban & Fischer Verlag 2009 (ISBN 978-3-347-24800-9). 2009. 1.
- Heller G et al.: Sterblichkeitsrisiko von Frauen und Männern nach Myokardinfarkt. Eine Analyse stationärer Abrechnungsdaten. *Deutsches Ärzteblatt.* 2009. 105 (15). 279–285
- Heuschmann PU et al.: Development and Implementation of Evidence-Based Indicators for Measuring Quality of Acute Stroke Care: The Quality Indicator Board of the German Stroke Registers Study Group (ADSR). *Stroke.* 2006. 37. 2573–2578

- Hollenbeak ChS et al.: The Impact of Percutaneous Coronary Interventions on Outcomes for Acute Myocardial Infarction in Pennsylvania. *Am J Med Qual.* 2007. 22 (2). 85–94
- Ingeman A et al.: Quality of Care and Mortality Among Patients With Stroke. A Nationwide Follow-up Study. *Med Care.* 2009. 46 (1). 63–69
- Jacobsen KM et al.: The economic burden of complications during percutaneous coronary intervention. *Qual Saf Health Care.* 2007. 16. 154–159
- Jneid H et al.: Impact of Time of Presentation on the Care and Outcomes of Acute Myocardial Infarction. *Circulation.* 2009. 117. 2502–2509
- Joudi FN et al.: Analysis of Complications Following Partial and Total Nephrectomy for Renal Cancer in a Population Based Sample. *J Urology.* 2007. 177 (5). 1709–1714
- Lammert F et al.: Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen und der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie zur Diagnostik und Therapie von Gallensteinen. Version 2007. Im Internet www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-008_S3_Diagnostik_und_Therapie_von_Gallensteinen_07-2007_12-2012.pdf
- Mackway-Jones K et al.: Ersteinschätzung in der Notaufnahme. Das Manchester-Triage-System. Buch 0288: Ersteinschätzung in der Notaufnahme. Das Manchester-Triage-System, Verlag Hans Huber 2006 (ISBN 3-456-84317-8). 2006. 1–213
- Moreno RP et al.: Sepsis mortality prediction based on predisposition, infection and response. *Intensive Care Med.* 2009. 34. 496–504
- Müller U et al.: Effect of a flow chart on use of blood transfusions in primary total hip and knee replacement: prospective before and after study. *Qual Saf Health Care.* 2004. 13: 444–449
- Programm für Nationale Versorgungsleitlinien: Nationale Versorgungsleitlinie Chronische KHK. Version 2009. Im Internet unter www.versorgungsleitlinien.de/themen/khk/pdf/nvl_khk_lang.pdf
- Programm für Nationale Versorgungsleitlinien: Patientenleitlinie Chronische Koronare Herzkrankheit KHK. Version 2009. Im Internet unter www.versorgungsleitlinien.de/patienten/pdf/nvl_khk_patienten.pdf
- Rivers E et al.: Early Goal-Directed Therapy in the Treatment of Severe Sepsis and Septic Shock. *N Engl J Med.* 2001. 345 (19). 1368–1377
- Schermerhorn ML et al.: Endovascular vs. Open Repair of Abdominal Aortic Aneurysms in the Medicare Program. *N Engl J Med* 2009; 358:464
- Statistisches Bundesamt: Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen). Im Internet unter www.gbe-bund.de/oowaq21-install/servlet/oowa/awq2/dboowasysq21.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/349361271/53724833



- Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Im Internet unter www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/zdw/2010/PD10__005__p002.psml
- Vincent JL et al.: Sepsis in European intensive care units: Results of the SOAP study. Crit Care Med. 2006. 34 (2). 344–353
- Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung. Empfehlungen zur Struktur, Organisation und Ausstattung der Schwerverletzten-Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. September 2006. www.dgu-online.de Recherchedatum 08.02.2010
- Welte T, Köhnlein Th: Global and Local Epidemiology of Community-Acquired Pneumonia: The Experience of the CAPNETZ Network. Semin Respir Crit Care Med. 2009. 30. 127–135

Brühwiler

Risikomanagement als Führungsaufgabe

Unter Berücksichtigung der neuesten
Internationalen Standardisierung

2. Auflage



03 Zahlen | Daten | Fakten

Akkreditierungen, Zertifizierungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Die Mitgliedshäuser im CLINOTEL-Krankenhausverbund sehen Qualitätssicherung als eine elementare Grundlage zur optimalen Patientenversorgung und wenden strukturierte Qualitätssicherungsmaßnahmen an.

Bei der Übersicht über Akkreditierungen und Zertifizierungen wird deutlich, wie umfassend sich unsere Krankenhäuser freiwillig, also ohne gesetzliche Verpflichtungen, externen Überprüfungen stellen, bei denen sie nachweisen, dass entsprechende Qualitätsanforderungen erfüllt werden. Wichtig ist, dass es sich hierbei nicht um einen einmaligen Nachweis handelt. Die nachfolgend für das gesamte Haus beziehungsweise für spezielle Bereiche aufgeführten Akkreditierungen und Zertifizierungen erfordern in regelmäßigen Abständen erneute Überprüfungen. Somit ist sichergestellt, dass wir uns nicht auf dem Erreichten ausruhen, sondern immer wieder zeigen, dass geforderte Qualitätsstandards erfüllt werden und wir uns weiterentwickeln.

Auch die in der nachfolgenden Übersicht dargestellten Qualitätssicherungsmaßnahmen dienen der kontinuierlichen Verbesserung. Viele der dort dargestellten Projekte werden neben den Akkreditierungen und Zertifizierungen zur Optimierung der Patientensicherheit in den angeschlossenen Mitgliedshäusern umgesetzt.

Übersicht zu Akkreditierungen und Zertifizierungen

Kreisklinik Altötting

Gesamtes Haus	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
Medizinische Zentren	Darmzentrum INN-SALZACH (gemäß den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie und der DIN EN ISO 9001:2008)
	Kompetenzzentrum Koloproktologie (gemäß den Anforderungen Fachgesellschaft der Viszeralchirurgie DGAV)
	Prostatazentrum INN-SALZACH (gemäß den Anforderungen des Dachverbandes der Prostatazentren Deutschlands e.V. und der DIN EN ISO 9001:2008)
	Regionales Traumazentrum im TraumaNetzwerk ^o DGU TNW München-Oberbayern-Süd (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie)

Martin-Luther-Krankenhaus gGmbH Wattenscheid

Gesamtes Haus	KTQ/pCC (gemäß den Anforderungen der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen und der proCum Cert GmbH)
	Rauchfreies Krankenhaus (gemäß den Anforderungen an das Bronze-Zertifikat des DNRfK Deutsches Netzwerk Rauchfreier Krankenhäuser)

Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH

Gesamtes Haus	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
Medizinische Zentren	Brustzentrum (gemäß den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie sowie gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
	Chest Pain Unit (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V.)
	Darmzentrum West-Brandenburg (gemäß den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft sowie den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
	Interdisziplinäres Gefäßzentrum (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie, der Deutschen Röntgengesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Angiologie)
	Kontinenz- und Beckenboden-Zentrum (gemäß den Anforderungen der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V.)
	Stationäre Fußbehandlungseinrichtung (gemäß den Anforderungen der Deutschen Diabetes-Gesellschaft e.V.)
Institut für Pathologie	Akkreditierung des Institutes (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO/IEC 17020:2004)
Küche	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
	Herstellungsprozesse (gemäß den Anforderungen der HACCP)

Kreisklinik Burghausen

Gesamtes Haus	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
Medizinische Zentren	Kooperationspartner im Darmzentrum INN-SALZACH (gemäß den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie und der DIN EN ISO 9001:2008)

St.-Josefs-Hospital Cloppenburg

Medizinische Zentren	Brustzentrum (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
	Darmzentrum (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
Administrative Patientenaufnahme	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
Akutschmerzdienst	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
Dialyse	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
Endoskopie	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
Küche	Herstellungsprozesse (gemäß den Anforderungen der HACCP)
Labor	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)

Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH

Gesamtes Haus	KTQ (rezertifiziert gemäß den Anforderungen der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)
Medizinische Zentren	<p>Akkreditierung des Kinder-Schlaflabors (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin)</p> <p>Anerkannte Einrichtung (Stufe 1) zur Behandlung von Diabetikern Typ 1 und 2 (gemäß den Anforderungen der Deutschen Diabetes-Gesellschaft e.V.)</p> <p>Darmzentrum (gemäß den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft sowie den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)</p> <p>Kontinenz- und Beckenbodenzentrum (gemäß den Anforderungen der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V.)</p> <p>Perinatalzentrum Level 1 (gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 7 SGB V – Vereinbarung über Maßnahmen zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen)</p> <p>Prostatazentrum (gemäß den Anforderungen des Dachverbandes der Prostatazentren Deutschlands e.V. und der DIN EN ISO 9001:2008)</p> <p>Regionales Traumazentrum »Brandenburg Süd« (Leitklinik gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie DGU)</p> <p>Schlaflabor (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin)</p>
Institut für Laboratoriumsmedizin	Akkreditierung des Instituts (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 15189:2007 und DIN EN ISO/IEC 17025:2005)
Pädiatrie	<p>Gütesiegel »Ausgezeichnet für Kinder« (gemäß den Anforderungen der GKiND Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V.)</p> <p>Mukoviszidose-Ambulanz (gemäß den Anforderungen der Strukturkommission Deutscher Mukoviszidosezentren und -ambulanzen im Mukoviszidose e.V.)</p>

Klinikum Emden gGmbH

Medizinische Zentren	Regionale Schlaganfallereinheit Stroke Unit (gemäß den Anforderungen der Deutschen Schlaganfallgesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe)
----------------------	---

Marienhospital Emsdetten GmbH

Gesamtes Haus	<p>KTQ (gemäß den Anforderungen der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)</p> <p>MRSA Qualitäts- und Transparenzsiegel (gemäß den Anforderungen des Netzwerkes EUREGIO MRSA-net)</p> <p>Rauchfreies Krankenhaus (gemäß den Anforderungen an das Bronze-Zertifikat des DNRfK Deutsches Netzwerk Rauchfreier Krankenhäuser)</p>
Medizinische Zentren	<p>Akkreditierung des Schlaflabors (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin)</p> <p>Anerkannte Einrichtung (Stufe 1) zur Behandlung von Diabetikern Typ 2 (gemäß den Anforderungen der Deutschen Diabetes-Gesellschaft e.V.)</p> <p>Einrichtung der Basisversorgung im TraumaNetzwerk⁹ DGU, TNW Nord-West (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und den Richtlinien des TraumaNetzwerk⁹ DGU)</p>

Fortsetzung >>

Marienhospital Emsdetten GmbH (Fortsetzung)

Medizinische Zentren	Reisemedizin (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit e.V. und Personenzertifizierung gemäß den Anforderungen der German Association for Travel Medicine)
Intensivstation (interdisziplinär)	Besucherfreundliche Intensivstation (gemäß den Anforderungen der Stiftung Pflege, Berlin)
Küche	Zertifikat Schulverpflegung Kategorie »Produkt« (gemäß den Anforderungen der Hochschule Niederrhein und der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen)

St. Antonius-Stift Emstek

Orthopädische Klinik	Knochenbank (Akkreditierung gemäß den Anforderungen nach § 20 b und c des Arzneimittelgesetzes)
----------------------	---

Katholische Kliniken Ruhrhalbinsel gGmbH Essen

Gesamtes Haus	KTQ (gemäß den Anforderungen der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) Rauchfreies Krankenhaus (gemäß den Anforderungen an das Bronze-Zertifikat des DNRfK Deutsches Netzwerk Rauchfreier Krankenhäuser)
Medizinische Zentren	Anerkannte Einrichtung (Stufe 1 und 2) zur Behandlung von Diabetikern Typ 2 (gemäß den Anforderungen der Deutschen Diabetes-Gesellschaft e.V.) Regionale Schlaganfallereinheit Stroke Unit (gemäß den Anforderungen der Deutschen Schlaganfallgesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe)
Innere Medizin und Gastroenterologie	Anerkannte Lehrkliniken für Ernährungsmedizin der DAEM Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin (gemäß den Anforderungen des Instituts für Qualitätssicherung in Ernährungsmedizin und Diätetik)

Maria-Josef-Hospital Greven GmbH

Gesamtes Haus	KTQ (gemäß den Anforderungen der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) MRSA Qualitäts- und Transparenzsiegel (gemäß den Anforderungen des Netzwerkes EUREGIO MRSA-net) Rauchfreies Krankenhaus (gemäß den Anforderungen an das Bronze-Zertifikat des DNRfK Deutsches Netzwerk Rauchfreier Krankenhäuser)
Medizinische Zentren	Brustzentrum (Rezertifizierung gemäß den Anforderungen des Landes Nordrhein-Westfalen)
Küche	Zertifikat Schulverpflegung Kategorie »Produkt« (gemäß den Anforderungen der Hochschule Niederrhein und der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen)
Anästhesiologie und Intensivmedizin	Ultraschall Stufe I – Sektion Anästhesiologie (Personen-Zertifizierung gemäß den Anforderungen der DEGUM Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin e.V.) Reanimation des Neu- und Frühgeborenen »New Born Lifesupport« (Personen-Zertifizierung gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.)

Klinikum Gütersloh gGmbH

Gesamtes Haus	KTQ (gemäß den Anforderungen der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)
Medizinische Zentren	Brustzentrum (gemäß den Anforderungen des Landes Nordrhein-Westfalen) Darmkrebszentrum (gemäß den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft) Gefäßzentrum (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie DGG) Gynäkologisches Krebszentrum (gemäß den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft) Lokales Traumazentrum im Traumanetzwerk Ostwestfalen (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie) Prostatakarzinomzentrum (gemäß den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft)
Apotheke	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2000)
Innere Medizin II Gastroenterologie	Qualitätsmanagementsystem Gastroskopie-Koloskopie (gemäß den Anforderungen der Norddeutschen Gesellschaft für Gastroenterologie e.V.)
Küche	RAL Gütezeichen Diät- und Vollkost

Klinikum Ingolstadt GmbH

Medizinische Zentren	Anerkannte Einrichtung (Stufe 1) zur Behandlung von Diabetikern Typ 1 und 2 (gemäß den Anforderungen der Deutschen Diabetes-Gesellschaft e.V.) Brustzentrum (Rezertifizierung gemäß den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie sowie gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008) Darmkrebszentrum (gemäß den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft sowie gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008) Gynäkologisches Krebszentrum Ingolstadt (gemäß den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft sowie gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008) Perinatalzentrum Level 1 (gemäß Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 7 SGB V – Vereinbarung über Maßnahmen zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen) Prostatakarzinomzentrum Ingolstadt (gemäß den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft sowie gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008) Überregionales Traumazentrum im Netzwerk München Oberbayern Nord (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie)
Institut für Laboratoriumsmedizin	Akkreditierung des Instituts (Reakkreditierung gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 15189:2007 und DIN EN ISO/IEC 17025:2005; POCT (Point-of-care-testing) gemäß Anforderung der DIN EN ISO 22870)
Küche	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
Medizinische Klinik III KfH-Nierenzentrum Ingolstadt	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)

Hospital zum Heiligen Geist GmbH

Gesamtes Haus	KTQ (Rezertifizierung gemäß den Anforderungen der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)
Medizinische Zentren	Klinisches osteologisches Schwerpunktzentrum (gemäß den Anforderungen des DVO Dachverband Osteologie e.V.) Schlafmedizinisches Zentrum (gemäß den Anforderungen der DGSM Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin)
Küche	Herstellungsprozesse (gemäß den Anforderungen der HACCP)

Stiftungsklinikum Mittelrhein GmbH

Gesamtes Haus	Rauchfreies Krankenhaus (gemäß den Anforderungen an das Silber-Zertifikat des DNRfK Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser)
Medizinische Zentren	Anerkannte Einrichtung (Stufe 1) zur Behandlung von Diabetikern Typ 2 (gemäß den Anforderungen der Deutschen Diabetes-Gesellschaft e.V.)
Augenheilkunde	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2000)
Innere Medizin	Qualitätssicherung Linksherzkatheter und Percutane Interventionen (gemäß den Anforderungen der ALLK Arbeitsgemeinschaft Leitender Kardiologischer Krankenhausärzte e.V.)

Krankenhaus Landshut-Achdorf

Gesamtes Haus	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der EN ISO 9001:2008)
Medizinische Zentren	Chest Pain Unit (gemäß den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Herz- und Kreislauferkrankungen e.V.) Designated Center of Integrated Oncology and Palliative Care (gemäß den Anforderungen der European Society for Medical Oncology ESMO) Gefäßzentrum (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie DGG) Kompetenzzentrum für chirurgische Coloproktologie (gemäß den Anforderungen des Berufsverbandes der Coloproktologen Deutschlands e.V. BCD) Regionales Traumazentrum im Traumanetzwerk Ostbayern TNO (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie DGU)
Endoskopie	Hygiene in der Endoskopie (gemäß den Anforderungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern)
Gefäßchirurgische Klinik	Endovaskulärer Chirurg (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie DGG)

Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH

Gesamter Klinikverbund	Umweltmanagementsystem nach EMAS (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 14001)
Medizinische Zentren	Anerkannte Einrichtung (Stufe 1) zur Behandlung von Diabetikern Typ 1 und Typ 2 (gemäß den Anforderungen der Deutschen Diabetes-Gesellschaft e.V.) Onkologischer Schwerpunkt Lörrach-Rheinfelden (gemäß den Anforderungen des Sozialministeriums Baden-Württemberg) Regionale Schlaganfalleinheit Stroke Unit (gemäß den Anforderungen der Deutschen Schlaganfallgesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe) Regionales TraumaNetzwerk TNW Oberrhein (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie DGU) Schlafmedizinisches Zentrum (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin)
Wundmanagement	Personenzertifizierung Wund-Diplomärztin/Wundmanager (gemäß den Anforderungen der TÜV Austria Cert GmbH)

Klinikum Lünen – St.-Marien-Hospital

Medizinische Zentren	Brustzentrum (gemäß den Anforderungen des Landes Nordrhein-Westfalen) Regionale Schlaganfalleinheit Stroke Unit (gemäß den Anforderungen der Deutschen Schlaganfallgesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe) Traumazentrum (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und den Richtlinien Trauma Netzwerk DGU)
Apotheke	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2000)
Küche	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2000) Zertifikat EU Zulassung (gemäß Artikel 3 der Verordnung (EG) Nr. 854- 2004 in Verbindung mit Artikel 31 der Verordnung (EG) Nr. 882/2004) Herstellungsprozesse (gemäß den Anforderungen der HACCP)

St. Josef Krankenhaus GmbH Moers

Medizinische Zentren	Anerkannte Einrichtung (Stufe 1 und 2) zur Behandlung von Diabetikern Typ 2 (gemäß den Anforderungen der Deutschen Diabetes-Gesellschaft e.V.) Darmzentrum (gemäß den Anforderungen an Darmzentren FAD Deutsche Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert) Kompetenzzentrum für Coloproktologie (gemäß den Anforderungen des Berufsverbandes der Coloproktologen Deutschlands e.V. BCD) Kontinenz- und Beckenbodenzentrum (gemäß den Anforderungen der Deutschen Kontinenzgesellschaft e.V.) Prostatazentrum (gemäß den Anforderungen des Dachverbandes der Prostatazentren Deutschlands e.V.)
Allgemein-, Thorax- und Viszeralchirurgie	Beratungsstelle nach den Richtlinien der Deutschen Kontinenzgesellschaft e.V. (gemäß den Anforderungen der Deutschen Kontinenzgesellschaft e.V.)
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Babyfreundliches Krankenhaus (gemäß den Anforderungen der WHO/UNICEF-Initiative Babyfreundliches Krankenhaus e.V.)
Innere Medizin	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
Urologie	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
Pflegedienst	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)

Ruppiner Kliniken GmbH

Medizinische Zentren	Darmkrebszentrum Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008 und DKG)
	Regionale Schlaganfalleinheit Stroke Unit (gemäß den Anforderungen der Deutschen Schlaganfallgesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe)
	Perinatalzentrum Level 2 (gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 7 SGB V – Vereinbarung über Maßnahmen zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen)

