



Klinik Sankt Elisabeth Heidelberg

Strukturierter Qualitätsbericht

für das Berichtsjahr 2004

für die Klinik Sankt Elisabeth Heidelberg

Version 0.8

31. August 2005

Herausgeber:

Klinik Sankt Elisabeth

Verwaltung

Abteilung Qualitätsmanagement

Max-Reger-Str.5-7

69121 Heidelberg

Tel.: 06221/488206

Fax:06221/488208

Email: leitung@sankt-elisabeth.de

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Basisteil	5
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	5
A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses	5
A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	5
A-1.3 Name des Krankenhausträgers	5
A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?	5
A-1.5 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108/109 SGB V	5
A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:	5
A- 1.7 A Fachabteilungen	6
A-1.7 B Top 30 DRG	7
A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote	9
A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	9
A-2.0 Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?	9
A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten	10
A-2.1.1 Apparative Ausstattung	10
A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten	11
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	12
B-1.1 Name der Fachabteilung:	12
B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:	12
B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:	12
B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:	12
B-1.5 Top-10 DRG	13
B-1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr	14
B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr	15
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	24

B-2.1	Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V	24
B-2.2	Top-5 der ambulanten Operationen	24
B-2.3	Sonstige ambulante Leistungen	24
B-2.4	Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst	24
B-2.5	Personalqualifikation im Pflegedienst	26
C	Qualitätssicherung	29
C-1	Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	29
C-2	Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V	30
C-3	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	30
C-4	Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease - Management - Programmen (DMP)	30
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	31
C-5.2	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	31
	Systemteil	32
D	Qualitätspolitik	32
E	Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	33
E-1	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus	33
E-2	Qualitätsbewertung	33
E-3	Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	33
F	Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	34
G	Weitergehende Informationen	34

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

Straße: Max-Reger-Str. 5-7
PLZ und Ort: 69121 Heidelberg
Postfach:
Postfach-PLZ und Ort:
E-Mail-Adresse: leitung@sankt-elisabeth.de
Internetadresse: www.sankt-elisabeth.de

A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen: 260820514

A-1.3 Name des Krankenhausträgers

Krankenhausträger: Kloster St. Trudpert e.V., Münstertal

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

Die Klinik Sankt Elisabeth Heidelberg ist kein akademisches Lehrkrankenhaus.

A-1.5 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108/109 SGB V

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

Anzahl Betten. 70

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten: 4.488

Ambulante Patienten: keine

A- 1.7 A Fachabteilungen

FA-Kode § 301 SGB V	Name der Fachabteilung	Zahl der Betten	Zahl der stationären Fälle	HA (Hauptabteilung) oder BA (Belegabteilung)	Poliklinik/ Ambulanz ja/nein
1900	Plastische Chirurgie	8	8	BA	nein
2300	Orthopädie	8	1.276	BA	nein
2400	Frauenheilkunde und Ge- burtshilfe	54	3.206	BA	nein

A-1.7 B Mindestens Top 30 DRG

(nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	P67	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g	1497
2	O60	Vaginale Entbindung	1135
3	I30	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk	669
4	I18	Andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenb.gelenk, Unterarm	429
5	O01	Sectio caesarea	394
6	N04	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC	228
7	N10	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation	195
8	O65	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme	175
9	N07	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung	165
10	O40	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie	114
11	O64	Frustrane Wehen	92
12	J06	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung	83
13	J13	Kleine Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung	74
14	N09	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva	64
15	L06	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne schwere CC	52
16	I27	Eingriffe am Weichteilgewebe	48
17	N08	Endoskopische Eingriffe an den weibl. Geschlechtsorganen	43
18	P66	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g	41
19	I16	Andere Eingriffe am Schultergelenk	40
20	O62	Drohender Abort	34
21	N05	Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung	32

22	J07	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung	25
23	O02	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur	25
24	N13	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, Alter < 81 Jahre ohne äußerst schwere ohne schwere CC	22
25	X63	Folgen einer medizinischen Behandlung	22
26	P60	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme	21
27	Z01	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	21
28	I20	Eingriffe am Fuß	20
29	N06B	Rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen ohne komplexen Eingriff	20
30	O03	Extrauterin gravidität	19

A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote

(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Geburtshilfe

Brust-Operationen

Operationen am Abdomen

Knie-Operationen (Arthroskopien und Kreuzbandplastiken)

Schulter-Operationen

A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

keine

**A-2.0 Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der
Berufsgenossenschaft?**

2300 Orthopädie

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Leistungsbereich	Vorhanden		Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	
	JA	NEIN	JA	NEIN
Computertomographie				
Magnetresonanztomographie (MRT)			Ja	
Herzkatheterlabor				
Szintigraphie				
Positronenemissionstomographie (PET)				
Elektroenzephalogramm (EEG)				
Angiographie				
Schlaflabor				
Mammographie			Ja	
Sonographie			Ja	
Ultraschall			Ja	
Stereotaxie			Ja	

Anmerkung: Es besteht eine Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten, die jeweils Eigentümer der Apparate sind, und der Klinik.

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Leistungsbereich	Vorhanden	
	JA	NEIN
Physiotherapie	Ja	
Dialyse		
Logopädie		
Ergotherapie		
Schmerztherapie	Ja	
Eigenblutspende		
Gruppenpsychotherapie		
Einzelpsychotherapie		
Psychoedukation		
Thrombolyse		
Bestrahlung		

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1.1 Name der Fachabteilung:

Gynäkologie / Geburtshilfe

B-1.1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

Entbindungen

Große und kleine Operationen an der Brust

Operationen an Ovarien, Uterus und Abdomen

B-1.1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Entbindungen

Große und kleine Operationen an der Brust

Operationen an Ovarien, Uterus und Abdomen

B-1.1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Geburtshilfe:

Wochenbettbetreuung: Wöchnerinnen werden auch zu Hause von unseren Hebammen betreut. Hausbesuche werden bis zu 8 Wochen nach der Entbindung von den Krankenkassen übernommen.

Eine telefonische Beratung bei Stillproblemen, sowie eine Schwangeren-Hotline stehen rund um die Uhr zu Verfügung.

Ein qualifiziertes Team von Hebammen, Stillberaterinnen (IBCLC), Kinderkrankenschwestern und Krankengymnastinnen bietet eine Vielzahl von Kursen für die Zeit vor und nach der Entbindung an.

B-1.1.5 Mindestens die Top-10 DRG

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	P67	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante Prozedur	1494
2	O60	Vaginale Entbindung	1135
3	O01	Sectio caesarea	393
4	O65	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme	174
5	O64	Frustrane Wehen	92
6	P66	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante Prozedur	41
7	O62	Drohender Abort	34
8	O02	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur	22
9	P60	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme	21
10	X63	Folgen einer medizinischen Behandlung	21

B-1.1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	ICD-10 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	O80	Spontangeburt eines Einlings	764
2	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung	239
3	D25	Leiomyom des Uterus	158
4	N83	Zyste des Ovars	120
5	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	106
6	O02	Fehlgeburten und Aborte	97
7	N92	Unregelmäßige Menstruation	94
8	O68	Komplikation bei Wehen und Entbindung	82
9	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	79
10	O70	Dammriss unter der Geburt	78

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	OPS (4-stellig)	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	831
2	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	296
3	5-740	Klassische Sectio caesarera	289
4	5-683	Uterusexstirpation	236
5	5-690	Therapeutische Kürettage	161
6	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	122
7	5-749	Andere Sectio caesarea	114
8	5-870	Exzisionsbiopsie der Mamma	112
9	5-651	Operationen am Ovar	110
10	5-593	Reoperationen	49

B-1.2 Name der Fachabteilung:

Orthopädie

B-1.2.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

Arthroskopische sowie offen-chirurgische Operationen am Kniegelenk (Kreuzbandplastik..)

Arthroskopische sowie offen-chirurgische Operationen am Schultergelenk

Arthroskopische sowie offen-chirurgische Operationen am Ellenbogengelenk

Operationen am Sprunggelenk

Operationen am Fuß

B-1.2.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Knie- und Schulterchirurgie

B-1.2.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Die 5 Belegärzte der Fachabteilung Orthopädie betreiben Ihre Gemeinschaftspraxis im nebenan befindlichen Ärztehaus der Klinik Sankt Elisabeth.

Die Praxis wird durch einen Nuklearmediziner ergänzt.