St. Clemens Hospitale Sterkrade GmbH

Medizinische Zentren	Alterstraumatologie (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
	Perinatalzentrum Level 2 (gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 7 SGB V – Vereinbarung über Maßnahmen zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen)
	Lokales Traumazentrum (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und den Richtlinien TraumaNetzwerk ^D DGU)
	Stationäre Fußbehandlungseinrichtung (gemäß den Anforderungen der Deutschen Diabetes-Gesellschaft e.V.)
Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
Frauenklinik mit Geburtshilfe	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
	Minimal-invasive Chirurgie (MIC) der Stufe III (gemäß den Anforderungen der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Endoskopie)
	Gynäkologie-Kurse (zertifiziert durch die AGE Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Endoskopie e.V. der DGGG Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.)
Frauenklinik mit Geburtshilfe/ Innere Medizin	Beratungsstelle nach den Richtlinien der Deutschen Kontinenzgesellschaft e.V. (gemäß den Anforderungen der Deutschen Kontinenzgesellschaft e.V.)
Innere Medizin	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
	Reisemedizinische Gesundheitsberatung (gemäß den Anforderungen des Deutschen Verbandes Reisemedizin e.V.)
	Ernährungsmedizin (gemäß den Anforderungen der Ärztekammer Nordrhein)

Städtisches Krankenhaus Pirmasens gGmbH

Medizinische Zentren	Anerkannte Einrichtung (Stufe 1) zur Behandlung von Diabetikern Typ 2 (gemäß den Anforderungen der Deutschen Diabetes-Gesellschaft e.V.)
	Brustzentrum Pirmasens (gemäß den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie sowie gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
	Darmzentrum Pirmasens (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
	Perinatalzentrum Level 2 (gemäß Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 7 SGB V – Vereinbarung über Maßnahmen zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen)
Küche	Herstellungsprozesse (gemäß den Anforderungen der HACCP)

Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer gGmbH

Gesamtes Haus	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
Medizinische Zentren	Brustzentrum (gemäß den fachlichen Anforderungen an Brustkrebszentren FAB der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und Deutschen Gesellschaft für Senologie)
	Chest Pain Unit (gemäß den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Herz- und Kreislauferkrankungen e.V.)
	Darmzentrum (gemäß den fachlichen Anforderungen an Darmzentren FAD Deutsche Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert)
	Gefäßzentrum (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie)
	Onkologisches Zentrum (gemäß den fachlichen Anforderungen an Onkologische Zentren (FAO) der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert)
	Perinatalzentrum Level 1 (gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 7 SGB V – Vereinbarung über Maßnahmen zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen)
Chirurgie	Endovaskulärer Chirurg (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie)
Chirurgie/Gynäkologie	Beratungsstelle nach den Richtlinien der Deutschen Kontinenzgesellschaft e.V. (gemäß den Anforderungen der Deutschen Kontinenzgesellschaft e.V.)
Gynäkologie	Zertifizierter Behandlungspfad »Rekonstruktive Beckenbodenchirurgie und operative Behandlung Harninkontinenz« (gemäß den Anforderungen des SGS-TÜV)
Intensivstation (interdisziplinär)	Angehörigengerechte Intensivstation (gemäß den Anforderungen der Stiftung Pflege, Berlin)

Marienhospital Steinfurt GmbH

Gesamtes Haus	KTQ (gemäß den Anforderungen der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)
	MRSA Qualitäts- und Transparenzsiegel (gemäß den Anforderungen des Netzwerkes EUREGIO MRSA-net)
	Rauchfreies Krankenhaus (gemäß den Anforderungen an das Bronze-Zertifikat des DNRfK Deutsches Netzwerk Rauchfreier Krankenhäuser)
Medizinische Zentren	Anerkannte Einrichtung (Stufe 1) zur Behandlung von Diabetikern Typ 2 (gemäß den Anforderungen der Deutschen Diabetes-Gesellschaft e.V.)
	Kompetenzzentrum Chirurgische Endoskopie – Tutorstatus (gemäß den Anforderungen der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Endoskopie und Sonographie)
	Kompetenzzentrum für Coloproktologie (gemäß den Anforderungen des Berufsverbandes der Coloproktologen Deutschlands e.V. BCD)
Anästhesie/Geburtshilfe	Personen-Zertifizierung »New Born Lifesupport« Reanimation des Neu- und Frühgeborenen (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.)
Intensivstation	Zertifikat »Angehörige jederzeit willkommen!« (gemäß den Anforderungen der Stiftung Pflege)
Küche	Zertifikat Schulverpflegung Kategorie »Produkt« (gemäß den Anforderungen der Hochschule Niederrhein und der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen)
Psychosomatik/ Psychotherapie	Dialektisch-Behaviorale Therapie DBT – Behandlungseinheit (gemäß den Anforderungen des Dachverbandes Dialektisch-Behaviorale Therapie e.V. DDBT)
Unfallchirurgie	Einrichtung der Basisversorgung im TraumaNetzwerk ⁰ DGU, TNW Nord-West (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und den Richtlinien TraumaNetzwerk ⁰ DGU)

Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH

Medizinische Zentren	Darmzentrum Märkisch-Oderland (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
	Schlafmedizinisches Zentrum (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin)

St. Marienhospital Vechta

Medizinische Zentren	Brustzentrum (gemäß den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie sowie gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
	Darmzentrum (gemäß den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft sowie den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
	Perinatalzentrum Level 1 (gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 7 SGB V – Vereinbarung über Maßnahmen zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen)
Küche	Herstellungsprozesse (gemäß den Anforderungen der HACCP)

Krankenhaus Vilsbiburg

Gesamtes Haus	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
Medizinische Zentren	Lokales Traumazentrum im Traumanetzwerk Ostbayern TNO (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie DGU)

Juliusspital Würzburg

Medizinische Zentren	Darmzentrum Juliusspital Würzburg (gemäß den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft und der DIN EN ISO 9001:2008)
	Regionales Traumazentrum (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie)
Küche	Herstellungsprozesse (gemäß den Anforderungen der HACCP)

Übersicht zu Qualitätssicherungsmaßnahmen

Kreisklinik Altötting

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA)
	Surveillance von nosokomialen Infektionen (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen)
	Keim- und Resistenzüberwachung (regionales Projekt unter Beteiligung Klinikhygiene und Labor)
	Kontinuierliche Patientenbefragung (hausinternes Projekt)
	Jährlich stattfindende Patientenintensivbefragung über vier Wochen (hausinternes Projekt)
	Systematisch geregeltes Beschwerdemanagement (hausinternes Projekt)
	Geregeltes System zum Umgang mit »Beinahe-Ereignissen« CIRS (hausinternes Projekt)
	Qualitätssicherungssystem für Sterilgut-, Reinigungs- und Desinfektionsanlagen (gemäß den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes)
	Teilnahme am Projekt Händedesinfektion, KISS-Projekt (Robert Koch-Institut RKI)
	Vorstellung und Therapieentscheidung aller onkologischen Patienten in der Tumorkonferenz zur Therapieabstimmung (hausinternes Projekt unter Beteiligung niedergelassener Ärzte)
Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen M+M (hausinternes Projekt)
Anästhesie, OP und Intensiv	Audit CLINOTEL
Dialyse	Qualitätssicherung in der Nierenersatztherapie (QuaSi-Niere gGmbH)
Gynäkologie	Teilnahme am Disease-Management-Programm (DMP) Brustkrebs
Intensivstation	Qualitätssicherung Notfallmedizin – Dokumentation und Einsatzevaluation (hausinternes Projekt)
Labor	Ringversuche (Instand e.V. Gesellschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien und Deutsche Vereinte Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e.V.)
Medizinische Klinik I	Qualitätssicherung Linksherzkatheter (Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte e.V.)
Neurologie	Externe Qualitätssicherung Schlaganfall (Initiative im Land Bayern)
Pflegedienst	Sturz- und Dekubitusprophylaxe (hausinternes Projekt)
	Infektionsmanagement Wunden und Verweilkanülen (hausinternes Projekt)
Transfusionsmedizin	Audit CLINOTEL
Urologie	Patientenbefragung Prostataerkrankung (hausinternes Projekt)
	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen M+M (hausinternes Projekt)

Martin-Luther-Krankenhaus gGmbH Wattenscheid

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA)
	Durchführung interner Visitationen (Qualitätsmanagement)
	Durchführung der zweiten Rezertifizierung nach KTQ (Qualitätsmanagement)
	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen M+M
	Kontinuierliche Patientenbefragung
	Systematisch geregeltes Beschwerdemanagement
	Teilnahme an den zutreffenden Bereichen Qualitätssicherung mit Routedaten (CLINOTEL)
Chirurgie	Implementierung der Richtlinien der DGU zur Versorgung Schwerverletzter (Weißbuch)
	Anmeldung/Teilnahme am Traumaregister der DGU
	Anmeldung/Teilnahme am Traumanetzwerk Ruhrgebiet
	Fallbesprechungen alterstraumatologischer Patientinnen und Patienten zusammen mit dem Marienhospital, Bochum
Hygiene	MRSA-Infektionen und Darlegung der Resistenzlage (Mikrobiologisches Institut Bochum)
	Teilnahme am MRSA-Netzwerk Bochum (Gesundheitsamt Bochum)
Innere Medizin	Benchmarking Endoskopie (Arbeitsgemeinschaft Leitender Gastroenterologischer Krankenhausärzte e.V.)
	Reorganisation und Validierung der Arbeitsabläufe in der Endoskopie und Sonographie (internes Projekt)
	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1
	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2
	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V Koronare Herzkrankheit (KHK)
Mitgliedschaft im »Herzinfarktverbund Bochum«	
Pflegedienst	Peer Review Aspiration (CLINOTEL)
	Projekt »Familiale Pflege« (Universität Bielefeld)
Psychiatrie und Psychotherapie	Basisdokumentation nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
	Externe Stationssupervisionen (externer Supervisor)
	Zusammenarbeit mit externen Stellen (Selbsthilfegruppen, Vereinen)

Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA)
	Tumorkonferenz des Interdisziplinären Tumorthapiezentrum Brandenburg (ITB) sowie des Brandenburgischen Brustzentrums
	Interne Audits
	Kundenbefragungen (Patienten, Einweiser und Mitarbeiter)
	Teilnahme an den zutreffenden Bereichen Qualitätssicherung mit Routinedaten (CLINOTEL)
Apotheke	Mikrobiologische Validierung (Hygiene-Institut AYSID GmbH)
	Ringversuche zur Qualitätssicherung von in Apotheken hergestellten Rezepturen (Zentrallaboratorium Deutscher Apotheker e.V.)
	Auditierung Zytostatikalarbor (Landesgesundheitsamt Brandenburg)
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	Qualitätssicherung mittels M+M-Konferenz
	Qualitätssicherung Magenkarzinom (An-Institut für Qualitätssicherung der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg)
	Qualitätssicherung Kolorektales Karzinom (An-Institut für Qualitätssicherung der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg)
	Qualitätssicherung Kolorektales Karzinom (Arbeitsgruppe am Tumorzentrum Land Brandenburg e.V.)
	Qualitätsbericht des Tumorzentrums, Potsdam (Auswertung über alle gemeldeten Karzinome)
Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie	Surveillance von nosokomialen Infektionen (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen)
	Patientensicherheits-Optimierungs-System Stufe I (Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin e.V.)
Klinik für Augenheilkunde	Visusverbesserung nach Venenverschlüssen (hausinternes Projekt)
	Komplikationserfassung bei Operationen (hausinternes Projekt)
	Rezidivhäufigkeiten bei Basaliomen (hausinternes Projekt)
	Refraktionsdifferenz nach Katarakt-Operationen (hausinternes Projekt)
Klinik für Gefäßchirurgie	Qualitätssicherung Infrarenales Aortenaneurysma (Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie)
	Qualitätssicherung der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (File Team Brandenburg)
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe	Qualitätssicherung auf Basis der Kennzahlen aus dem Erhebungsbogen für zertifizierte Brustzentren (Brandenburgisches Brustzentrum)
	Teilnahme am Disease-Management-Programm (DMP) Brustkrebs
Klinik für HNO und Gesichtschirurgie	Komplikationserfassung bei Operationen (hausinternes Projekt)
	Qualitätssicherung operativer und pflegerischer Leistungen (Partnerschaftsvertrag mit niedergelassenen und einweisenden Ärzten)
	Neugeborenen Hörscreening (Kooperationsprojekt mit Fachhochschule)
	Einhaltung des Beschlusses des Bundesministeriums für Gesundheit nach §§ 1–10
	Fragebogenaktion zur Patientenzufriedenheit im Monat Februar

Fortsetzung >>

Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH (Fortsetzung)

Klinik für Innere Medizin I	Qualitätssicherung Koronare Herzkrankheit bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen
	Qualitätssicherung Vorhofflimmern (Kompetenznetzwerk Vorhofflimmern, AFNET-Register)
	Qualitätssicherung Vorhofflimmern (Kompetenznetzwerk Vorhofflimmern, Ablationsregister)
	Qualitätssicherung Vorhofflimmern (Kompetenznetzwerk Vorhofflimmern, Register zur Erfassung kritischer Ereignisse [SAE, Serious Adverse Events])
	Qualitätssicherung Linksherzkatheter (Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte e.V.)
	Qualitätssicherung chronisch herzinsuffizienter Patienten (Bestimmung der Ergebnisqualität durch tägliche Messungen und wissenschaftliche Analyse der Telemonitorischen Betreuung)
Qualitätssicherung Myokardinfarkt (Myokardinfarkt-Register Brandenburg)	
Klinik für Innere Medizin II	Qualitätssicherung Diabetes mellitus Typ 2 bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen
	Selbstkontrolle zur Ergebnisqualität der endoskopischen Papillotomie (Deutsches Papillotomieregister, BMI Biomedical Informatics Heidelberg)
	Benchmarking Endoskopie (Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V.)
	Qualitätssicherung kurative und präventive Koloskopie (Koloskopieregister der Onkologiekonferenz des Landes Brandenburg)
	Deutsches Endosonographieregister der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Endoskopie
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	Qualitätssicherung Neonatologie (Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung Brandenburg)
	Benchmarking bei der Versorgung von Mukoviszidose-Patienten (Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen der Ärztekammer Niedersachsen)
	Kerndokumentation Kinderrheumatologie
	Erhebung seltener pädiatrischer Erkrankungen in Deutschland (ESPED)
Klinik für Neurochirurgie	Komplikationserfassung bei Operationen (hausinternes Projekt)
Nuklearmedizin	Qualitätssicherung in der Nuklearmedizin (Ärztliche Stelle für die Qualitätssicherung in der Nuklearmedizin der Landesärztekammer Brandenburg)
Pathologie	Ringversuche zur Qualitätssicherung bei der Rezeptoranalyse des Mammakarzinoms (Berufsverband Deutscher Pathologen e.V.)
	Peer Review Verfahren Immunhistochemie (Qualitätszirkel Brandenburger Krankenhauspathologen)
Pflegedienst	Interne Audits im Pflegedienst
	Qualitätssicherung Dekubituserfassung und Controlling
	Peer Review Sturz (CLINOTEL)
	Peer Review Aspiration (CLINOTEL)
	Qualitätssicherung durch Wund- und Stomaberaterin (zertifizierte Wundexpertin nach ICW, Stomafachberater)
Radiologie	Qualitätssicherung in der Radiologie (Ärztliche Stelle für die Qualitätssicherung in der Radiologie der Landesärztekammer Brandenburg)
	Qualitätssicherung Gefäßzentrum (Teilnahme an der online Datenerfassung zur Qualitätssicherung der Deutschen Gesellschaft für Interventionsradiologie)
Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie	Qualitätssicherung durch Nachuntersuchung bei Knieendoprothesen und Vorfußoperationen (hausinternes Projekt)

Kreisklinik Burghausen

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA)
	Surveillance von nosokomialen Infektionen (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen)
	Keim- und Resistenzüberwachung (regionales Projekt unter Beteiligung Klinikhygiene und Labor)
	Kontinuierliche Patientenbefragung (hausinternes Projekt)
	Jährlich stattfindende Patientenintensivbefragung über vier Wochen (hausinternes Projekt)
	Systematisch geregeltes Beschwerdemanagement (hausinternes Projekt)
	Geregeltes System zum Umgang mit »Beinahe-Ereignissen«, CIRS (hausinternes Projekt)
	Qualitätssicherungssystem für Sterilgut-, Reinigungs- und Desinfektionsanlagen (gemäß den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes)
	Teilnahme am Projekt Händedesinfektion, KISS-Projekt (Robert Koch-Institut RKI)
	Vorstellung und Therapieentscheidung aller onkologischen Patienten in der Tumorkonferenz zur Therapieabstimmung (hausinternes Projekt)
Labor	Ringversuche (Instand e.V. Gesellschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien und Deutsche Vereinte Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e.V.)
Pflegedienst	Sturz- und Dekubitusprophylaxe (hausinternes Projekt)

St.-Josefs-Hospital Cloppenburg

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA)
	Kontinuierliche Patientenbefragung
Brustzentrum	Regelmäßige Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen M+M, Qualitätszirkel, Patientenbefragung
Darmzentrum	Regelmäßige Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen M+M, Qualitätszirkel, Patientenbefragung
Innere Medizin	Qualität in der Nephrologie, QiN (Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V.)

Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH

Gesamtes Haus	Geregeltes System zum Umgang mit »Beinahe-Ereignissen«, CIRS (hausinternes Projekt)
	Patientenbefragung in allen Kliniken
	Zuweiseranalyse
	Benchmarking von Qualitätsindikatoren über die Arbeitsgemeinschaft Kommunalen Großkrankenhäuser Deutschland (AKG)
	Strukturiertes Patientenbeschwerdesystem
	Ideenmanagement/Betriebliches Vorschlagswesen mit Prämierungsmodell
	Jährliche Führungskräfte-Workshops, unter anderem zu den Themen Kommunikation und Konfliktmanagement für circa 80 Führungskräfte

Fortsetzung >>

Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH (Fortsetzung)

Apotheke	Teilnahme an Ringversuchen zur Herstellung von Rezepturen am Zentrallabor Deutscher Apotheker Mikrobiologische Validierung der Räume und Mitarbeiter in der Arzneimittelherstellung
Augenheilkunde	Internes QM-Projekt Katarakt-OP, Glaukom-OP, Makulachirurgie Auswertung der Abschlussarbeit einer Optikerin zu Visus, Gesichtsfeld, Kontrastsehen und Vergrößerungsbedarf vor Netzhautoperationen wegen epiretinaler Gliose und Makulaforamen
Chirurgie	Qualitätssicherung mittels M+M-Konferenz Qualitätszirkel Darmzentrum Qualitätssicherung Magenkarzinom (An-Institut für Qualitätssicherung der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg) Qualitätssicherung Kolorektales Karzinom (An-Institut für Qualitätssicherung der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg) Qualitätssicherung Appendizitis (An-Institut für Qualitätssicherung der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg) Qualitätssicherung Adipositaschirurgie (An-Institut für Qualitätssicherung der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg) Qualitätsbericht des Tumorzentrums, Cottbus (Auswertung über alle gemeldeten Karzinome) Qualitätssicherung BÄK Carotischirurgie Qualitätssicherung Aortenaneurysma der DGG
Dermatologie	Ringversuche (Instand e.V. Gesellschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien und Deutsche Vereinte Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e.V.)
Geriatric	Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen der Geriatischen Akademie Brandenburg
Gynäkologie/Geburtshilfe	Teilnahme am Disease-Management-Programm (DMP) Brustkrebs
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Einweiserbefragung niedergelassener HNO-Ärzte
Innere Medizin/Onkologie	Qualitätssicherung im Rahmen des Deutschen Registers für Stammzelltransplantation
Institut für Laboratoriumsmedizin	Ringversuche (Institut für Standardisierung e.V., Referenzinstitut für Bioanalytik der deutschen Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin, Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V., Gesellschaft für Toxikologie und forensische Chemie) Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinische Untersuchungen (gemäß Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen »RiLiBÄK«) Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin (gemäß § 15 Transfusionsgesetz und Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten »Hämotherapie«)
Institut für Mikrobiologie und KH-Hygiene	Ringversuche (Institut für Standardisierung e.V., Referenzinstitut für Bioanalytik der deutschen Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin, Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V., Gesellschaft für Toxikologie und forensische Chemie) Teilnahme Kiss-Monitoring MRSA-Screening/MRSA-Kataster
Institut für Pathologie	Peer-Review-Verfahren im Qualitätszirkel Brandenburger Krankenhaus-Pathologie

Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH (Fortsetzung)