B-1.2.5 Mindestens die Top-10 DRG

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3- stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	I30	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk	669
2	I18	Andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm	429
3	I27	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC	47
4	I16	Andere Eingriffe am Schultergelenk	40
5	I20	Eingriffe am Fuß	20
6	I08	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne äußerst schwere CC, ohne Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung	16
7	I24	Arthroskopie einschließlich Biopsie	14
8	I13	Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung	7
9	I23	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur	6
10	I29	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk	5

B-1.2.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	ICD-10 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	M23	Binnenschädigung des Kniegelenks	926
2	M22	Krankheiten der Patella	88
3	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenks, Bändern	63
4	M75	Schulterläsion	35
5	M17	Gonarthrose	22
6	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	18
7	M71	Sonstige Bursopathien	17
8	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigung	15
9	M65	Synovitis und Tenosynovitis	13
10	T81	Komplikationen bei Eingriffen, andernorts nicht klassifiziert	12

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.2.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	OPS (4- stellig)	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik, Kniegelenk	592
2	5-812	Asthroskopische Operationen am Kniegelenk	420
3	5-804	Offen chirurgische Operationen an der Patella	69
4	5-810	Arthroskopische Gelenkrevisionen	51
5	1-697	Diagnostische Arthroskopie: Kniegelenk	33
6	5-800	Offen chirurgische Revision eines Gelenkes	22
7	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	14
8	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	13
9	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik, Schultergelenk	8
10	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	8

B-1.2 Name der Fachabteilung:

Plastische Chirurgie

B-1.3.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

Handchirurgie

Plastisch-rekonstruktive Operationen

Plastisch-ästhetische Operationen

B-1.3.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Aufbauplastiken nach Brustentfernung

Rekonstruktion nach Brandverletzungen

B-1.3.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Schönheitsoperationen

B-1.3.5 Mindestens die Top-10 DRG

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	J15	Große Eingriffe an der Mamma	3
2	J08	Andere Hauttransplantation	2
3	I22	Große Eingriffe an Handgelenken	1
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

B-1.3.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	ICD-10 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	2
2	N62	Hypertrophie der Mamma	2
3	S63	Luxation, Verstauchung, Zerrung von Gelenken und Bändern	1
4	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen und Implantate	1
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.3.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	OPS (4-stellig)	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	5-884	Mammareduktionsplastik	2
2	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2
3	5-841	Operationen an Bändern der Hand	1
4	5-857	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Fazien	1
5	5-889	Andere Operationen an der Mamma	1
6	5-904	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Entnahmestelle	1
7			
8			
9			
10			

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V

Gesamtzahl im Berichtsjahr: 0

B-2.2 Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung* im Berichtsjahr

Sofern keine Unterteilung nach Fachabteilungen vorhanden ist, erfolgt die Auflistung über das Gesamt-Krankenhaus.

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen

(Fallzahl für das Berichtsjahr)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V) (Fälle)

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V) (Fälle)

Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V) (Fälle)

Anmerkung: Das Krankenhaus ist ein reines Belegkrankenhaus. Deshalb werden die ambulanten Operationen direkt von den Ärzten erbracht und abgerechnet.

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 0

Anmerkung: Die Klinik ist ein Belegkrankenhaus, d.h. dass die ärztliche Behandlung nicht von angestellten Ärzten, sondern von Fachärzten, die neben der Belegtätigkeit eigene Praxen betreiben, ausgeübt wird. Dadurch wird ein hoher Facharztstandard sicher gestellt. Die Fachärzte werden von bei ihnen angestellten Assistenten unterstützt. Dadurch wird eine 24- stündige Arztpräsenz sicher gestellt.

Im Jahr 2004 wurde die ärztliche Behandlung aller Patienten von 13 gynäkologischen Fachärzten, 6 Orthopäden und einem Plastischen Chirurgen durchgeführt. Bei den Gynäkologen sind darüber hinaus 4 Assistenzärzte angestellt. Die anästhesiologische Behandlung wird konsiliarisch von 3 Fachärzten und deren 3 angestellten Assistenten organisiert.

Bei internistischen Fragestellungen wird ein im Ärztehaus ansässiger Internist konsiliarisch hinzugezogen.

Im Bereich der Brust- Diagnostik ist ein Radiologe in privatärztlicher Praxis tätig. Er verfügt nicht über eine Kassenzulassung.

Zudem kooperiert die Klinik mit 5 Kinderärzten, die rund um die Uhr zur Verfügung stehen und die gesamte kinderärztliche Erstversorgung (U1, U2) leisten. Bei pathologischen Wehenbefunden und Kaiserschnitten stehen jederzeit zur Verfügung.

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegerkräfte insgesamt	Prozentualer Anteil		
			Krankenschwestern-/pfleger		Krankenpflege-
			examiniert (3 Jahre)	mit entspr. Fach- weiterbildung (3 Jahre plus Fach- weiterbildung)	helfer/-in (1 Jahr)
0100	Innere Medizin				
0200	Geriatrie				
0300	Kardiologie				
0400	Nephrologie				
0500	Hämatologie und inter- nistische Onkologie				
0600	Endokrinologie				
0700	Gastroenterologie				
0800	Pneumologie				
0900	Rheumatologie				
1000	Pädiatrie				
1100	Kinderkardiologie				
1200	Neonatalogie				
1300	Kinderchirurgie				
1400	Lungen- und Bronchialheilkunde				
1500	Allgemeine Chirurgie				
1600	Unfallchirurgie				
1700	Neurochirurgie				
1800	Gefäßchirurgie				
1900	Plastische Chirurgie	2	100,00		
2000	Thoraxchirurgie				
2100	Herzchirurgie				

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegerkräfte insgesamt	Prozentualer Anteil		
			Krankenschwestern-/pfleger		Krankenpflege-
			examiniert (3 Jahre)	mit entspr. Fach- weiterbildung (3 Jahre plus Fach- weiterbildung)	helfer/-in (1 Jahr)
2200	Urologie				
2300	Orthopädie	8	75,00		25,00
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	31	54,84		38,71
2425	Frauenheilkunde				
2500	Geburtshilfe				
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde				
2700	Augenheilkunde				
2800	Neurologie				
2900	Allgemeine Psychiatrie				
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie				
3100	Psychosomatik/Psychotherapie				
3200	Nuklearmedizin				
3300	Strahlenheilkunde				
3400	Dermatologie				
3500	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie				
3600	Intensivmedizin				
3700	Sonstige Fachabteilung				
	Gesamt	41	60,98	0,00	34,15

Diese Tabelle gibt keinen umfassenden Einblick über die gesamte Personalsituation im Pflegebereich. Neben Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern sind Hebammen und Funktionskräfte im Operations- und Aufwachbereich tätig. Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl und Verteilung aller Mitarbeiter im Pflege-, Hebammen- und Funktionsdienst.

B 2.5.1 Personalqualifikation im Pflege-, Hebammen- und Funktionsdienst

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Kräfte in Pflege- und Funktions- dienst insgesamt	Prozentualer Anteil		
			examiniert (3 Jahre)	mit entspr. Fach- weiterbildung (3 Jahre plus Fach- weiterbildung)	Krankenpflege- helfer/-in (1 Jahr)
1900	Plastische Chirurgie	4	100,00		
2300	Orthopädie	16	87,50		12,50
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	57	68,42	5,26	21,05
	Gesamt	77	74,03	3,90	18,18

Beschäftigte Mitarbeiter im Pflege- und Funktionsdienst, einschl. Hebammen und OP-Fachkräfte

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Zugelassene Krankenhäuser sind gesetzlich zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Modul 15/1 Gynäkologischer Operationen

Modul 16/1 Geburtshilfe

Modul 18/1 Mamma- Chirurgie

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitätssicherung		Dokumentationsrate	
		JA	NEIN	JA	NEIN	Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie		NEIN		NEIN		
2	Cholezystektomie		NEIN		NEIN		100,00
3	Gynäkologische Operationen	JA		JA		82,8	94,65
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation		NEIN		NEIN		95,48
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel		NEIN		NEIN		100,00
6	Herzschrittmacher-Revision		NEIN		NEIN		74,03
7	Herztransplantation		NEIN		NEIN		94,26
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)		NEIN		NEIN		95,85
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel		NEIN		NEIN		92,39
10	Karotis-Rekonstruktion		NEIN		NEIN		95,55
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)		NEIN		NEIN		98,59
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel		NEIN		NEIN		97,38
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie		NEIN		NEIN		

**C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung
nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V****C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengen-
vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V**

Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung, die erbracht werden, obwohl das Krankenhaus/der Arzt die dafür vereinbarten Mindestmengen unterschreitet, sind an dieser Stelle unter Angabe des jeweiligen Berechtigungsgrundes zu benennen (Ausnahmetatbestände gem. Anlage 2 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V, Votum der Landesbehörde auf Antrag nach § 137 Abs. 1 S. 5 SGB V).

Für diese Leistungen ist hier gem. § 6 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 jeweils auch darzustellen, mit welchen ergänzenden Maßnahmen die Versorgungsqualität sichergestellt wird.

(Das Folgende ist für jede Leistung aus Spalte 1a der obigen Tabelle darzustellen, für die die im Vertrag vereinbarte Mindestmenge in diesem Krankenhaus im Berichtsjahr unterschritten wurde.)

Leistung (aus Spalte 1a der Tabelle unter C-5.1)

-

Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand

-

Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung

-

Systemteil

D Qualitätspolitik

Qualitätsziele

Ende 2003 führte die Betriebsleitung der Klinik