Institut für Radiologie	Qualitätssicherung in der Radiologie (Ärztliche Stelle für die Qualitätssicherung in der Radiologie der Landesärztekammer Brandenburg)
	Qualitätssicherung in der Strahlentherapie (Ärztliche Stelle für die Qualitätssicherung in der Strahlentherapie der Landesärztekammer Brandenburg)
	Qualitätszirkel »Arbeitskreis der Medizophysiker im Land Brandenburg«
	Teilnahme am Tumorregister Brandenburg (Tumorzentrum Cottbus)
	Qualitätssicherung Nuklearmedizin nach § 83 StrlSchV (Ärztekammer Niedersachsen)
	Qualitätssicherung Radiologie gemäß § 17a RöV und § 83 StrSchV (Ärztekammer Niedersachsen)
Neurochirurgie	Qualitätssicherung bei Wundheilungsstörungen mikrochirurgischer Bandscheibenoperationen: Nationales Referenzzentrum (NRZ) für Surveillance von nosokomialen Infektionen
	Nationales Referenzzentrum (NRZ) für Surveillance von nosokomialen Infektionen
	KISS Krankenhaus Infektions Surveillance System
Neurologie	Teilnahme am Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland (Mitglied in der ADSR) Universitätsklinikum Münster
	Teilnahme am Internationalen Schlaganfall-Register: Safety Implementation of Thrombolysis in Stroke (SITS) Stockholm
Orthopädie	Teilnahme an den Maßnahmen der externen stationären Qualitätssicherung (LQS/EQS G-BA Verfahren im Bereich Hüft- und Kniegelenks-Primärendoprothetik sowie im Bereich Knie- und Hüftgelenkswechseloperationen)
	Qualitätssicherung mittels interdisziplinärer Schmerzkonferenz unter Teilnahme niedergelassener Fachärzte
	Qualitätssicherung mittels Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz M+M
	Interdisziplinäres Tumorboard
Pädiatrie	Qualitätssicherung Mukoviszidose am Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen der Ärztekammer Niedersachsen
	Kerndokumentation von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises im Kindes- und Jugendalter (Deutsches Rheuma-Forschungszentrum drfz)
	Teilnahme am enbrel-Register (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie)
	Teilnahme am mtx-Register (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie)
	Erfassung pädiatrischer Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen – cedata (Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung)
	Teilnahme am Hämophilie-Register (Ständige Kommission Pädiatrie der Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung)
	Teilnahme am Kinder-Krebsregister (Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie)
	QS-Med-Brandenburgische Neonatalerhebung
	Neo und Neo-KISS zur Surveillance noskomialer Infektionen
Pflegedienst	Dekubitusprophylaxe (Expertenstandard Dekubitusprophylaxe)
	Sturzprophylaxe (Expertenstandard Sturzmanagement)
	Teilnahme an der externen stationären Qualitätssicherung (G-BA)
	Externe Dekubitusprävalenz Erhebung mit Benchmark (Firma ArjoHuntleigh)
	Interne Audits im Pflegedienst

Fortsetzung >>

Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH (Fortsetzung)

Pflegedienst	Qualitätssicherung Dekubitusserfassung und Controlling (hausintern)
	Qualitätssicherung durch Wund- und Fotodokumentation (hausintern)
	Pflegeüberleitung (Expertenstandard Entlassungsmanagement)
	Strukturierte Erfassung und Auswertung von Sturzereignissen (hausinternes Projekt)
	Regelmäßig systematische Dokumentationsaudits (PKMS Fallbesprechungen)
Pneumologie	Klinisches Zentrum für CAPNETZ-Studie (ambulant erworbene Pneumonie)
	Wöchentlich interdisziplinärer Lungenzirkel (zertifiziert durch Landesärztekammer Brandenburg)
Unfallchirurgie	Teilnahme an der Polytrauma-Erfassung (gemäß den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie DGU)
Unfallchirurgie und Orthopädie	Qualitätssicherung Infektionserfassung bei Knie- und Hüftgelenksimplantationen (Robert Koch-Institut RKI)
Urologie	Zentrale Qualitätssicherung über die AG Prostatakarzinom des Arbeitskreises Qualität in der Onkologie

Klinikum Emden gGmbH

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA)
	Surveillance von nosokomialen Infektionen (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen)
	Keim- und Resistenzüberwachung (regionales Projekt unter Beteiligung Klinikhygiene und Labor)
	Teilnahme am Projekt Händedesinfektion, KISS-Projekt (Robert Koch-Institut RKI)
	Qualitätssicherungssystem für Sterilgut-, Reinigungs- und Desinfektionsanlagen (gemäß den Vorgaben des MPG)
	Kontinuierliche Patientenbefragung (hausinternes Projekt)
	Vorstellung und Therapieentscheidung onkologischer Patienten in der Tumorkonferenz zur Therapieabstimmung (hausinternes Projekt)
	Dekubitusprophylaxe (hauseigenes Projekt)
	Datenauswertung Prävalenz/Inzidenz Dekubitus (hauseigenes Projekt)
	Peer Review Pneumonie (CLINOTEL)
	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz M+M (hauseigenes Projekt)
	Teilnahme an den zutreffenden Bereichen Qualitätssicherung mit Routedaten (CLINOTEL)
	Anästhesie
Teilnahme an Studien/Registern (z.Zt. SPLEEN.off, CIRS-AINS, iLA-Registry)	
Qualitätsindikatoren Intensivmedizin (wissenschaftlicher Arbeitskreis der DGAI)	
Datenerhebung und -auswertung für die Behandlung von Patienten mit Sepsis (hauseigenes Projekt)	
Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie	Teilnahme am Tumor-Zentrum Weser Ems (Meldung aller onkologischen Patienten einschließlich Colorektales Karzinom)
	Qualitätssicherung Rektumkarzinome (Teilnahme an der PETACC-6-Studie für prä- und postoperative Radiochemotherapie bei fortgeschrittenen Rektumkarzinomen)

Klinikum Emden gGmbH (Fortsetzung)

Apotheke	Qualitätssicherung hauseigener Rezepturen (QM-Handbuch Apotheke, BAK Leitlinie 3 und 6, Rezepturversuch ZL, Zentrallaboratorium Dt. Apotheker, mind. 1x jährlich)
	Qualitätssicherung Zytostatikalarbor Qualitätsmanagement-Handbuch Apotheke, TRGS 525, BAK Leitlinie 5 und 6
	Mikrobiologische Validierung (gemäß Leitlinie der BAK Leitlinie 6, GMP Annex 1, Qualitätsmanagement-Handbuch Apotheke)
Neurologie	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland (Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universitätsklinikum Münster)
	Teilnahme an BE-FAST-Studie (Bio-Marker zur Differenzierung Ischämie vs. Blutung beim akuten Schlaganfall)
	Teilnahme an Registerstudie zur Behandlung von raumfordernden Hirninfarkten (DESTINY-R)
	Teilnahme an Projekten in Zusammenarbeit mit dem Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Wilhelms-Universität Münster
	Teilnahme an verschiedenen Studien zur Multiplen Sklerose Teilnahme an einer GBS-Studie des Paul-Ehrlich-Instituts
Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	Implementierung eines Anamnesebogens für gerontopsychiatrische Patienten (hauseigenes Projekt)
Radiologie	Qualitätssicherung Nuklearmedizin nach § 83 StrlSchV (Ärztammer Niedersachsen)
	Qualitätssicherung Radiologie gemäß § 17a RöV und § 83 StrlSchV (Ärztammer Niedersachsen)
Unfallchirurgie und Orthopädie	Qualitätssicherung Infektionserfassung bei Knie- und Hüftgelenksimplantationen (Robert Koch-Institut RKI)

Marienhospital Emsdetten GmbH

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA)
	Teilnahme an den zutreffenden Bereichen Qualitätssicherung mit Routedaten (CLINOTEL)
	Surveillance von nosokomialen Infektionen (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen)
	Strukturierte ärztliche Weiterbildung (ckt-internes Projekt)
	Qualitätssicherung in der Onkologie (Onkologischer Schwerpunkt Münster)
	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (ckt-internes Projekt)
	Risiko-Assessment und Analyse der Aufnahmestation (GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH, Detmold)
	Anonyme Erfassung im Rahmen des CIRS
Chirurgie	Qualitätssicherung Rektumkarzinome (Teilnahme an der Studie des An-Institutes für Qualitätssicherung in der operativen Medizin an der Otto-von-Guericke-Universität Marburg)
	Qualitätssicherung Infektionserfassung bei Knie- und Hüftgelenksimplantationen KISS Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (Robert Koch-Institut RKI)
Innere Medizin	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (ckt-internes Projekt)

St. Antonius-Stift Emstek

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA)
Orthopädie	Erstellung und Bearbeitung von Behandlungspfaden für ausgewählte orthopädische Eingriffe (hausinternes Projekt)

Katholische Kliniken Ruhrhalbinsel gGmbH

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA)
	Teilnahmen an der Patientenzufriedenheitsstudie Klinik-Führer-Rhein/Ruhr (Initiativkreis Ruhrgebiet)
	Teilnahmen an der Patientenzufriedenheitsstudie der AOK
	Teilnahmen an der Patientenzufriedenheitsstudie der Techniker Krankenkasse
	Teilnahme am CLINOTEL-Auditverfahren (Klinische Audits)
	Arbeitsgruppe sektorübergreifender Standard zum Umgang mit multiresistenten Erregern (Gesundheitskonferenz Essen)
	Teilnahme an den zutreffenden Bereichen Qualitätssicherung mit Routinedaten (CLINOTEL)
	Infektionsstatistik durch den externen Hygienebeauftragten
	Interne Audits in allen Bereichen mit Maßnahmenplanung, Prüfung der bereits umgesetzten Maßnahmen in den auditierten Bereichen (hausinternes Projekt)
	Berufsgruppenübergreifende Projektarbeit: Prozessabläufe werden kritisch hinterfragt und neu bearbeitet (hausinternes Projekt)
Allgemein- und Viszeralchirurgie	Strukturiertes Besprechungswesen und regelmäßiger Austausch in allen Bereichen (hausinternes Projekt)
	Systematisch geregeltes Beschwerdemanagement (hausinternes Projekt)
	Wöchentliche Tumorkonferenz (hausintern mit externen Vertragspartnern und niedergelassenen Ärzten)
Innere Medizin und Gastroenterologie	Qualitätssicherung Kolorektales Karzinom (im Dokumentationsverbund Westdeutsches Darm-Centrum)
	Qualitätssicherung durch Datenauswertung postoperativer Wundinfektionen bei Eingriffen an Kolon und Hernien im Rahmen des KISS Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (Robert Koch-Institut RKI)
	Teilnahme an der Qualitätssicherung gemäß den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) für Darmkrebszentren
	Basisdokumentation aller relevanten Daten von Tumorpatienten (Tumorzentrum Herne)
Kardiologie (Herz-, Kreislauf- und Gefäßkrankheiten)	Wöchentliche Tumorkonferenz (hausintern mit externen Vertragspartnern und niedergelassenen Ärzten)
	Qualitätssicherung Papilleneröffnung bei ERCP (Benchmarking-Instrument des Deutschen Papillotomieregisters)
	Teilnahme an der Qualitätssicherung gemäß den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) für Darmkrebszentren
Kardiologie (Herz-, Kreislauf- und Gefäßkrankheiten)	Gründung »Regionales Kompetenznetz Vorhofflimmern« (Katholische Kliniken Ruhrhalbinsel, Elisabeth Krankenhaus Essen und Marienhospital Mülheim)
	Umsetzung der Leitlinien »Vorhofflimmern« der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie vom Oktober 2010 in den Klinikalltag

Katholische Kliniken Ruhrhalbinsel gGmbH (Fortsetzung)

Kardiologie (Herz-, Kreislauf- und Gefäßkrankheiten)	Zielsetzung 2011: Einbeziehung von Praxen für Innere Medizin und Allgemeinmedizin in das Kompetenznetz Vorhofflimmern
	Zielsetzung 2011: Einführung der Spiroergometrie in das diagnostische Spektrum der Abteilung
	Teilnahme an der Qualitätssicherung für Herzkatheteruntersuchungen (Koronarangiografien) und Herzschrittmacherimplantationen
Neurologie	Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern bei der Schlaganfallversorgung (Schlaganfallverbund Essen)
	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung für Patienten mit Schlaganfall (Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein IQN)
	Zusammenarbeit bei der Prävention von Schlaganfällen (Netzwerk Ruhrgebiet gegen den Schlaganfall)
Orthopädie und Unfallchirurgie	Qualitätssicherung zur Implantation von Knieprothesen (Teilnahme an einer bundesweiten Datenerfassung der Firma Aeskulap)
Pflegedienst	Pflegeüberleitung (Gesundheitskonferenz Essen)
	Datenauswertung der Prävalenz-/Inzidenzstudie Dekubitus und Sturz mit Benchmark (Firma KCI)
	Peer-Review-Verfahren Aspiration (CLINOTEL)
	Peer-Review-Verfahren Dekubitus und Sturz
	Integrierte Versorgung von Versicherten in Pflegeheimen (AOK)
	Behandlungspfade Integrierte Versorgung (Projekt der Stadt Essen und der AOK)
	Dekubitusstatistik zur Erfassung und Auswertung aller Patienten mit Dekubitus (hausinternes Projekt)
	Strukturierte Erfassung und Auswertung von Sturzereignissen (hausinternes Projekt)
Plastische Chirurgie	Tumorkonferenz (hausintern mit externen Vertragspartnern und niedergelassenen Ärzten)
	Dokumentation gemäß Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Dokumentationsverbund Bad Driburg)
Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	Integrierte Versorgung für Patienten mit Depressionen, Angst-, Anpassungsstörungen im Rahmen der psychotherapeutischen Intensivbehandlung (Zentrum für Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum und Techniker Krankenkasse)
	Audit Transfusionsmedizin (CLINOTEL)

Maria-Josef-Hospital Greven GmbH

Gesamtes Krankenhaus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA)
	Teilnahme an den zutreffenden Bereichen Qualitätssicherung mit Routinedaten (CLINOTEL)
	Surveillance von nosokomialen Infektionen (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen)
	Selbstbewertung nach dem Kriterienkatalog KTQ (gemäß den Anforderungen der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)
	Qualitätssicherung in der Onkologie (Onkologischer Schwerpunkt Münster)
	Tumorkonferenz Darmzentrum (CKT-internes Projekt)
	Internes Audit (CLINOTEL) im Bereich der Intensivstation, OP und einer chirurgischen Station
	Risiko-Assessment und Analyse der Aufnahmestation (GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH, Detmold)
	Externe Patientenbefragung IQME GmbH in einem Zeitraum von 6 Wochen – 150 Patienten von jeder Fachabteilung (Institut für Qualitätsmessung und Evaluation)
	Behandlungspfade Integrierte Versorgung (internes Projekt)
Teilnahme am Projekt Händedesinfektion, KISS-Projekt (Robert Koch-Institut RKI)	
Frauenheilkunde/ Geburtshilfe	Benchmarking von Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms (Westdeutsches Brust-Centrum)
	Monatliche Fortbildung
	Qualitätssicherung Mammachirurgie bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen
	Jährliche Mitarbeiterbefragung Brustzentrum Nordmünsterland
	Externe Patientenbefragung über 6 Monate im Rahmen des Brustzentrums (Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln)
	Interne Audits im Rahmen des Brustzentrums Nordmünsterland
	Wartezeiterfassung (Termin bis Erstkontakt Arzt – Brustzentrum, internes Projekt)
	Interdisziplinäre Tumorkonferenz des Brustzentrums Nordmünsterland (Ärztammer Westfalen-Lippe)
Innere Medizin	Interdisziplinäre Tumorkonferenz CKT
	Qualitätssicherung in der Versorgung von Onkologischen Patienten (Bundesärztekammer)
	Qualitätssicherung Koronare Herzkrankheit bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen
	Qualitätssicherung Diabetes mellitus Typ 2 bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen
Labor	Ringversuche (Referenzinstitut für Bioanalytik)
	Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (gemäß Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen »RiLiBÄK«)
	Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin (gemäß § 15 Transfusionsgesetz und Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten »Hämotherapie«)

Klinikum Gütersloh gGmbH

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA)
	Teilnahme am Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
	Kundenbefragungen (Patienten, Einweiser, Mitarbeiter und Beschwerdemanagement)
	Qualitätssicherung mit Routinedaten
	Vorstellung aller onkologischen Patienten in der interdisziplinären Tumorkonferenz
	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen M+M
Allgemeine Chirurgie	Qualitätssicherung Kolorektales Karzinom (Institut für Qualitätssicherung in der operativen Medizin gGmbH, Magdeburg)
	Qualitätssicherung Kolorektales Karzinom (Westdeutsches Darm-Centrum)
	Qualitätssicherung mit Routinedaten (CLINOTEL)
	Qualitätssicherung Fast Track Chirurgie (Multicenterstudie unter Leitung der Charité, Universitätsmedizin Berlin)
Frauenklinik	Benchmarking von Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms (Westdeutsches Brust-Centrum)
Gefäßchirurgie	Qualitätssicherung Varizen (Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie)
	Qualitätssicherung Abdominelles Aortenaneurysma (Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie)
Hygiene	MRSA-Screening (hausinternes Projekt)
	Teilnahme am Projekt Händedesinfektion, KISS-Projekt (Robert Koch-Institut RKI)
	Surveillance von nosokomialen Infektionen (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen)
Innere Medizin II Gastroenterologie	Benchmarking Endoskopie (Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V.)
Labor	Ringversuche (Institut für Standardisierung e.V., Referenzinstitut für Bioanalytik der Deutschen Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin)
Pflegedienst	Peer Review Dekubitus (CLINOTEL)
	Peer Review Sturz (CLINOTEL)
	Qualitätssicherung mit Routinedaten (CLINOTEL)
	Systemaudit Pflegedienst (CLINOTEL)
Zentral-OP	Audit OP-Bereich (CLINOTEL)

Klinikum Ingolstadt GmbH

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA)
	Teilnahme an den zutreffenden Bereichen Qualitätssicherung mit Routinedaten (CLINOTEL)
Chirurgische Klinik I	Teilnahme am Tumorregister München (Tumorzentrum München)
Chirurgische Klinik IV	Qualitätssicherung Appendizitis (Qualitätszirkel bayerischer Kinderchirurgen)
Frauenklinik	Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie und Mammachirurgie
	Qualitätssicherung in der Geburtshilfe
	Teilnahme am Tumorregister München (Tumorzentrum München)

Fortsetzung >>

Klinikum Ingolstadt GmbH (Fortsetzung)

Institut für Anästhesie und Intensivmedizin	Qualitätszirkel Anästhesie und Intensivmedizin (Landesärztekammer Bayern)
	Qualitätssicherung Luftrettung (ADAC-Luftrettung GmbH)
	Qualitätszirkel Notfallmedizin (Landesärztekammer Bayern)
	Qualitätszirkel Palliativmedizin (Landesärztekammer Bayern)
	Qualitätszirkel Polytraumamanagement (Landesärztekammer Bayern)
	Qualitätszirkel Schmerztherapie (Landesärztekammer Bayern)
Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie	Qualitätssicherung für radiologische Interventionen (Arbeitsgemeinschaft interventionelle Radiologie der deutschen Röntgengesellschaft)
Institut für Laboratoriumsmedizin	Ringversuche (Institut für Standardisierung e.V., Referenzinstitut für Bioanalytik der deutschen Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin)
	Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (gemäß Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen »RiLiBÄK«)
	Qualitätssicherung Mikrobiologie (gemäß Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Mikrobiologie Teil A und B)
	Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin (gemäß § 15 Transfusionsgesetz und Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten »Hämotherapie«)
	Ringversuch Trinkwasseruntersuchungen (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt)
Institut für Nuklearmedizin	Qualitätssicherung in der Nuklearmedizin (Ärztliche Stelle für Nuklearmedizin der Landesärztekammer Bayern)
	Qualitätszirkel Nuklearmedizin (in Regensburg, KV Bayern)
	Teilnahme am Tumorregister München
Institut für physikalische und rehabilitative Medizin	Evaluationsstudie zur Frührehabilitation (Bundesarbeitsgemeinschaft der Akutkrankenhäuser mit Abteilungen der fachübergreifenden Frührehabilitation)
Institut für Strahlentherapie und radiologische Onkologie	Qualitätssicherung in der Strahlentherapie (Ärztliche Stelle für die Qualitätssicherung in der Strahlentherapie der Landesärztekammer Bayern)
	Qualitätszirkel Strahlentherapie (Kassenärztliche Vereinigung Bayern)
	Teilnahme am Tumorregister München (Tumorzentrum München)
Medizinische Klinik I	Qualitätssicherung Linksherzkatheter (Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte e.V.)
	Qualitätssicherung Perkutane Katheterintervention [ADONIS] (Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte e.V.)
Medizinische Klinik II	Qualitätssicherung Hygiene in der Endoskopie (Kassenärztliche Vereinigung Bayern)
	Qualitätssicherung Diabetologie Stufe 1 (gemäß den Anforderungen der Deutschen Diabetes-Gesellschaft e.V.)
	Teilnahme am Tumorregister München (Tumorzentrum München)
Medizinische Klinik III	Qualitätssicherung in der Nierenersatztherapie (QuaSi-Niere gGmbH)
	Qualität in der Nephrologie, QiN (Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V.)
Medizinische Klinik IV	Qualitätssicherung Schrittmachertherapie (BAQ)
	Qualitätssicherung ICD (BAQ)
Neurologische Klinik	Qualitätssicherung Schlaganfall (Bayerische Arbeitsgemeinschaft für die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung)
Neurochirurgische Klinik	Teilnahme am Tumorregister München (Tumorzentrum München)
	Qualitätssicherung für Therapie und Management vaskulärer Malformationen des Zentralnervensystems (Arbeitsgemeinschaft Vaskuläre Neurochirurgie der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie)

Klinikum Ingolstadt GmbH (Fortsetzung)

Neurochirurgische Klinik	Qualitätssicherung für Mikroneurochirurgie (Arbeitsgemeinschaft Neuroanatomie und Mikroneurochirurgie der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie)
	Qualitätssicherung für Endoskopie und Navigation (Arbeitsgemeinschaft Endoskopie, Navigation und funktionelle Bildgebung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie)
	Qualitätssicherung für spezielle neurochirurgische Schmerztherapie (Arbeitsgemeinschaft Spezielle Schmerztherapie und funktionelle Neurochirurgie der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie)
Notfallklinik	Qualitätszirkel interdisziplinäres Notfallzentrum (Landesärztekammer Bayern)
	Qualitätszirkel Notfallmedizin (Landesärztekammer Bayern)
Pflegedienst	Qualitätszirkel Pflege (Klinikum Ingolstadt)
Urologische Klinik	Qualitätszirkel Urologie von Go-In (Landesärztekammer Bayern)
	Offizielle Beratungsstelle (entsprechend den Richtlinien der Deutschen Kontinenzgesellschaft)
	Teilnahme am Tumorregister München (Tumorzentrum München)

Hospital zum Heiligen Geist GmbH

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA)
	Sektorübergreifende Pflegeüberleitung (Arbeitsgruppe im Kreis Viersen)
	Qualitätszirkel (Krankenhausprojekt mit niedergelassenen Ärzten, internen und externen Vertragspartnern)
	Teilnahme an den zutreffenden Bereichen Qualitätssicherung mit Routinedaten (CLINOTEL)
Endoskopie	Qualitätssicherung Koloskopie (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein)
Frührehabilitation	Qualitätssicherung/Qualitätszirkel Frührehabilitation (gemäß den Anforderungen der BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation)
Gynäkologie	Benchmarking von Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms (Westdeutsches Brust-Centrum)
	Audit Gynäkologie und Geburtshilfe (CLINOTEL)
Hygiene	Benchmarking Mikrobiologie (Labor Dr. Stein und Kollegen, Mönchengladbach, Gemeinschaftspraxis für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Humangenetik)
Innere Medizin	Qualitätszirkel Osteoporose (Krefeld und REKO Rheinland – Regionale Expertenkommission Osteoporose – in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein)
Labor	Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (gemäß Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen »RiLiBÄK« Teil A und B)
	Ringversuche (Instand e.V. Gesellschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien und Deutsche Vereinte Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e.V.)
Pflegedienst	Qualitätssicherung Dekubitus (hausinternes Projekt)
	Qualitätssicherung Sturz (hausinternes Projekt)
	Teilnahme an dem Projekt »Familiale Pflege« (Universität Bielefeld und der AOK Hamburg/Rheinland)

Fortsetzung >>

Hospital zum Heiligen Geist GmbH (Fortsetzung)

Transfusionsmedizin	Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin (gemäß § 15 Transfusionsgesetz und Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten »Hämotherapie«)
Urologie	Uro-Onkologischer Qualitätskreis (Regionalprojekt Mönchengladbach-Viersen)

Stiftungsklinikum Mittelrhein GmbH

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA)
	Teilnahme an den zutreffenden Bereichen Qualitätssicherung mit Routedaten (CLINOTEL)
	Kontinuierliche Patientenbefragung (hausinternes Projekt)
	Beschwerdemanagement (hausinternes Projekt)
	Behandlungspfade mit laufender Erfassung der Varianzen und jährlicher KVP-Konferenz (hausinternes Projekt)
Anästhesiologie	Qualitätssicherung Schlaganfall (Geschäftsstelle Qualitätssicherung Rheinland-Pfalz)
	Qualitätssicherung Pneumonie (Geschäftsstelle Qualitätssicherung Rheinland-Pfalz)
Hygiene	Surveillance von nosokomialen Infektionen (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen)
	Benchmarking Infektions- und Resistenzlage (Labor Limbach, Heidelberg)
	Hygienisch-mikrobiologisches Monitoring nach Ziffer 5.6 der Robert-Koch-Institut-Richtlinie
	Vierteljährliche Begehung durch Krankenhaushygieniker (Institut für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle, Gießen)
	Interne Begehungen nach Checklisten, Ergebnisprotokollen und Ableitung von Maßnahmen (hausinternes Projekt)
Innere Medizin	Qualitätssicherung Linksherzkatheter (Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte e.V.)
	Qualitätssicherung Perkutane Katheterintervention [ADONIS] (Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte e.V.)
	Qualitätssicherung Schlaganfall (Geschäftsstelle Qualitätssicherung Rheinland-Pfalz)
	Qualitätssicherung Pneumonie (Geschäftsstelle Qualitätssicherung Rheinland-Pfalz)
Pflegedienst	Audit Pflegedienst (CLINOTEL)
Radiologie	Qualitätssicherung in der Radiologie nach § 17a RöV und § 83 StrSchV (Ärztliche Stelle für Qualitätssicherung in der Radiologie der Landesärztekammer Rheinland Pfalz)
	Qualitätssicherung für radiologische Interventionen DEGIR (Deutsche Gesellschaft für Radiologie)
Zentrum für Gefäßmedizin und Wundbehandlung	Qualitätssicherung Diabetologie (Forum Qualitätssicherung in der Diabetologie Deutschland)

Krankenhaus Landshut-Achdorf

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA)
	Teilnahme an den zutreffenden Bereichen Qualitätssicherung mit Routinedaten (CLINOTEL)
Chirurgische Klinik I, Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie	Teilnahme am Tumorregister München (Tumorzentrum München)
Chirurgische Klinik III, Gefäßchirurgie	Qualitätssicherungsverfahren »Bauchaortenaneurysmen« und »Varizen« (Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie DGG)
Hygiene	Surveillance von nosokomialen Infektionen (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen)
Institut für Radiologie	Qualitätssicherung in der Radiologie (Ärztliche Stelle für die Qualitätssicherung in der Radiologie der Landesärztekammer Bayern)
	Qualitätssicherung für radiologische Interventionen (Deutsche Gesellschaft für interventionelle Radiologie)
Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin	Qualitätssicherungsverfahren Anästhesie Bayern (Bayerische Arbeitsgemeinschaft für die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung)
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe	Teilnahme am Tumorregister München (Tumorzentrum München)
Labor	Ringversuche (Instand e.V. Gesellschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien und Deutsche Vereinte Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e.V.)
Medizinische Klinik I, Kardiologie und Pulmonologie	Qualitätssicherung Linksherzkatheter (Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte e.V.)
Pflegedienst	Peer Review Aspiration (CLINOTEL)

Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH

Gesamter Klinikverbund	Qualitätsmanagementsystem (gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008)
	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA)
	Patientenbefragung – hausintern kontinuierlich
	Einweiserbefragung über externes Befragungsinstitut
	Interne Audits mit Maßnahmenkatalog
	Basisdokumentation aller relevanten Daten von Tumorpatienten (Tumorregister Baden-Württemberg im Rahmen des OSP)
	Infektionsmanagement Wunden und Verweilkanülen (hausinternes Projekt)
Apotheke	Zytostatikazubereitungs-Management
	Regelmäßige Partikel-Zählungen
	Mikrobiologische Validierung
	Ringversuche zur Qualitätssicherung von in Apotheken hergestellten Rezepturen
Hygiene	Keim- und Resistenzüberwachung (klinikintern durch Mikrobiologisches Labor und Hygieniker)
	Interne Hygienebegehungen mit Maßnahmenkatalog

Fortsetzung >>

Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH (Fortsetzung)

Klinik für Anästhesie	DGAI-Datensammlung zur Qualitätskontrolle der Landesärztekammer Baden-Württemberg Erfassung von SAPS und TISS in der Intensivmedizin
Kliniken für Viszeralchirurgie und Unfallchirurgie	Geregeltes System zum Umgang mit »Beinahe-Ereignissen«, CIRS (abteilungsinternes Projekt) Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen M+M Interne Fortbildungen
Klinik für Unfallchirurgie	Monatlicher Qualitätszirkel Traumaversorgung (zu festgelegten Zeiten) Facharztvisite jedes Patienten (täglich, alle Stationen/Einheiten) Fachspezifischer Hintergrunddienst
Klinik für Diabetologie	Qualitätssicherung Diabetes mellitus Typ 1 bei Teilnahme an Disease-Management-Programm Qualitätssicherung Diabetes mellitus Typ 2 bei Teilnahme an Disease-Management-Programm
Klinik für Innere Medizin	Qualitätssicherung Linksherzkatheter (Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte e.V.) Qualitätssicherung in der Versorgung onkologischer Patienten (Onkologischer Schwerpunkt Lörrach-Rheinfelden) Qualitätssicherung Koronare Herzkrankheit bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen Interdisziplinäre Tumorkonferenz Onkologie (14-tägig) Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der Externen Qualitätssicherung (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH)
Klinik für Radiologie	Qualitätssicherung Nuklearmedizin nach § 83 StrlSchV Qualitätssicherung Radiologie nach § 17a RöV (Ärztliche Stelle der LÄK Baden-Württemberg)
Labor	Ringversuche (Instand e.V. Gesellschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien und Deutsche Vereinte Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e.V.) Interne Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (gemäß Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen »RiLiBÄK«) EDV-technische Überwachung von Tagesmittelwerten und Ausreißern Überwachung nosokomialer Infektionen und multiresistenter Erreger gemäß § 23 Infektionsschutzgesetz Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin (gemäß § 15 Transfusionsgesetz und Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten »Hämotherapie«)
Onkologischer Schwerpunkt	Interdisziplinäre Tumorkonferenz, Kooperation mit Universitätsspital Basel, zertifiziert regelmäßige Fortbildungen durch die Ärzte des OSP für Klinikärzte und Zuweiser
Schmerztherapie	Teilnahme an Schmerzkonferenz des überregionalen Schmerzzentrums Basel Tägliche Visiten des Akutschmerzdienstes auf den Stationen Rückmeldefragebogen nach Interventionen Regelmäßiger Besuch von Fortbildungen Umsetzung schmerztherapeutischer Leitlinien

Klinikum Lünen – St.-Marien-Hospital

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA)
	Externe Patientenzufriedenheitsanalyse (Picker-Institut)
	Mitarbeiterzufriedenheitsanalyse (Forschungsgruppe Metrik)
	Permanente Patientenbefragung mit individueller Stellungnahme durch die Geschäftsführung (internes Projekt)
	Teilnahme an den zutreffenden Bereichen Qualitätssicherung mit Routinedaten (CLINOTEL)
	Beschwerdemanagement (hausinternes Projekt)
	Kontinuierliche persönliche Patientenbefragung im Interviewverfahren durch zwei Mitarbeiterinnen des Hauses
Anästhesiologie und operative Intensivmedizin	Regelmäßige Audits zu 40 SOPs (Standard Operating Procedure)
	Wöchentliche Fortbildungen Themen des Fachgebiets
	Teilnahme und aktive Mitarbeit an der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz M+M
	Safer Surgery Protocol
	Team Time out
	Teilnahme und aktive Mitarbeit an der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz M+M
	Mehrfach im Jahr stattfindende »Update«-Veranstaltungen für in- und externe Kollegen zu aktuellen Themen
Diagnostische und interventionelle Radiologie und Neuroradiologie	Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Gesellschaft für Interventionelle Radiologie (DEGIR)
Gynäkologie und Geburtshilfe	Qualitätssicherung Brustkrebs durch Teilnahme an Disease-Management-Programmen
	Qualitätssicherung Brustzentrum gemäß WBC (Westdeutsches Brust-Centrum Düsseldorf)
	Interdisziplinäre Tumorkonferenz Brustzentrum Unna-Lünen (zertifiziert durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe)
	Qualitätszirkel Brustzentrum Unna-Lünen (zertifiziert durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe)
Klinik für Schmerz- und Palliativmedizin	Qualitätssicherung zur Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe)
Labor	Ringversuche (Instand e.V. Gesellschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien und Deutsche Vereinte Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e.V.)
	Qualitätssicherung der labormedizinischen Untersuchungen gemäß RiLiBÄK
Neurologie	Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfallregister ADSR Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Norddeutschland
Pflegedienst	Teilnahme an dem Projekt »Familiale Pflege« (Universität Bielefeld und AOK Hamburg/Rheinland)
Unfallchirurgie	Qualitätssicherung Knie-Totalendoprothese (Gemeinsamer Bundesausschuss zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V)

St. Josef Krankenhaus GmbH Moers

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA)
	Teilnahme an den zutreffenden Bereichen Qualitätssicherung mit Routinedaten (CLINOTEL)
Labor	Ringversuche (Instand e.V. Gesellschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien und Deutsche Vereinte Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e.V.)
Neurologie	Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung (Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein AeKNO)
Pflegedienst	Audit Pflegedienst (CLINOTEL)
	Peer Review Dekubitus (CLINOTEL)
	Peer Review Sturz (CLINOTEL)
	Qualitätssicherung Dekubitus (Quant GmbH)
Transfusionsmedizin	Audit Transfusionswesen (CLINOTEL)
	Selbstbewertung (Blutspendedienst Breitscheid: Qualitätsbeauftragter)

Ruppiner Kliniken GmbH

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA)
	Kontinuierliche Patientenbefragung (hausinternes Projekt)
	Vorstellung und Therapieentscheidung aller onkologischen Patienten in der Tumorkonferenz zur Therapieabstimmung (hausinternes Projekt)
	Komplikationskonferenzen (hausinternes Projekt)
	Teilnahme an den zutreffenden Bereichen Qualitätssicherung mit Routinedaten (CLINOTEL)
Labor	Ringversuche (Instand e.V. Gesellschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien und Deutsche Vereinte Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e.V.)
Medizinische Klinik B Angiologie	PTA-Register (Institut für klinisch-kardiovaskuläre Forschung)
Medizinische Klinik B Endoskopie	Qualitätssicherung kurative und präventive Koloskopie (Koloskopieregister der Onkologiekonferenz des Landes Brandenburg)
	Qualitätssicherung Endoskopische Papillotomie (Papillotomieregister der Arbeitsgemeinschaft Leitender gastroenterologischer Krankenhausärzte)
Neurologie	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland (Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universitätsklinikum Münster)
	Regionale Stroke Unit
Viszeralchirurgie	Qualitätssicherung Kolorektales Karzinom (Institut für Qualitätssicherung in der operativen Medizin gGmbH, Magdeburg)
	Qualitätssicherung Kolorektales Karzinom (Arbeitsgruppe am Tumorzentrum Land Brandenburg e.V.)

St. Clemens Hospitale Sterkrade GmbH

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA)
	Teilnahmen an der Patientenzufriedenheitsstudie Klinik-Führer-Rhein/Ruhr (Initiativkreis Ruhrgebiet)
	Permanente Patientenbefragungen mit individueller Stellungnahme durch die Geschäftsführung
	Surveillance von nosokomialen Infektionen
	Teilnahme an den zutreffenden Bereichen Qualitätssicherung mit Routinedaten (CLINOTEL)
Geriatric	Interdisziplinäre Fallbesprechung im Rahmen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung
	Fallbesprechung alterstraumatologischer Patientinnen und Patienten zusammen mit der Unfallchirurgie
	Selbstkontrolle zur Ergebnisqualität Altersfraktur zusammen mit der Unfallchirurgie
	Interdisziplinäres Tumorboard
Innere Medizin	Interne Audits
	Qualitätssicherung Koronare Herzkrankheit bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen
	Qualitätssicherung Diabetes mellitus Typ 2 bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen
	Interdisziplinäres Tumorboard
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Interne Audits
	Interdisziplinäres Tumorboard
	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen M+M
Klinik für Kinder und Jugendliche/Frauenklinik mit Geburtshilfe	Interne Audits
	Interdisziplinäres Tumorboard
	Qualitätssicherung Diabetes mellitus Typ 1 bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen
Labor	Interne Audits
	Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (gemäß Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen »RiLiBÄK« Teil A und B)
Pflegedienst	Ringversuche
	Audit Pflegedienst (CLINOTEL)
	Peer Review Aspiration (CLINOTEL)
	Wundvisiten
	Internes Risk Management
	Qualitätssicherung mit Routinedaten: Aspirationspneumonie, Sturz, Dekubitus (CLINOTEL)
	Entwicklung von standardisierten Pflegeplänen und -abläufen
	Qualitätssicherung durch Stomaberatung
Qualitätssicherung durch regelmäßige Umgebungsuntersuchungen	
Unfallchirurgie	Interne Audits
	Fallbesprechung alterstraumatologischer Patientinnen und Patienten zusammen mit der Geriatric
	Selbstkontrolle zur Ergebnisqualität Altersfraktur zusammen mit der Geriatric

Städtisches Krankenhaus Pirmasens gGmbH

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA)
	Teilnahme an den CLINOTEL Auswertungen Qualitätssicherung mit Routinedaten
Pflegedienst	Peer Review Aspiration (CLINOTEL)
Psychiatrie und Psychotherapie	Externe Supervision

Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer gGmbH

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA)
	Teilnahme an den zutreffenden Bereichen Qualitätssicherung mit Routinedaten (CLINOTEL)
	Surveillance von nosokomialen Infektionen (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen)
	Qualitätssicherung mittels interner Audits (Qualitätsmanagement)
	Qualitätssicherung mittels interdisziplinärer Tumorkonferenz
	Qualitätssicherung mittels interdisziplinärer Qualitätszirkel
	Qualitätssicherung mittels M+M-Konferenz
	Qualitätssicherung mittels kontinuierlicher Patientenbefragung
Anästhesiologie und Intensivmedizin	Audit Anästhesie, OP und Intensivmedizin (CLINOTEL)
Chirurgie	Infektionsüberwachung (BZH Freiburg)
	Qualitätssicherung Kolorektales Karzinom (Institut für Qualitätssicherung in der operativen Medizin gGmbH, Magdeburg)
	Qualitätssicherung Varizen (Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie)
	Qualitätssicherung Abdominelles Aortenaneurysma (Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie)
	Qualitätssicherung mittels interdisziplinären Gefäßkonferenzen
Gynäkologie	Benchmarking von Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms (Westdeutsches Brust-Centrum)
Innere Medizin	Qualitätssicherung Schlaganfall (Geschäftsstelle Qualitätssicherung Rheinland-Pfalz)
	Qualitätssicherung Linksherzkatheter (Arbeitsgemeinschaft Leitender Kardiologischer Krankenhausärzte e.V.)
	Qualitätssicherung Endoskopische Papillotomie (Deutsches Papillotomieregister)
	Teilnahme am PTA-Register (Institut für klinisch-kardiovaskuläre Forschung)
Kinder- und Jugendmedizin	Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen (ausgezeichnet für Kinder)
	Qualitätssicherung Neonatologie (Geschäftsstelle Qualitätssicherung Rheinland-Pfalz)
Labor	Ringversuche (Instand e.V. Gesellschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien und Deutsche Vereinte Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e.V.)
Pflegedienst	Audit Pflegedienst (CLINOTEL)
	Peer Review Aspiration (CLINOTEL)
	Sturz- und Dekubitusprophylaxe (hausinternes Projekt)
Transfusionsmedizin	Audit Transfusionswesen (DRK-Blutspendedienst Baden-Württemberg-Hessen gGmbH)

Marienhospital Steinfurt GmbH

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA)
	Teilnahme an den zutreffenden Bereichen Qualitätssicherung mit Routinedaten (CLINOTEL)
	Surveillance von nosokomialen Infektionen (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen)
	Qualitätssicherung in der Onkologie (Onkologischer Schwerpunkt Münster)
	Tumorkonferenz Darmzentrum (ckt.-internes Projekt)
	Anonyme Online-Erfassung von Meldungen im Rahmen des CIRS
	Behandlungspfade integrierte Versorgung (ckt.-internes Projekt)
	Interdisziplinäre Tumorkonferenz ckt.
Angiologie/Diabetologie	Vorbereitungen und Beantragung der Zertifizierung Deutsche Diabetes Gesellschaft DDG, Behandlungseinrichtung Stufe 1
Gefäßchirurgie	Qualitätssicherung Varizen (Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie)
Gynäkologie	Vorbereitungen und Beantragung der Zertifizierung zur Beratungsstelle der Deutschen Kontinenzgesellschaft, AGUB II
Gynäkologie/Geburtshilfe	Strukturierte ärztliche Weiterbildung (ckt. Projekt)
Hygiene	Teilnahme am Projekt Händedesinfektion, KISS-Projekt (Robert Koch-Institut RKI)
	Teilnahme am Projekt Katheterassoziierte Harnwegsinfektionen, KISS-Projekt (Robert Koch-Institut RKI)
Innere Medizin	Qualitätssicherung in der Versorgung von onkologischen Patienten (KVWL)
Labor	Teilnahme an Ringversuchen des Referenzinstituts Bioanalytik (RFB)
Operationsbereich	Visitation, OP Reorganisation (CLINOTEL)
Psychosomatik/ Psychotherapie	Strukturierte ärztliche Weiterbildung (ckt. Projekt)
Trauma- und Notfallambulanz	Interdisziplinärer Qualitätszirkel Trauma- und Notfallambulanz
Unfallchirurgie	Mitglied im TraumaNetzwerk ⁹ DGU
Viszeralchirurgie	Qualifizierte Weiterbildung (Berufsverband Coloproktologen Deutschland e.V.)

Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA) Teilnahme an den zutreffenden Bereichen Qualitätssicherung mit Routinedaten (CLINOTEL) Teilnahme am Tumorregister (Tumorzentrum Land Brandenburg e.V., Frankfurt/Oder) Kontinuierliche Patientenbefragungen Mitarbeiterzufriedenheitsanalyse (METRIK) Teilnahme am regionalen MRSA Netzwerk
Anästhesie	Qualitätszirkel AINMOL
Innere Medizin	Teilnahme am Deutschen Endosonografieregister (Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin DEGUM) Qualitätssicherung kurative und präventive Koloskopie (Koloskopieregister der Onkologiekonferenz des Landes Brandenburg)
Gynäkologie/Geburtshilfe	Qualitätssicherung Neonatologie (Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung Brandenburg)
Labor	Ringversuche (Instand e.V. Gesellschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien und Deutsche Vereinte Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e.V.)
Unfallchirurgie	Teilnahme am Traumanetzwerk Brandenburg Süd-Ost

St. Marienhospital Vechta

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA) Regelmäßige Hygienevisite auf den Stationen und innerhalb der Funktionsbereiche (hausinternes Projekt)
Brustzentrum	Regelmäßige Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen M+M, Qualitätszirkel, Patientenbefragung
Darmzentrum	Regelmäßige Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen M+M, Qualitätszirkel, Patientenbefragung
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	Teilnahme am Qualitätssicherungssystem für Neonatologie (laut Beschluss G-BA)
Medizinische Klinik Geriatrie	Qualitätssicherungsprogramm GEMIDAS (Forschungsgruppe Geriatrie am Evangelischen Geriatriezentrum Berlin gGmbH der Charité, Universitätsmedizin Berlin)
Medizinische Klinik Nephrologie	Qualität in der Nephrologie, QiN (Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V.)

Krankenhaus Vilsbiburg

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA)
Hygiene	Surveillance von nosokomialen Infektionen (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen)
Klinik für Chirurgie	Qualitätssicherung mit Routinedaten (CLINOTEL) Tumorregister (Tumorzentrum München)
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe	Tumorregister (Tumorzentrum München)
Labor	Ringversuche (Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin)
Medizinische Klinik	Qualitätssicherung Linksherzkatheter (Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte e.V.)
Pflegedienst	Peer Review Aspiration (CLINOTEL)

St. Christophorus-Krankenhaus GmbH

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA) Teilnahme am Projekt Händedesinfektion, KISS-Projekt (Robert Koch-Institut RKI) Externe Patientenzufriedenheitsanalyse (Picker-Institut) Mitarbeiterzufriedenheitsanalyse (Forschungsgruppe Metrik) Teilnahme an den zutreffenden Bereichen Qualitätssicherung mit Routinedaten (CLINOTEL)
Pflegedienst/Hygiene	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System für OP, Intensivstation, Hand und MRSA Regelmäßige krankenhaushygienische Untersuchungen (nach Ziffer 5.6 des Robert Koch-Instituts RKI)
Unfallchirurgie	Qualitätssicherung Knie-Totalendoprothese (Gemeinsamer Bundesausschuss zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V)

Juliuspital Würzburg

Gesamtes Haus	Teilnahme an den zutreffenden Leistungsmodulen der externen stationären Qualitätssicherung (G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss)
	Teilnahme an den zutreffenden Bereichen Qualitätssicherung mit Routinedaten (CLINOTEL)
	Kontinuierliche Patientenbefragung
	Tumorregister (Tumorzentrum Würzburg)
	Strukturierte Jahresmitarbeitergespräche
	Wiederaufnahme Projekt Entlassmanagement
Allgemein- und Viszeralchirurgie und Gastroenterologie	Vorstellung und Therapieentscheidung aller onkologischer Patienten in der interdisziplinären Tumorkonferenz
Chirurgische Klinik	Optimierung der Frühvisite
Chirurgie und Innere Medizin	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen M+M (hausinternes Projekt)
Kardiologie	Qualitätssicherung interdisziplinäre und krankenhausesübergreifende Fallbesprechung zwischen der Herz-/Thoraxchirurgie und der Kardiologie
Labor	Ringversuche (Instand e.V. Gesellschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien und Deutsche Vereinte Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e.V.)
Pflegedienst	Erfassung Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene – im gesamten Haus
	Einführung der Schmerzskala
	Evaluation strukturierte Übergabe
	Optimierung der strukturierten Dokumentationskontrolle
	Reorganisation Springernachtdienst
Radiologie	Qualitätssicherung in der Radiologie (Ärztliche Stelle für die Qualitätssicherung in der Radiologie der Landesärztekammer Bayern)
Urologie	Erarbeitung von urologischen Pflegerichtlinien (Pflege und Ärzte gemeinsam)

Personalkennzahlen

Der nachfolgende Datenkomplex bezieht sich auf den Personalbereich der Mitgliedskrankenhäuser. Personalzahlen, Ausbildungsstände und Weiterbildungsbefugnisse stellen Eckpunkte zur Strukturqualität dar. Die dargestellten Zahlen sollen es dem Leser ermöglichen, sich einen Überblick über Daten einzelner Mitgliedshäuser bzw. des Verbundes insgesamt zu verschaffen. Die Daten aus dem CLINOTEL-Verbund beziehen sich auf den Stichtag 31.12.2010.

Es handelt sich um eine reine Darstellung der Daten, die keiner Wertung unterzogen wird. Da bisher keine Daten veröffentlicht sind, die eine Wertung ermöglichen, verbietet es sich, hier von guten oder schlechten Quoten zu sprechen. Gleichwohl halten wir es für wichtig, derartige Zahlen, die in der Vergangenheit für die interessierte Öffentlichkeit nicht oder nur schwer öffentlich zugänglich waren, transparent zu machen.

Anzahl der Mitarbeiter nach Dienstarten

Die Tabelle zeigt eine Aufstellung über die Anzahl der Mitarbeiter (Köpfe) in den Mitgliedshäusern des CLINOTEL-Krankenhausverbundes. Dabei sind die Mitarbeiter berücksichtigt, die dem Krankenhausbereich der Mitgliedshäuser zuzuordnen sind. Weitere Mitarbeiter in Tochtergesellschaften, Zentralen von Muttergesellschaften etc., die nicht dem Krankenhausbereich zuzuordnen sind, werden in dieser Aufstellung nicht berücksichtigt.

Anzahl der Mitarbeiter nach Dienstarten

Dienstart	Altötting	Bochum	Brandenburg	Burghausen	Cloppenburg	Cottbus	Emden	Emsdetten	Emstek	Essen	Greven	Gütersloh	Ingolstadt	Kempen	Koblenz	Landshut	Lörrach	Lünen	Moers	Neuruppin
Ärztlicher Dienst	144	48	178	38	77	337	103	39	12	126	54	124	359	59	127	106	158	183	117	203
Pflegedienst	407	218	393	149	256	802	309	193	51	323	165	366	1.169	190	496	315	429	498	348	534
Medizinisch-technischer Dienst	114	53	91	46	113	386	108	43	26	88	64	146	369	88	210	79	169	208	117	179
Funktionsdienst	110	34	129	55	64	172	99	28	13	91	50	87	372	53	131	109	115	184	78	150
Klinisches Hauspersonal		5			10	11		6	1	10	17	40	136	10	112		26	5		
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	161	18		68	37	156	56	21	1	35	17	67	264	65	113	66	74	39	28	
Technischer Dienst	10	4		6	3	50	13	5	3	13	4	13	64	7	33	8	15	21	16	2
Verwaltungsdienst	44	22	79	23	37	141	54	13	14	52	20	45	169	35	122	58	72	76	56	9
Sonstige	156	74	133	4	82	243	56	28	16	57	32	24	20	32	169	5	93	30	91	6
Summe	1.146	476	1.003	389	679	2.298	798	376	137	795	423	912	2.922	539	1.513	746	1.151	1.244	851	1.083

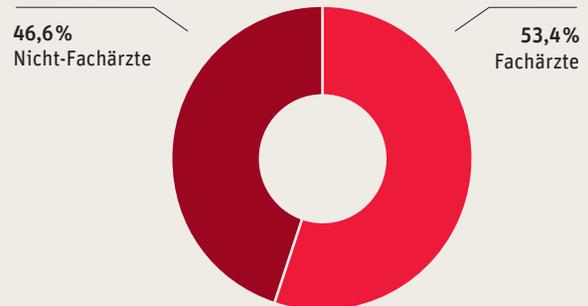
Facharztquote im CLINOTEL-Krankenhausverbund

Facharzt darf sich in Deutschland nur derjenige Arzt nennen, der eine mehrjährige Weiterbildung mit einer Facharztprüfung erfolgreich abgeschlossen hat. Zeitdauer, Weiterbildungsinhalt und Anrechnung von Vorzeiten richten sich nach einer Weiterbildungsordnung, welche die jeweiligen Bundesländer für ihren Zuständigkeitsbereich erlassen. Die Weiterbildung erfolgt danach in einer festgelegten Form bezüglich der Weiterbildungszeiten und -inhalte, um in den jeweiligen Gebieten die Qualifikation als Facharzt zu erhalten. Die Dauer kann je nach Fachgebiet variieren, sie beträgt in der Regel rund sechs Jahre.

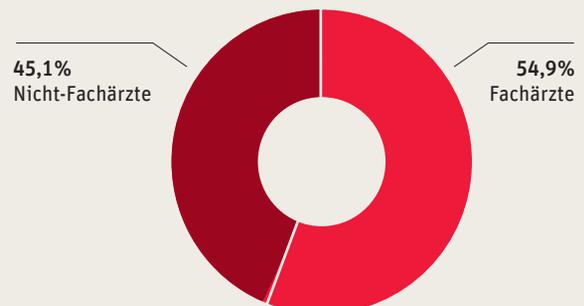
Wie aus der Abbildung ersichtlich ist, liegt die Facharztquote im gesamten CLINOTEL-Krankenhausverbund bei 53,4 Prozent. Daneben ist die Facharztquote für den stationären Bereich der gesamten Bundesrepublik Deutschland dargestellt (Quelle: Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2009). Diese liegt bei 54,9 Prozent und ist somit sehr nah bei dem Wert des CLINOTEL-Verbundes. Mit der bestehenden Facharztquote ist eine fachlich hochqualifizierte Patientenversorgung gewährleistet. Gleichzeitig wird dem Erfordernis Rechnung getragen, für eine fachliche Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses zu sorgen, damit auch in den nächsten Jahren eine entsprechend hohe fachliche Qualifikation der Ärzte gewährleistet werden kann.

Oberhausen	Pirmasens	Speyer	Steinfurt	Strausberg	Vechta	Vilsbiburg	Werne	Würzburg	CLINOTEL
85	112	135	69	82	97	45	61	93	3.371
349	333	349	182	208	396	171	208	275	10.082
47	98	115	72	63	142	53	38	113	3.438
76	87	124	42	84	65	57	60	46	2.765
15		89		9	98		2	7	609
87	148	77	30	21	121	46	32	47	1.895
14	12	11	8	12	7	3	9	2	368
38	63	41	35	39	53	22	11	39	1.482
	107	25	72	56	93	1	2	71	1.778
711	960	966	510	574	1.072	398	423	693	25.788

Facharztquote CLINOTEL



Facharztquote Deutschland



Ausbildungsstände im Pflege- und Funktionsdienst

Der Pflegedienst hat einen intensiven und direkten Kontakt zu den Patienten. Insofern ist es von entscheidender Bedeutung, dass für alle Tätigkeiten eine entsprechende fachliche Qualifikation vorliegt. Nicht für alle Tätigkeiten ist dabei ein dreijähriges Krankenpflegeexamen zwingend erforderlich. Im Rahmen einer arbeitsteiligen Organisation kann beispielsweise die Aufnahme der Essenswünsche und die Ausgabe des Essens von nicht examiniertem oder auch einjährig examiniertem Pflegepersonal übernommen werden.

Für hochspezialisierte Bereiche wie beispielsweise die Intensivstation oder den Operationsbereich gibt es zusätzliche Qualifikationen, die sogenannte Fachweiterbildung. So gibt es zum Beispiel die Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie. Die Weiterbildung macht Pflegekräfte mit den vielfältigen Aufgaben in den verschiedenen Fachgebieten der Intensivpflege und intensivmedizinischen Versorgung sowie der Anästhesie vertraut und vermittelt die zur Erfüllung dieser Aufgaben erforderlichen speziellen Kenntnisse, Fertigkeiten und Verhaltensweisen. Auch für den OP-Bereich gibt es eine entsprechende Fachweiterbildung, durch die das Krankenpflegeexamen eine zusätzliche fachliche Erweiterung erfährt. Fachpflegepersonal, welches in den Bereichen OP und Anästhesie eingesetzt wird, ist der Personalgruppe Funktionsdienst zugeordnet.

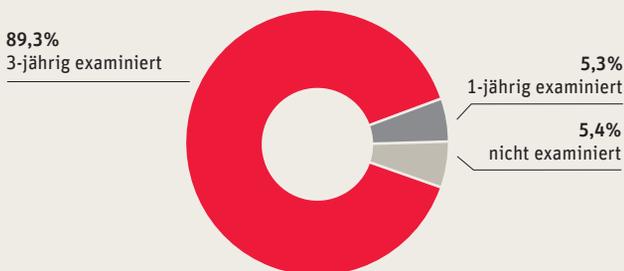
Pflegedienst Normalstation

Für den Pflegedienst in den Mitgliedshäusern auf den Normalstationen beträgt die Quote an examiniertem Pflegepersonal rund 95 Prozent, dreijährig examiniert ist rund 89 Prozent des Pflegepersonals. Mit dieser Quote kann von einem extrem hohen Maß an Fachlichkeit innerhalb der Personalgruppe Pflegedienst gesprochen werden, die eine qualitativ hochwertige pflegerische Patientenversorgung auf den Stationen der Mitgliedshäuser ermöglicht.

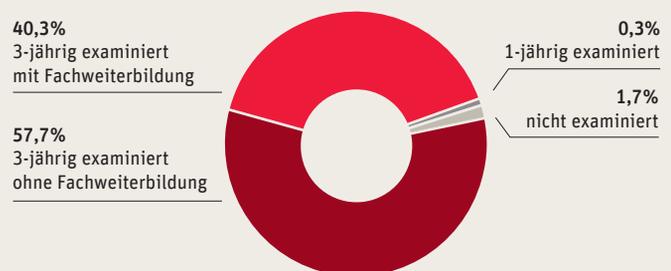
Pflegedienst Intensivstation

Die Abbildung zeigt die Quoten der Ausbildungsstände im hochsensiblen Intensivbereich der Mitgliedshäuser. Danach sind rund 98 Prozent der Pflegekräfte dreijährig examiniert. Etwa 40 Prozent des Pflegepersonals verfügt darüber hinaus noch über eine zusätzliche Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie, sodass auch in diesem hochspezialisierten Bereich ein hohes Maß an Fachlichkeit gegeben ist.

Pflegedienst Normalstation



Pflegedienst Intensivstation



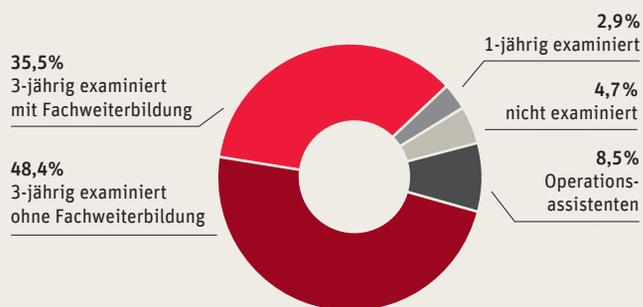
OP-Funktionsdienst

Für den operativen Funktionsdienst in den Mitgliedshäusern im CLINOTEL-Krankenhausverbund beträgt gemäß Abbildung die Quote an dreijährig examiniertem Personal rund 84 Prozent. 8,5 Prozent der Mitarbeiter im Bereich OP-Funktionsdienst verfügen über eine Ausbildung zum Operationsassistenten. Damit ist im OP-Bereich eine fachlich hochwertige Patientenversorgung gewährleistet.

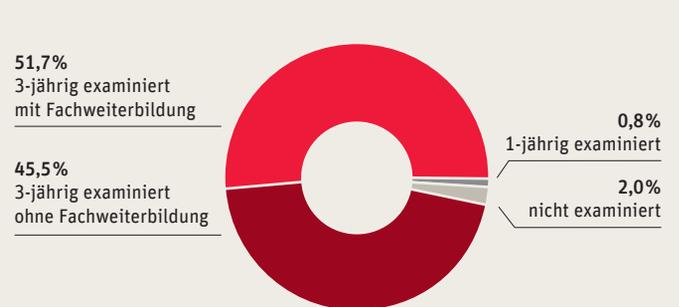
Anästhesie-Funktionsdienst

Die Abbildung zeigt die Ausbildungsstände beim Anästhesie-Funktionsdienst. Danach sind 97 Prozent der Pflegekräfte dreijährig examiniert und mehr als die Hälfte des Anästhesie-Funktionspersonals verfügt darüber hinaus über eine zusätzliche Fachweiterbildung. Diese Quote ermöglicht es den Fachpflegekräften in der Anästhesie, die Ärzte bei der Durchführung der Narkosen professionell zu unterstützen.

OP-Funktionsdienst



Anästhesie-Funktionsdienst



Weiterbildungsbefugnisse im CLINOTEL-Krankenhausverbund

Die ärztliche Weiterbildung hat als Ziel, nach dem Studium der Medizin und der Berufsausbildung unter Anleitung zur Weiterbildung befugter Ärzte auf der Grundlage der Weiterbildungsordnung eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für definierte ärztliche Tätigkeiten zu erwerben. Auf der Grundlage der Weiterbildungsordnung vergibt die Ärztekammer nach Prüfung der Weiterbildung bei den zur Weiterbildung befugten Ärzten und den zugelassenen Weiterbildungsstätten in einem Gebiet den Titel eines Facharztes. Grundlage der Weiterbildung ist die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Zeitdauer, Weiterbildungsinhalt und Anrechnung von Vorzeiten richten sich nach einer Weiterbildungsordnung, welche die jeweiligen Bundesländer für ihren Zuständigkeitsbereich erlassen.

Alle Mitgliedskrankenhäuser des Verbundes beteiligen sich aktiv an der Weiterbildung und sichern auf diese Weise die Versorgung des Gesundheitssystems und der eigenen Fachabteilungen mit qualifiziertem Nachwuchs an Fachärzten.

228

229

Kreisklinik Altötting

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Anästhesie	Dr. Ludwig Blinzler	Chefarzt	Anästhesiologie
Chirurgie	Prof. Dr. Jürgen Roder	Chefarzt	Chirurgie
	Dr. Frank Hesselbarth	Oberarzt	
Gynäkologie/Geburtshilfe	Dr. Peer Hantschmann	Chefarzt	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Medizinische Klinik I	Dr. Konrad Hahn	Chefarzt	Innere Medizin
	Dr. Walter Notheis	Oberarzt	Kardiologie
Medizinische Klinik II	Dr. Friedrich Lanzl	Oberarzt	Innere Medizin
	Dr. Johannes Spes	Oberarzt	Innere Medizin und Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie
Neurologie	Dr. Karlheinz Luxner	Chefarzt	Neurologie
Pädiatrie	Prof. Dr. Ronald Schmid	Chefarzt	Kinder- und Jugendmedizin
Unfallchirurgie	Dr. Werner Wambach	Chefarzt	Unfallchirurgie
Urologie	Dr. Ralf F. Basting	Chefarzt	Urologie

Martin-Luther-Krankenhaus gGmbH Wattenscheid

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Allgemein- und Viszeralchirurgie	Dr. Martin Lainka	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie
Anästhesie	Dr. Alexander Andres	Chefarzt	Anästhesiologie
Innere Medizin	Dr. Ute Schwegler	Chefärztin	Basisweiterbildung Innere Medizin und Allgemeinmedizin
Orthopädie und Unfallchirurgie	Dr. Hermann-Josef Liesenklas	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie
Psychiatrie	Dr. Jürgen Höffler	Chefarzt	Psychiatrie und Psychotherapie

Für Ärzte in der Weiterbildung ist das Vorhandensein einer Weiterbildungsbefugnis ein wichtiger Aspekt bei der Wahl eines Arbeitsplatzes, das heißt, je umfassender die Weiterbildungsbefugnisse sind, desto attraktiver ist der Arbeitsplatz für motivierte Ärzte in der Weiterbildung.

Die nachfolgende krankenhausbefugene Aufstellung stellt stichtagsbezogen dar, welche Ärzte über welche Weiterbildungsbefugnisse und Zusatzqualifikationsbefugnisse verfügen. Dargestellte Arten der Weiterbildungsbefugnisse sind Facharzt, Schwerpunkt und Zusatzweiterbildung. Darüber hinaus ist die jeweilige Dauer der Befugnisse in Monaten pro Arzt zum Stichtag dargestellt.

Die Bundesländer haben ihre Weiterbildungsordnung an die aktuellen Vorgaben (Empfehlungen) der Bundesärztekammer angepasst. Da die bis dahin gültigen Weiterbildungsbefugnisse der Ärzte weiter Gültigkeit besitzen, ist die Darstellung für einige Bereiche noch auf Basis der vorherigen Version erfolgt. So gibt es nach der neuen Weiterbildungsordnung eine Weiterbildungsbefugnis Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie. Nach der vorherigen Version gibt es die Weiterbildungsbefugnis Facharzt Chirurgie mit dem Schwerpunkt Unfallchirurgie. Beide Formen haben wir in der Aufstellung dargestellt.

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
48				
60	Viszeralchirurgie	48		
			Proktologie	6
60				
36				
36				
12	Gastroenterologie	12		
12	Hämatologie und Internistische Onkologie	6		
48				
60	Neuropädiatrie	36		
12				
48				

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
24	Viszeralchirurgie	24		
24				
36	Innere Medizin	24		
24	Orthopädie und Unfallchirurgie	24		
48				

*Städtisches Klinikum
Brandenburg GmbH*

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Anästhesie	Dr. Mathias Sprenger	Chefarzt	Anästhesiologie
Augenklinik	PD Dr. Walter Noske	Chefarzt	Augenheilkunde
Chirurgie	Prof. Dr. René Mantke	Chefarzt	Allgemeine Chirurgie
Gefäßchirurgie	Dr. Wolfgang Haacke	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie
Gynäkologie und Geburtshilfe	Prof. Dr. Eberhard Beck	Chefarzt	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Dr. Birgit Didczuneit-Sandhop	Chefärztin	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Innere Medizin I	Prof. Dr. Michael Oeff	Chefarzt	Innere Medizin
Innere Medizin II	Dr. Wilfried Pommerien	Chefarzt	Innere Medizin
Kinder- und Jugendmedizin	Dr. Hans Kössel	Chefarzt	Kinder- und Jugendmedizin
Neurochirurgie	Dr. Karl-Heinz Rudolph	Chefarzt	Neurochirurgie
Pathologie	Dr. Roland Pauli	Chefarzt	Pathologie
Radiologie/Nuklearmedizin	Dr. Brigitte Menzel	Chefärztin	Radiologische Diagnostik
Urologie	Prof. Dr. Thomas Enzmann	Chefarzt	Urologie
Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie	PD Dr. Roland Becker	Chefarzt	Orthopädie und Unfallchirurgie
	Dr. Eckhard Trägenapp	Oberarzt	

*Kreisklinik
Burghausen*

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Anästhesie	Dr. Franz-Xaver Fischer	Chefarzt	Anästhesiologie
Chirurgie	Dr. Wilfried Burmeister	Chefarzt	Chirurgie
Gefäßchirurgie	Dr. Stephan Fraunhofer	Chefarzt	Chirurgie
Medizinische Klinik II	Prof. Dr. Dr. Michael Kraus	Chefarzt	Innere Medizin

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
60			Spezielle Intensivmedizin	24
48				
60	Viszeralchirurgie	36		
24	Gefäßchirurgie	48	Phlebologie	18
60				
60			Plastische Operationen	24
72	Kardiologie	24		
72	Gastroenterologie	24		
60	Neonatologie	24		
72				
60				
60				
60				
60				
			Spezielle Unfallchirurgie	36

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
24				
36				
12				
24	Gastroenterologie	18		

*St.-Josefs-Hospital
Cloppenburg*

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Anästhesie	PD Dr. Christian Weilbach	Chefarzt	Anästhesiologie
Chirurgie	Dr. Hans-Günter Hemen	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Viszeralchirurgie
	Dr. Wojciech Marek Klonek	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Gefäßchirurgie
	Matthias Koch	Oberarzt	Viszeralchirurgie
Gynäkologie und Geburtshilfe	Dr. Anno Feldmann	Chefarzt	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
	Ilona Schulz-Im Busch	Chefärztin	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Innere Medizin	Dr. Aloys Klaus	Chefarzt	Innere Medizin
	Prof. Dr. Joachim Schrader	Chefarzt	Innere Medizin
	Dr. Henrike Pakula	Leitende Ärztin	
Orthopädie, Unfall- und Handchirurgie	PD Dr. Lucien Olivier	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Orthopädie und Unfallchirurgie
	Burkhard Rasch	Oberarzt	

*Carl-Thiem-Klinikum
Cottbus gGmbH*

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Augenklinik	Prof. Dr. Gernot Richter Dr. Gunnar Peters	Chefarzt Oberarzt	Augenheilkunde
Chirurgische Klinik	PD Dr. Rainer Kube	Chefarzt	Chirurgie Allgemeine Chirurgie Viszeralchirurgie
	Dr. Jörg Kluge	Oberarzt	Chirurgie Thoraxchirurgie
	Roland Stöbe	Oberarzt	Gefäßchirurgie
Frauenklinik	Dr. Andrzej Popiela	Chefarzt	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Hals-Nasen-Ohrenklinik	Prof. Dr. Thomas Eichhorn	Chefarzt	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Institut für Laboratoriumsmedizin	Prof. Dr. Frank Bühling	Chefarzt	Laboratoriumsmedizin
Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene	Dr. Werner Bär	Chefarzt	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
Institut für Radiologie	Prof. Dr. Claus-Peter Muth	Leitender Arzt	Radiologie
	Dr. Jeanette Knobloch	Oberärztin	Strahlentherapie

Fortsetzung
nächste Seite >>

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
48			Spezielle Schmerztherapie Palliativmedizin	12 12
24 12				
24 24				
12				
48				
48				
60			Palliativmedizin Intensivmedizin	12 24
60	Nephrologie Geriatric	24 18		
	Gastroenterologie	12		
24 24			Handchirurgie im Gebiet Chirurgie	36
	Spezielle Unfallchirurgie	24		

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
60				
60 24 48				
24 48				
48				
60				
60			Plastische Operationen HNO	24
48				
60				
60				
60				

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Intensivmedizin	Dr. Günter Haring	Chefarzt	Anästhesiologie
	Dr. Sabine Stöbe	Oberärztin	
Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie	Dr. Dieter Bachter	Chefarzt	Haut- und Geschlechtskrankheiten
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	PD Dr. Thomas Erler	Chefarzt	Kinder- und Jugendmedizin
	Dr. Elisabeth Holfeld	Oberärztin	
	Dr. Simone Stolz	Oberärztin	
	Dr. Ulrike Wetzels	Oberärztin	
	Dr. Gundula Böschow	Fachärztin	
Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie	PD Dr. Andreas Domagk	Chefarzt	Orthopädie und Unfallchirurgie
	PD Dr. Andreas Domagk	Chefarzt	Chirurgie
I.–IV. Medizinische Klinik	Dr. Jürgen Krülls-Münch	Chefarzt	Innere Medizin
	Prof. Dr. Hjalmar Steinhauer	Chefarzt	
	Dr. Michael Prediger	Chefarzt	
	PD Dr. Helmut Ernst	Chefarzt	
I. Medizinische Klinik	Dr. Jürgen Krülls-Münch	Chefarzt	Innere Medizin und Kardiologie
II. Medizinische Klinik	Prof. Dr. Hjalmar Steinhauer	Chefarzt	Innere Medizin und Nephrologie
	Dr. Kristin Sari	Oberärztin	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
	Dr. Norma Peter	Oberärztin	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
III. Medizinische Klinik	Dr. Michael Prediger	Chefarzt	Innere Medizin und Pneumologie
IV. Medizinische Klinik	PD Dr. Helmut Ernst	Chefarzt	Innere Medizin und Gastroenterologie
	Dr. Katrin Geißler	Oberärztin	Innere Medizin und Rheumatologie
	Dr. Eyke-Hartwig Bayer	Oberarzt	
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie/ Plastische Operationen	Dr. Carsten Ruttig	Chefarzt	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Neurochirurgische Klinik	Dr. Carsten Schoof	Chefarzt	Neurochirurgie
Neurologische Klinik	Dr. Hans-Joachim Matschke	Chefarzt	Neurologie
Nuklearmedizinische Klinik	Prof. Dr. Joachim Kropp	Chefarzt	Nuklearmedizin
Orthopädie	Dr. Roland Linke	Chefarzt	Orthopädie und Unfallchirurgie

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
60			Anästhesiologische Intensivmedizin	24
			Palliativmedizin	12
60			Allergologie Phlebologie Dermatohistologie	18 18 24
60	Neonatologie	36	Pädiatrische Intensivmedizin Schlafmedizin	24 18
	Kinder-Hämatologie und -Onkologie	36	Hämostaseologie	12
			Kinder-Gastroenterologie	18
			Kinder-Pneumologie	36
			Kinder-Rheumatologie	18
36			Handchirurgie	36
24				
72				
36	Kardiologie	24		
36	Nephrologie	24		
36				
36	Hämatologie und Internistische Onkologie	24		
36	Pneumologie	24		
36				
18 (davon 6 Internistische Intensivmedizin)			Geriatric	18
60			Plastische Operationen MKG	36
72				
48				
48				
60				

*Carl-Thiem-Klinikum
Cottbus gGmbH
(Fortsetzung)*

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Psychiatrische Klinik	Dr. Dieter Sikorski	Chefarzt	Psychiatrie und Psychotherapie
Sozialpädiatrisches Zentrum	Dr. Andrea Herpolsheimer	Chefärztin	Kinder- und Jugendmedizin (nur ambulant)
Urologische Klinik	Dr. Bernd Hoschke	Chefarzt	Urologie
Zentrale Notaufnahme	Dr. Olaf Konopke	Chefarzt	Anästhesiologie
	Dr. Tristan Weber	Oberarzt	Chirurgie
	Rüdiger Bork	Facharzt	Innere Medizin

Klinikum Emden gGmbH

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Frauenklinik, Gynäkologie und Geburtshilfe	Holger Heimann	Chefarzt	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Institut für Radiologie	Dr. Rainer Schelp	Chefarzt	Radiologie
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie	Dr. Hendrik Faust	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin	Dr. Ulrich Schneider	Chefarzt	Anästhesiologie
	Dr. Klaus Kogelmann	Chefarzt	Anästhesiologie
	Wolfgang Kumm	Leitender Oberarzt	
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	Ansgar P. Wosnitza	Chefarzt	Pädiatrie
Klinik für Neurologie	Prof. Dr. Thomas Büttner	Chefarzt	Neurologie
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	Prof. Dr. Wolfgang Trabert	Chefarzt	Psychiatrie und Psychotherapie
Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie	Dr. Bernhard Scherger	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie
Medizinische Klinik	Dr. Christoph Schöttes	Chefarzt	Basisweiterbildung Innere Medizin und Allgemeinmedizin
	Peter Schlee	Leitender Oberarzt	Basisweiterbildung Innere Medizin und Allgemeinmedizin
	Dr. Helge Störiko	Oberarzt	

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
48				
12	Neuropädiatrie	18		
60			Medikamentöse Tumortherapie	12
12			Notfallmedizin	6
6				
12				

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
36				
42				
24	Viszeralchirurgie	36	Proktologie	12
48	Intensivmedizin	12	Intensivmedizin im Gebiet Anästhesiologie	24
48	Intensivmedizin	12		
			Intensivmedizin im Gebiet Anästhesiologie	24
36				
48				
48				
24	Orthopädie und Unfallchirurgie	36	Spezielle Unfallchirurgie	36
36	Pneumologie	30		
36	Gastroenterologie	12		
	Pneumologie	30		

*Marienhospital
Emsdetten GmbH*

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Chirurgie	Dr. Axel Schneider	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Allgemeine Chirurgie
Innere Medizin	Dr. Bernhard Eienbröker	Chefarzt	Basisweiterbildung Innere Medizin und Allgemeinmedizin
	Dr. Bernd Winterberg	Chefarzt	
	Dr. Peter Krege	Oberarzt	
	Dr. Irmgard Daniel	Oberärztin	
	Dr. Sverre Brostrup Knutsen	Chefarzt	
Nephrologie	Dr. Bernd Winterberg	Chefarzt	Innere Medizin und Nephrologie

St. Antonius-Stift Emstek

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Orthopädie	Dr. Harald Kuhn	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie
	Dr. Ulrich Dammann	Oberarzt	
Rheumatologie	Dr. Lüder Duhme	Chefarzt	Innere Medizin und Rheumatologie

*Katholische Kliniken
Ruhrhalbinsel gGmbH*

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Allgemein- und Viszeralchirurgie	Dr. Jürgen Friedrich	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Viszeralchirurgie
Anästhesie und Intensivmedizin	Dr. Gabriele von La Rosée	Chefärztin	Anästhesiologie
Handchirurgie	Dr. Susanne Möhlen-Albrecht	Chefärztin	
Innere Abteilung (Gastroenterologie)	PD Dr. Stephan Böhm	Chefarzt	Basisweiterbildung Innere Medizin und Allgemeinmedizin Innere Medizin und Gastro- enterologie
Innere Abteilung (HK)	Dr. Bernd Langmack	Chefarzt	Basisweiterbildung Innere Medizin und Allgemeinmedizin Innere Medizin
Neurologie	Dr. Volker Tenfelde	Chefarzt	Neurologie
Plastische Chirurgie	Dr. Michael Bromba	Chefarzt	Plastische und Ästhetische Chirurgie
Psychiatrie und Psychotherapie	PD Dr. Thomas Zeit	Chefarzt	Psychiatrie und Psychotherapie
Unfallchirurgie	Dr. Alexander Horst	Chefarzt	Orthopädie und Unfallchirurgie

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
24				
24				
36	Innere Medizin	24		
			Diabetologie	6
			Schlafmedizin	6
			Geriatrie	18
36			Geriatrie	18

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
12	Orthopädie und Unfallchirurgie	48	Spezielle Orthopädische Chirurgie	36
			Physikalische Therapie und Balneologie	12
12				

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
24				
24				
60				
			Handchirurgie	36
36				
36				
36				
24				
48				
48				
48				
24			Spezielle Unfallchirurgie	24

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Anästhesiologie	Dr. Stefan Röhrig	Chefarzt	Anästhesiologie
Chirurgie	Dr. Christoph Wegmann	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Allgemeine Chirurgie
Gynäkologie und Geburtshilfe	Dr. Christoph Katz	Chefarzt	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Innere Medizin	Dr. Burkhard Greulich	Chefarzt	Basisweiterbildung Innere Medizin und Allgemeinmedizin
	Dr. Norbert Woltermann	Oberarzt	
	Dr. Dirk Nischik	Oberarzt	
	Dr. Burkhard Greulich	Chefarzt	
	Dr. Carola Scholz	Oberärztin	Geriatrie
	Dr. Norbert Woltermann	Oberarzt	Innere Medizin und Kardiologie

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Anästhesiologie	PD Dr. Thomas Grau	Chefarzt	Anästhesiologie
Chirurgie	Prof. Dr. Manfred Varney	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Viszeralchirurgie
	Dr. Heinz-Otfried Altstaedt	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Gefäßchirurgie
	Dr. Hans-Ulrich Schröder	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Orthopädie und Unfallchirurgie
	Dr. Bernd Ruhnke	Chefarzt	Plastische und Ästhetische Chirurgie
	Dr. Eugen Klein	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Allgemeine Chirurgie
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Dr. Joachim Hulde	Chefarzt	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Innere Medizin	Prof. Dr. Heinrich Ditter	Chefarzt	Innere Medizin
	PD Dr. Gero Massenkeil	Chefarzt	Innere Medizin
	Dr. Arno Sonnborn	Oberarzt	
Radiologie	Dr. Peter Berliner	Chefarzt	Diagnostische Radiologie
Strahlentherapie	Dr. Andreas Köhler	Chefarzt	Strahlentherapie
Urologie	PD Dr. Rüdiger Klän	Chefarzt	Urologie

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
24				
24				
24				
36				
36				
	Innere Medizin	24		
12				
12				

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
24				
24				
48				
24				
48				
24			Spezielle Unfallchirurgie	36
24				
48				
24				
24				
60	Gynäkologische Onkologie	36	Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	12
72	Kardiologie	24	Intensivmedizin	24
72	Hämatologie und Onkologie	24		
	Gastroenterologie	24		
48				
36				
36				

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Betriebsmedizin	Dr. Lotte Gal-Kiefer	Betriebsärztin	
Chirurgische Klinik I Allgemeine Chirurgie	Prof. Dr. Stefan Hosch	Klinikdirektor	Basisweiterbildung Chirurgie Chirurgie
	Dr. Joachim Hetzer	Leitender Oberarzt	
Chirurgische Klinik III Gefäßchirurgie	PD Dr. Volker Ruppert	Klinikdirektor	Gefäßchirurgie
Frauenklinik	Prof. Dr. Babür Aydeniz	Klinikdirektor	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Institut für Anästhesie und Intensivmedizin	Prof. Dr. Gunther Lenz	Instituts- direktor	Anästhesiologie
Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie	Prof. Dr. Dierk Vorwerk	Instituts- direktor	Diagnostische Radiologie
Institut für Laboratoriums- medizin	Prof. Dr. Johannes Aufenanger	Instituts- direktor	Laboratoriumsmedizin (Klinische Chemie, Medizinische Mikrobiologie, Medizinische Immunologie, freie Zeit)
Institut für Nuklearmedizin	Prof. Dr. Uwe Cremerius	Instituts- direktor	Nuklearmedizin
Institut für Strahlentherapie und radiologische Onkologie	Prof. Dr. Helmut Lindner	Instituts- direktor	Strahlentherapie
Medizinische Klinik I Kardiologie	Prof. Dr. Conrad Pfafferoth	Klinik- direktor	Innere Medizin
	Dr. Genady Engel	Oberarzt	
Medizinische Klinik II Gastroenterologie	Prof. Dr. Josef Menzel	Klinik- direktor	Innere Medizin
Medizinische Klinik III Nephrologie	Dr. Edeltraud Reiter	Oberärztin	
Neurologische Klinik	Prof. Dr. Günter Ochs	Klinik- direktor	Neurologie
Orthopädische Klinik	Prof. Dr. Axel Hillmann	Klinik- direktor	Orthopädie und Unfallchirurgie
Unfall-, Wiederherstellungs-, Hand- und Plastische Chirurgie	PD Dr. Michael Wenzl	Klinik- direktor	Basisweiterbildung Chirurgie Orthopädie und Unfallchirurgie
Urologische Klinik	Prof. Dr. Andreas Manseck	Klinik- direktor	Urologie
Zentrum für psychische Gesundheit	Prof. Dr. Thomas Pollmächer	Klinik- direktor	Psychiatrie und Psychotherapie

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
			Betriebsmedizin	9
24 48				
	Viszeralchirurgie	48		
48	Gefäßchirurgie	36		
60	Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	36	Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin (Fakultative Weiterbildung)	24
60			Intensivmedizin Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin (Fakultative Weiterbildung)	24 24
60				
42				
60				
60				
72	Kardiologie	24	Intensivmedizin Spezielle internistische Intensivmedizin (Fakultative Weiterbildung)	24 24
	Pulmonologie	12		
72	Gastroenterologie	24		
	Nephrologie	12		
48				
48				
24 48	Unfallchirurgie	36	Spezielle Unfallchirurgie	36
60			Medikamentöse Tumorthherapie	12
48			Schlafmedizin	18

*Hospital zum Heiligen
Geist GmbH*

244
245

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Anästhesie	Dr. Martin Stahnke	Chefarzt	Anästhesiologie
Chirurgie	Prof. Dr. Alfred Kaschner	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Allgemeine Chirurgie
Fachübergreifende Frührehabilitation	Dr. Franz Xaver Hierl	Chefarzt	Physikalische und Rehabilitative Medizin
Gynäkologie	Dr. Hajo Wilkens	Chefarzt	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Innere Medizin	Prof. Dr. Walter Josef Faßbender	Chefarzt	Basisweiterbildung Innere Medizin und Allgemeinmedizin Innere Medizin und Endokrino- logie und Diabetologie
	Dr. Dirk Sandig	Oberarzt	
Urologie	Dr. Bruno Wirth	Chefarzt	Urologie

*Stiftungsklinikum
Mittelrhein GmbH*

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. Samir Said	Klinikdirektor	Basisweiterbildung Chirurgie Viszeralchirurgie
Anästhesiologie und Intensivmedizin	Dr. Matthias Schäfer	Klinikdirektor	Anästhesiologie
	Klaus Pottgiesser	Leitender Arzt	
	Dr. Thomas Rösel	Leitender Arzt	Anästhesiologie
Chirurgie	Dr. Ralf-Georg Chlebusch	Chefarzt	Chirurgie Orthopädie und Unfallchirurgie
	Bernd Lohmann	Chefarzt	Chirurgie
Innere Medizin	Prof. Dr. Ralph Naumann	Klinikdirektor	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
	Dr. Norbert Kaul	Chefarzt	Innere Medizin und Kardiologie
	Dr. Ron Roy-Chowdhury	Leitender Arzt	Innere Medizin und Kardiologie
	Marius Grabowski	Leitender Arzt	Innere Medizin und Gastroenterologie Innere Medizin
	Dr. Andreas Mulfinger	Leitender Arzt	Innere Medizin und Kardiologie Innere Medizin
	Dr. Markus Schneider	Chefarzt	Innere Medizin und Angiologie Innere Medizin
	Dr. Udo Benner	Leitender Oberarzt	Innere Medizin und Gastroenterologie

Fortsetzung
nächste Seite >>

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
30				
24 60	Unfallchirurgie	24		
12			Rehabilitationswesen	12
48				
36 36				
	Endokrinologie	12		
36			Andrologie	12

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
48 36				
48			Spezielle Intensivmedizin	24
			Intensivmedizin	6
12			Palliativmedizin	12
12 18				
12				
12			Palliativmedizin	12
36	Kardiologie	12	Intensivmedizin	6
12	Kardiologie	6		
12				
18				
6 12				
18 18				
12				

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Neurochirurgie	PD Dr. Beate Schoch	Chefärztin	
	Dr. Hans-Hermann Görge	Chefarzt	Neurochirurgie Spezielle Neurochirurgische Intensivmedizin
Physikalische und Rehabilitative Medizin	Dr. Thorsten Krause	Stellvertre- tender Leitender Arzt	Physikalische und Rehabilitative Medizin
Plastische Chirurgie	Dr. Ulrich Albers	Chefarzt	Plastische und Ästhetische Chirurgie
Psychosomatik und Psychotherapie	Dr. Hermann Schubert	Chefarzt	Stationäre Internistische Patientenversorgung
	Dr. Norbert Josef Hartkamp	Leitender Arzt	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Radiologie	Prof. Dr. Stephan Felber	Chefarzt	Radiologie
Unfallchirurgie/Orthopädie	PD Dr. Erol Gercek	Klinik- direktor	Basisweiterbildung Chirurgie Orthopädie und Unfallchirurgie
	Dr. Gunter Meuthen	Oberarzt	
	PD Dr. Philipp Drees	Klinik- direktor	Orthopädie und Unfallchirurgie

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Anästhesie	Prof. Dr. Martin Anetseder	Chefarzt	Anästhesiologie
Chirurgische Klinik	Dr. Johann Hatzl	Chefarzt	Gefäßchirurgie
Frauenklinik	Prof. Dr. Thorsten Fischer	Chefarzt	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Medizinische Klinik	Dr. Franz Käser	Chefarzt	
Radiologie	Dr. Klaus Baumer	Chefarzt	Radiologie

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
			Intensivmedizin	9
36			Intensivmedizin	9
24				
12			Naturheilverfahren	3
48			Handchirurgie	36
12				
24				
48				
24			Spezielle Unfallchirurgie	36
48				
	Orthopädie	24	Physikalische Therapie	24
72			Spezielle Orthopädische Chirurgie	24

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
36				
48				
60				
	Gastroenterologie	18		
36				

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Chirurgie	PD Dr. Christian Hamel	Chefarzt	Chirurgie
	Dr. Christoph Haag	Leitender Oberarzt	
	Dr. Nicola Kläber	Oberärztin	
	Franz Trefonski	Oberarzt	Chirurgie
Innere Medizin	Dr. Reiner Haag	Chefarzt	Innere Medizin
	Dr. Michael Maraun	Leitender Oberarzt	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
	Prof. Dr. Hans-Heinrich Osterhues	Chefarzt	Innere Medizin
	Dr. Martina Standop	Chefärztin	Innere Medizin Allgemeinmedizin
	Dr. Christoph Steinborn	Leitender Oberarzt	
Orthopädie	Dr. Wolfgang Birkner	Chefarzt	Orthopädie und Unfallchirurgie
Plastische Chirurgie	Andreas Rudolph	Leitender Arzt	Plastische und Ästhetische Chirurgie
Radiologie	Dr. Christoph Rozeik	Chefarzt	Diagnostische Radiologie

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Abteilung für Radiologische Diagnostik	PD Dr. Matthias König	Chefarzt	Diagnostische Radiologie
Chirurgische Klinik I Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie	PD Dr. Roland Kurdow	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie
Gefäßchirurgische Klinik	Dr. Thomas Fahrenkemper	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie
Gynäkologisch- geburtshilfliche Klinik	Dr. Klaus Ermer	Chefarzt	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
	Dr. Donat Romann	Chefarzt	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin	Prof. Dr. Wolfram Wilhelm	Chefarzt	Anästhesiologie
Medizinische Klinik I Kardiologie	Prof. Dr. Christian Perings	Chefarzt	Innere Medizin
Medizinische Klinik II Angiologie und Diabetologie	Dr. Susanne Karl-Wollweber	Chefärztin	Innere Medizin
Medizinische Klinik II Gastroenterologie	Dr. Berthold Lenfers	Chefarzt	Innere Medizin

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
60				
	Unfallchirurgie	36		
			Handchirurgie	36
24				
72	Hämatologie	30		
	Onkologie	30		
36			Diabetologie	18
72	Kardiologie	24	Spezielle Internistische Intensivmedizin	24
36				
36	Gastroenterologie	36		
48			Spezielle Orthopädische Chirurgie	36
24				
36				

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
48	Neuroradiologie	12		
24	Viszeralchirurgie	36		
24	Gefäßchirurgie	48	Phlebologie	18
60	Gynäkologische Onkologie	36		
60	Gynäkologische Onkologie	36		
60			Notfallmedizin	24
36	Kardiologie	36	Intensivmedizin	24
36			Diabetologie	12
36	Gastroenterologie	36		

*Klinikum Lünen –
St.-Marien-Hospital
(Fortsetzung)*

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Neurochirurgische Klinik	Dr. Rainer Harre	Chefarzt	Neurochirurgie
Neurologische Klinik	Dr. Dr. Peter Schejbal	Chefarzt	Neurologie
Nuklearmedizinische Klinik	Dr. Bernd Nagel	Chefarzt	Nuklearmedizin
Klinik für Schmerz- und Palliativmedizin	Dr. Eberhard Albert Lux	Chefarzt	
Urologische Klinik	Dr. Rainer Diederich	Chefarzt	Urologie

*St. Josef Krankenhaus
GmbH Moers*

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Allgemeinchirurgie	Dr. Heinz-Otto Lindner	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Viszeralchirurgie
	Dr. Claude van Lierde	Oberarzt	Allgemeine Chirurgie
	Dr. Helmut Müller	Oberarzt	Allgemeine Chirurgie
Anästhesiologie	Dr. Thomas Ziegenfuß	Chefarzt	Anästhesiologie
Diagnostische Radiologie	Dr. Christoph Paselk	Chefarzt	Radiologie
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Dr. Ulrike Effelsberg	Chefärztin	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Innere Medizin	Dr. Christoph Vogt	Chefarzt	Innere Medizin und Allgemeinmedizin Gastroenterologie
	Dr. Stefan Schickel	Department- leiter	
Neurologie	Dr. Hans-Werner Scharafinski	Chefarzt	Neurologie
Palliativmedizin	Norbert Schürmann	Department- leiter	
Psychiatrie und Psychotherapie	Dr. Jürgen Diettrich	Chefarzt	Psychiatrie und Psychotherapie
Unfallchirurgie	Dr. Michael Jonas	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Orthopädie und Unfallchirurgie
Urologie	Dr. Michael Reimann	Chefarzt	Urologie

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
60				
48				
36				
			Spezielle Schmerztherapie	12
36				

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
24			Proktologie	12
24				
24				
24				
48			Physikalische Schmerztherapie	24
			Intensivmedizin	24
60			Neuroradiologie	24
48				
60				
60				
	Kardiologie	36		
48			Spezielle Neurologische Intensivmedizin	24
			Palliativmedizin	12
			Spezielle Schmerztherapie	12
48				
24			Spezielle Unfallchirurgie	24
48				
48			Medikamentöse Tumorthherapie	12

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	Dr. Thomas Buthut	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Viszeralchirurgie
Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin	Dr. Jörg Adam Schuck	Chefarzt	Anästhesiologie
	Dr. Ulrike Wegenhorst	Oberärztin	Intensivmedizin
Klinik für Gefäßchirurgie	Dr. Olaf Hinze	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Gefäßchirurgie
Klinik für Geriatrie	Dr. Kerstin Andrehs	Chefärztin	Innere Medizin und Allgemeinmedizin
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe	Dr. Bernd Christensen	Chefarzt	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Klinik für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten	Dr. Achim Franzen	Chefarzt	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Klinik für Intensivmedizin	Dr. Jens Tülsner	Chefarzt	Anästhesiologie
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	Dr. Peter Kroschwald	Chefarzt	Kinder- und Jugendmedizin Neonatologie
	Dr. Brigitte Böttcher	Stellv. Chefärztin	
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Dr. Reinhard Weber-Steinbach	Chefarzt	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Klinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Prof. Dr. Dr. Christian Stoll	Chefarzt	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Klinik für Neurochirurgie	Dr. Ralf Dörre	Chefarzt	Neurochirurgie
Klinik für Neurologie	Prof. Dr. Andreas Bitsch	Chefarzt	Neurologie
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	Urda Barowski	Stellv. Chefärztin	Psychiatrie und Psychotherapie
Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie	Dr. André Buchali	Chefarzt	Strahlentherapie
Klinik für Thoraxchirurgie	Dr. Wojciech Drozd	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Chirurgie Thoraxchirurgie
	Dr. Sven Handke	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Chirurgie Unfallchirurgie
Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungs- chirurgie und Orthopädie	Dr. Sebastian Stern	Oberarzt	Orthopädie
	Steffen Lebentrau	Chefarzt	Urologie
Klinik für Urologie und Kinderurologie	Steffen Lebentrau	Chefarzt	Urologie
Medizinische Klinik A Medizinische Klinik B	Prof. Dr. Dr. Kurt J. G. Schmailzl	Chefarzt	Innere Medizin und Allgemeinmedizin
	Prof. Dr. Dieter Nürnberg	Chefarzt	
Medizinische Klinik A Schwerpunkt Kardiologie	Prof. Dr. Dr. Kurt J. G. Schmailzl	Chefarzt	Innere Medizin
	Dr. Bertram Unger	Oberarzt	

Fortsetzung
nächste Seite >>

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
24 48			Proktologie	12
48				
24				
24 48			Phlebologie	18
24	Innere Medizin und Schwerpunkt Geriatrie	36		
60	Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	24	Spezielle Operative Gynäkologie	24
60				
60				
60 18				
	Kinder-Kardiologie	12		
60				
60			Plastische Operationen	24
72				
48				
48				
60				
24 12 48				
24 60 36	Spezielle Unfallchirurgie	36	Orthopädie und Unfallchirurgie	60
60				
60				
36				
	Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie	36		
60	Nephrologie	12		

Ruppiner Kliniken GmbH
(Fortsetzung)

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Medizinische Klinik B Schwerpunkt Gastroenterologie	Prof. Dr. Dieter Nürnberg	Chefarzt	
	Dr. Christoph Löschner	Oberarzt	
Medizinische Klinik C Schwerpunkt Psychosomatik	Prof. Dr. Dr. Gerhard Danzer	Chefarzt	Innere Medizin und Allgemeinmedizin Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
	Dr. Beatrice Müller	Oberärztin	Innere Medizin
Zentrale Aufnahme	Dr. Friedmann Kuhnt	Oberarzt	Chirurgie Basisweiterbildung Chirurgie
	Dr. Erik Weidmann	Oberarzt	Innere Medizin und Allgemeinmedizin Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Zentrum für Bildgebende Diagnostik	Dr. Reimund Parsche	Chefarzt	Radiologie

*St. Clemens Hospitale
Sterkrade GmbH*

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Dr. Axel Döhrmann	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Allgemeine Chirurgie
Anästhesiologische Klinik/ Operative Intensivmedizin	Dr. Ludger Kahl	Chefarzt	Anästhesiologie
Frauenklinik mit Geburtshilfe	Dr. Carsten Böing	Chefarzt	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Geriatrische Klinik mit Tagesklinik mit Herz- und Gefäßkrankheiten sowie Früh- rehabilitation	Dr. Theodor Nienhaus	Chefarzt	Basisweiterbildung Innere Medizin und Allgemeinmedizin
Klinik für Innere Medizin mit Gastroenterologie, Kardiologie und Stoffwechsel- erkrankungen	Dr. Klaus Becker	Chefarzt	Basisweiterbildung Innere Medizin und Allgemeinmedizin
	Jochen Breuer	Oberarzt	
	Werner Krohn	Oberarzt	
	Dr. Jutta Schneider	Oberärztin	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
Klinik für Kinder und Jugendliche mit Neugeborenen-Intensivstation	Dr. Van Hop Ta	Chefarzt	Kinder- und Jugendmedizin (kommissarisch)
Unfallklinik mit Orthopädie und Handchirurgie – Zentrum für Alterstraumatologie	Dr. Thomas Friess	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Orthopädie und Unfallchirurgie

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
	Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie	36		
	Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie	24		
12				
36				
60				
60				
6				
60				
24				
60	Neuroradiologie	24		

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
24				
24				
36				
60	Gynäkologische Onkologie	12		
36			Geriatric	18
36	Gastroenterologie	36	Proktologie	12
	Kardiologie	18		
			Diabetologie	18
12			Palliativmedizin	12
24			Spezielle Unfallchirurgie	24
30				

*Städtisches Krankenhaus
Pirmasens gGmbH*

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Allgemein- und Viszeralchirurgie	Dr. Georgios Adamidis	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie
Anästhesie	Dr. Carsten Henn	Chefarzt	Anästhesiologie
	Dr. Werner Pohl	Chefarzt	Anästhesiologie
Gefäßchirurgie	Dr. Martin Hartmann	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie
Gynäkologie/ Geburtshilfe	Dr. Abdolhamid Huschmand Nia	Chefarzt	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Innere Medizin/ Gastroenterologie	Dr. Cornelius Moser	Chefarzt	Innere Medizin und Allgemeinmedizin
Innere Medizin/ Kardiologie	Dr. Benno Hennen	Chefarzt	Innere Medizin und Allgemeinmedizin
Kinderklinik	Dr. Hans-Georg Kläber	Chefarzt	Kinder- und Jugendmedizin
Plastische Chirurgie	Dr. Ute Deubel	Chefärztin	Plastische und Ästhetische Chirurgie
Psychiatrie und klinische Psychotherapie	Dr. Stephan Rambach	Chefarzt	Psychiatrie und Psychotherapie
Radiologie	Dr. Martin Hofmann	Chefarzt	Radiologische Diagnostik
Unfallchirurgie	Dr. Tobias Keßler	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie

*Diakonissen-
Stiftungs-Krankenhaus
Speyer gGmbH*

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Anästhesiologie, Intensiv-, Notfall-, Schmerz- und Palliativ- medizin	Dr. Klaus Lander	Chefarzt	Anästhesiologie
	Dr. Oliver Niederer	Oberarzt	
Chirurgie	PD Dr. Dirk Jentschura	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie
	Prof. Dr. Gerhard Rümenapf	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie
Gynäkologie und Geburtshilfe	Dr. Uwe Eissler	Chefarzt	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
	Dr. Uwe Eissler Dr. Katja Herr	Chefarzt Oberärztin	
Innere Medizin	Prof. Dr. Thomas Rabenstein Dr. Harald Schwacke	Chefarzt Chefarzt	Innere Medizin und Allgemeinmedizin
	Prof. Dr. Thomas Rabenstein	Chefarzt	
	Dr. Harald Schwacke	Chefarzt	
	Dr. Gerhild Hettinger	Chefärztin	
Kinderheilkunde und Jugendmedizin	Dr. Axel Bosk	Chefarzt	Kinder- und Jugendmedizin

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
18	Viszeralchirurgie	42		
60				
60				
12	Gefäßchirurgie	12		
60				
24	Gastroenterologie	30		
24	Kardiologie	24		
42				
24			Handchirurgie	24
48				
30				
18	Orthopädie und Unfallchirurgie	36	Unfallchirurgie Spezielle Unfallchirurgie	24 12

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
36			Schmerztherapie Palliativmedizin	12 12
			Intensivmedizin	18
24	Viszeralchirurgie	48		
24	Gefäßchirurgie	48		
60				
	Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	30		
24				
	Gastroenterologie	24		
	Kardiologie	36		
			Geriatric	12
24	Neonatalogie	12		

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Allgemeine Innere Medizin	Dr. Ulrich Tegtbauer	Chefarzt	Innere Medizin
Anästhesiologie	Dr. Ulrich Ruta	Chefarzt	Anästhesiologie Intensivmedizin
Angiologie	Dr. Petra Vieth	Chefärztin	Innere Medizin und Angiologie
Chirurgie	Prof. Dr. Rudolf Mennigen Dr. Hartmut Thiel Dr. Thomas Wentzler	Chefarzt Chefarzt Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie
Gastroenterologie	Dr. Klaus Waltermann	Chefarzt	Innere Medizin und Gastroenterologie
Gefäßchirurgie/Phlebologie	Dr. Thomas Wentzler	Chefarzt	Gefäßchirurgie
Gynäkologie und Geburtshilfe	Dr. Armin Rütten	Chefarzt	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Innere Medizin	Dr. Ulrich Tegtbauer Dr. Petra Vieth Dr. Klaus Waltermann	Chefarzt Chefärztin Chefarzt	Basisweiterbildung Innere Medizin und Allgemeinmedizin
Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie	Dr. Hartmut Thiel	Chefarzt	Orthopädie und Unfallchirurgie

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Allgemein- und Viszeralchirurgie	Dr. Gerd Reiche	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Allgemeine Chirurgie Viszeralchirurgie
	Dr. Georg Bauer	Oberarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Allgemeine Chirurgie Viszeralchirurgie
Anästhesiologie	Dr. Holger Remde	Chefarzt	Anästhesiologie
	Cornelia Briese	Oberärztin	Anästhesiologie
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Dr. Wolfgang Götze	Chefarzt	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Innere Medizin	Dr. Christian Janssen	Chefarzt	Basisweiterbildung Innere Medizin und Allgemeinmedizin Innere Medizin
	Dr. Lyudmil Gruev	Oberarzt	Innere Medizin und Kardiologie
	Dr. Frank Petri	Oberarzt	Innere Medizin und Pneumologie
	Dr. Jeanette Schwenzer	Oberärztin	Innere Medizin und Gastroenterologie
Orthopädie	Dr. Hagen Hommel	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Orthopädie Orthopädie und Unfallchirurgie
Unfallchirurgie	Dr. Steffen König	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Orthopädie und Unfallchirurgie

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
24				
48				
12				
36				
24				
36				
24			Phlebologie	18
18				
48				
36				
24			Spezielle Unfallchirurgie	18

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
24				
24				
36				
24				
24				
36				
48				
48				
48				
36				
66				
18	Kardiologie	12		
30	Pneumologie	24		
30				
24				
36				
30				
24			Spezielle Unfallchirurgie	18
24				

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Anästhesie	Dr. Christian Hönemann	Chefarzt	Anästhesiologie (davon 1 Jahr Intensivmedizin)
	Dr. Olaf Hagemann	Chefarzt	Anästhesiologie (davon 1 Jahr Intensivmedizin)
Chirurgie	Dr. Thomas Erhart	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Allgemeine Chirurgie Viszeralchirurgie
	Dr. Wolfgang Eichler	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Orthopädie und Unfallchirurgie
	Dr. Jens Hilgenberg	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie Orthopädie und Unfallchirurgie
Gynäkologie und Geburtshilfe	Dr. Dietmar Seeger	Chefarzt	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Dr. Knut Frese	Chefarzt	Basisweiterbildung Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Innere Medizin	Dr. Reinhard K. Klocke	Chefarzt	Basisweiterbildung Innere Medizin und Allgemeinmedizin
	Dr. Volker Meister	Chefarzt	Basisweiterbildung Innere Medizin und Allgemeinmedizin Innere Medizin und Gastro- enterologie
	Dr. Josef Diers	Chefarzt	Basisweiterbildung Innere Medizin und Allgemeinmedizin
	Dr. Irene Link	Chefärztin	Basisweiterbildung Innere Medizin und Allgemeinmedizin
	Michael Hohmann	Chefarzt	Basisweiterbildung Innere Medizin und Allgemeinmedizin Innere Medizin und Nephrologie
	Dr. Achim Guttersohn	Chefarzt	Innere Medizin und Kardiologie
	Dr. Thomas Kalvelage	Oberarzt	Innere Medizin und Kardiologie
	Dr. Stefan Hagen	Oberarzt	Innere Medizin und Gastroenterologie
	Dr. Uwe Tracogna	Oberarzt	Innere Medizin und Gastroenterologie
Pädiatrie und Neonatologie	Dr. Jürgen Holtvogt	Chefarzt	Kinderheilkunde und Jugendmedizin

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
48			Notfallmedizin	24
48			Notfallmedizin	24
24				
24				
12				
24				
24				
24				
24				
60	Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	36		
36	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	24		
36				
36				
12				
36				
36			Geriatric	12
36				
12				
36				
36				
12				
12				
60	Neonatalogie	36		

*Kreiskrankenhaus
Vilsbiburg*

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Anästhesie	Dr. Dieter Weidauer	Chefarzt	Anästhesiologie
Chirurgische Klinik	Dr. Hermann Albersdörfer	Chefarzt	Basisweiterbildung Chirurgie
	Dr. Nikolaus Steigemann	Chefarzt	
	Dr. Hermann Albersdörfer	Chefarzt	Orthopädie und Unfallchirurgie
Chirurgische Klinik	Dr. Nikolaus Steigemann	Chefarzt	Viszeralchirurgie
	Dr. Jörg-Dieter Koch	Chefarzt	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Medizinische Klinik	PD Dr. Christian Pehl	Chefarzt	Basisweiterbildung Innere Medizin und Allgemeinmedizin
	Dr. Klaus Landendinger	Oberarzt	
	PD Dr. Christian Pehl	Chefarzt	
	Dr. Klaus Landendinger	Oberarzt	Innere Medizin

*St. Christophorus-
Krankenhaus GmbH*

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Anästhesiologie	Dr. Thomas Bernhardt	Chefarzt	Anästhesiologie
Chirurgie	Dr. Peter Hartung	Chefarzt	Chirurgie
	Dr. Lutz Glöckner	Chefarzt	Chirurgie
	Dr. Birgit Heller	Chefärztin	
Innere Medizin	Dr. Detlef Lüders	Chefarzt	Innere Medizin
	Dr. Franz Josef Hegge	Chefarzt	Innere Medizin
	Dr. Susanne Vedder	Chefärztin	Innere Medizin

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
24				
24				
30			Spezielle Unfallchirurgie	18
12				
48				
36				
	Gastroenterologie	6		
24				

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
24				
24	Viszeralchirurgie	36		
24	Orthopädie und Unfallchirurgie	36	Spezielle Orthopädische Chirurgie	36
	Orthopädie und Unfallchirurgie	36	Spezielle Orthopädische Chirurgie	36
36	Pneumologie	24	Intensivmedizin	24
36	Kardiologie	24	Intensivmedizin	24
36	Gastroenterologie	24		

Klinik/Abteilung	Name	Funktion	Facharztweiterbildung
Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. Ekkehard Schippers	Chefarzt	Allgemeine Chirurgie Viszeralchirurgie
Anästhesie und Intensivmedizin, Palliativmedizin	Dr. Rainer Schäfer	Chefarzt	Anästhesiologie
Gastroenterologie/ Rheumatologie	Prof. Dr. Wolfgang Scheppach	Chefarzt	Innere Medizin und Allgemeinmedizin Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie
Innere Medizin/Rheumatologie	Dr. Jutta Bohn	Fachärztin	Innere Medizin und Rheumatologie
Kardiologie	Prof. Dr. Malte Meesmann	Chefarzt	Innere Medizin und Allgemeinmedizin Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie
Neurologie	Dr. Hans Molitor	Chefarzt	Neurologie
Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	PD Dr. Alexander Beck	Chefarzt	Allgemeine Chirurgie Orthopädie und Unfallchirurgie
Radiologie	Dr. Wolfgang Küsters	Chefarzt	Radiologie
Urologie	Dr. Vitus Heller	Chefarzt	Urologie
Zentrallabor	Prof. Dr. Tino F. Schwarz	Chefarzt	Laboratoriumsmedizin

Dauer in Monaten	Schwerpunkt	Dauer in Monaten	Zusatzweiterbildung	Dauer in Monaten
72 48				
36			Palliativmedizin	12
36 72				
24				
36 66	Kardiologie	30		
48				
72 60			Spezielle Unfallchirurgie	36
42				
24				
24				

Apparative Ausstattung mit Großgeräten

Die apparative Ausstattung stellt ein wesentliches Merkmal der Strukturqualität von Krankenhäusern dar. In Anlehnung an den gesetzlichen Qualitätsbericht nach § 137 SGB V werden die Geräte aus der Auswahlliste »Apparative Ausstattung« dargestellt, die in den einzelnen Mitgliedshäusern vorhanden sind.

Auf die Darstellung weiterer, über diese Liste in den Mitgliedshäusern hinaus vorhandener Geräte wurde verzichtet. Interessierte Leser können sich hierzu bei Bedarf in den jeweiligen individuellen Qualitätsberichten der Mitgliedshäuser informieren.

Innerhalb des CLINOTEL-Krankenhausverbundes besteht die Möglichkeit, hinsichtlich der Anschaffung und der Anwendung der jeweiligen Geräte einen fachlichen Austausch zu pflegen.

So können beispielsweise Mitgliedshäuser, welche die Anschaffung eines bestimmten Gerätes planen, die Erfahrungen aus Mitgliedshäusern erfragen, in denen das Gerät bereits etabliert ist. Mit dieser Möglichkeit können die Mitgliedshäuser den Einsatz neuer Geräte schneller und effizienter vorbereiten.

[i] **Abbildung: Vorhandene Geräte**

Zum Stichtag 31.12.2010 vorhandene Geräte werden mit einem Punkt dargestellt.

Die Großgeräte aus der Auswahlliste, zu denen das Kriterium 24-Stunden-Notfallverfügbarkeit anzugeben ist, werden rot dargestellt.

Bei den Mitgliedshäusern, bei denen die 24-Stunden-Notfallverfügbarkeit gegeben ist, wird der Punkt rot dargestellt.

Vorhandene Geräte

Angiographiegerät

Audiometrie-Labor

Belastungs-EKG/Ergometrie

Bewegungsanalysesystem

Bodyplethysmographie

Brachytherapiegerät

Cell Saver
(im Rahmen einer Bluttransfusion)

Computertomograph (CT)

Elektroenzephalographiegerät (EEG)

Elektromyographie (EMG)/Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit

Endoskop

Geräte der Invasiven Kardiologie
(z.B. Herzkatheterlabor, Ablationsgenerator, Kardioversionsgerät, Herzschrittmacherlabor)

Geräte für Nierenersatzverfahren
(Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse)

Geräte zur Lungenersatztherapie/-unterstützung (z.B. ECMO/ECLA)

Geräte zur Strahlentherapie

Hochfrequenztherapiegerät

Kipptisch (z.B. zur Diagnose des orthostatischen Syndroms)

Laser

Lithotripter (ESWL)

Magnetresonanztomograph (MRT)

Mammographiegerät

OP-Navigationsgerät

Oszillographie

Positronenemissionstomograph (PET)

**Röntengerät/
Durchleuchtungsgerät** (z.B. C-Bogen)

Schlaflabor

Sonographiegerät/
Dopplersonographiegerät

SPECT (Single-Photon-Emissionscomputertomograph)

Spirometrie/Lungenfunktionsprüfung

Szintigraphiescanner/Gammakamera
(Szintillationskamera)

Uroflow/Blasendruckmessung

Fallzahlen der Mitgliedshäuser

Vollstationäre Fälle

Zuerst erfolgt die Darstellung der vollstationären Fälle (ohne teilstationäre Fälle). Für die Regelung zur Fallzählung sind die gesetzlichen Vorgaben zugrunde gelegt worden. Für Krankenhäuser beziehungsweise Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) fallen, richtet sich die Fallzählung nach § 8 FPV (Fallpauschalenvereinbarung) 2010. Entsprechend den Abrechnungsbestimmungen in § 8 der FPV 2010 zählt jede abgerechnete vollstationäre DRG-Fallpauschale im Jahr der Entlassung als ein Fall.

Bei der Wiederaufnahme oder Rückverlegung in dasselbe Krankenhaus ist jeweils nur die Fallpauschale zu zählen, die nach der Neueinstufung für die zusammengefassten Krankenhausaufenthalte abgerechnet wird.

Für Krankenhäuser beziehungsweise Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) fallen, richtet sich die Fallzählung nach der Fußnote 11 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 zur Anlage 1 zu § 17 Abs. 4 der BpflV). Entsprechend den unterschiedlichen Vorschriften zur Fallzählweise ergibt sich, dass bei interner Verlegung vom KHEntG- ins BpflV-System (und umgekehrt) jeweils ein neuer Fall entsteht.

Ambulante Fälle

Bei der Darstellung der ambulanten Fälle sind ausschließlich Fälle der Institutsambulanzen der Krankenhäuser berücksichtigt. Fälle in Privat-, Ermächtigungs- oder Berufsgenossenschaftsambulanzen einzelner Ärzte bleiben hier unberücksichtigt.

Auch ambulante Operationen werden in dieser Aufstellung nicht dargestellt. Bei der Angabe der Anzahl der ambulanten Fälle ist zu berücksichtigen, dass die im Krankenhaus verwendeten Zählweisen zum Teil unterschiedlich sind und daher auch unterschiedlich dargestellt werden.

Verstanden wird unter Fallzählweise die Zählung aller Kontakte aller Patienten mit dem Krankenhaus, unter Quartalszählweise die einmalige Zählung eines Patienten pro Quartal (unabhängig von der Zahl der Kontakte im Quartal) und unter Patientenzählweise die Zählung der ambulanten Patienten des Krankenhauses (unabhängig von der Zahl der Kontakte).

Fallzahlen 2010

Mitgliedshaus	Vollstationär	Ambulant		
		Fallzählweise	Quartalszählweise	Patientenzählweise
Altötting	20.194	22.029		
Bochum	7.253			8.771
Brandenburg	24.427	19.363		
Burghausen	4.912	7.936		
Cloppenburg	10.912		6.197	
Cottbus	42.101		21.066	
Emden	14.793			9.814
Emsdetten	6.593		5.753	
Emstek	2.022		0	
Essen	15.025		6.936	
Greven	7.752		5.037	
Gütersloh	17.812	11.869		
Ingolstadt	41.069	25.061		
Kempen	8.738	5.598		
Koblenz	18.066		32.130	
Landshut	16.675			5.710
Lörrach	19.109	10.443		
Lünen	21.403	25.471		
Moers	18.201		9.837	
Neuruppin	25.114		17.415	
Oberhausen	12.444	12.524		
Pirmasens	16.013	12.898		
Speyer	19.796	14.126		
Steinfurt	8.584			21.225
Strausberg	14.536			10.706
Vechta	15.921		10.258	
Vilsbiburg	7.711			4.974
Werne	9.535			8.798
Würzburg	12.194		6.063	
Summe	458.905	167.318	120.692	69.998

Fachabteilungen und Betten im CLINOTEL-Krankenhausverbund

Anzahl	Fachabteilungsbezeichnung	Altötting	Bochum	Brandenburg	Burghausen	Cloppenburg	Cottbus	Emden	Emsdetten	Emstek	Essen	Greven	Gütersloh	Ingolstadt	Kempen
28	Allgemeine Chirurgie	61	77	50	33	74	104	42	62		34	62	70	87	65
2	Angiologie														
9	Augenheilkunde		4	10	4	2	21							8	
1	Behandlung von Querschnittgelähmten														
2	Dermatologie						26								
1	Endokrinologie/Diabetologie						34								
22	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	54		48	4	30	74	25				30	55	80	39
9	Gastroenterologie			54			24				50		40		
8	Gefäßchirurgie			31			31						30		
5	Geriatrie						40								
3	Geriatrische Tagesklinik														
19	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	6		42	10	15	42	6	4			12	10	10	13
4	Hämatologie und internistische Onkologie						48						38	16	
22	Innere Medizin	108	91		80	108		85	80		96	97	77	252	100
2	Innere Medizin Tagesklinik						12								
10	Intensivmedizin	12		18			24							24	
8	Kardiologie			73			86						40		
1	Kinderchirurgie						20								
1	Kinder- und Jugendpsychiatrie														
6	Neonatologie	5		12			26								
2	Nephrologie						25		30						
6	Neurochirurgie			30			36							28	
10	Neurologie	20					51	49			48			50	
2	Onkologische Tagesklinik						5								
9	Orthopädie	30		97	8		84		25	63				93	
9	Pädiatrie	40		33			63	20							
2	Pädiatrie-Tagesklinik						5								
8	Palliativmedizin						6							10	
7	Plastische Chirurgie										50		30	2	
2	Pneumologie						60								
9	Psychiatrie		123				90	75			110			275	
9	Psychiatrische/Psychosomatische Tages-/Nachtambulanz						20	20			18			24	
4	Psychosomatik/Psychotherapie														
2	Rheumatologie						25			11					
4	Sonstige (Fachübergreifende Frührehabilitation)													21	40
5	Strahlenheilkunde/Nuklearmedizin						35						8	10	
8	Stroke Unit						4	6			4			4	
1	Thoraxchirurgie														
17	Unfallchirurgie	41					76	42			33		30	67	
11	Urologie	30		22			40						40	63	22
6	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie						18	1						8	
296	Summe	407	295	520	139	229	1.255	371	201	74	443	201	468	1.132	279

[i]

Bei den Mitgliedshäusern und in der Summe ist die Anzahl der Betten in den jeweiligen Fachabteilungen dargestellt

Die dargestellten 29 Mitgliedshäuser von CLINOTEL verfügen insgesamt über 1,5 Milliarden Euro Budget, versorgen 460.000 stationäre Patienten, beschäftigen 26.000 Mitarbeiter, halten rund 12.300 Betten vor, betreiben weitere Tochtergesellschaften beziehungsweise halten Beteiligungen.

	Koblenz	Landshut	Lörrach	Lünen	Moers	Neuruppin	Oberhausen	Pirmasens	Speyer	Steinfurt	Strausberg	Vechta	Vilsbiburg	Werne	Würzburg	Summe
	131	93	92	46	54	35	60	34	44	30	84	52	96	48	50	1.770
				10						30						40
	25					2			1							77
	28															28
												5				31
																34
	27	61		67	43	44	53	35	69	33	41	51	26			989
				97		65		73		30					62	495
				30		19		8	56	20						225
				40		55	48					23				206
				18		10	10									38
	7	4			16	33			2	3		22		11		268
		3														105
	195	136	263		113		77		149	63	145	47	78	122		2.562
									30							42
	26		31			16		12	20						18	201
				100		59		74				36			45	513
																20
						36										36
						8			18			12				81
																55
	34			37		20										185
			11	38	60	45									44	416
	10															15
			73								42					515
						22	26	28	47			39				318
									2							7
	8			5	7		6		6						15	63
	20	5	5					9								121
						31										91
			30		80	142		90								1.015
			20		20	40		20		16						198
	40		18			10				54						122
																36
	28											4			14	79
				11		20										84
			4	4		4		4								34
						18										18
	52		37	55	47	35	45	33		38	32			35	69	767
				32	35	33		8							25	350
	8		1			15										51
	611	302	585	590	475	817	325	428	444	317	344	291	200	216	342	12.301



18 Altötting-Burghausen
20 Bochum
22 Brandenburg

24 Cloppenburg | KKOM
26 Emstek | KKOM
27 Vechta | KKOM

30 Cottbus
32 Emden
34 Emsdetten | ckt.

34 Greven | ckt.
34 Steinfurt | ckt.
36 Essen

38 Gütersloh
40 Ingolstadt
42 Kempen



Impressum

CLINOTEL Krankenhausverbund gemeinnützige GmbH

Ebertplatz 1

50668 Köln

Telefon +49 (0) 221 16798-0

Telefax +49 (0) 221 16798-20

E-Mail mail@clinotel.de

www.clinotel.de

Geschäftsführung

Prof. Dr. med. Andreas Becker

Diplom-Verwaltungswirt Udo Beck

Copyright

Texte und Inhalte

CLINOTEL Krankenhausverbund

gemeinnützige GmbH

Gestaltung

Konzeption, Design und Realisation

b. kommunikationsdesign

Diplom-Designerin Susanne Breitfeld

© 2011. Alle Rechte vorbehalten.

Kontakt

**CLINOTEL Krankenhausverbund
gemeinnützige GmbH**

**Ebertplatz 1 | 50668 Köln
Telefon +49 (0) 221 16798-0
Telefax +49 (0) 221 16798-20**

**mail@clinotel.de
www.clinotel.de**



Krankenhausverbund
gemeinnützige GmbH

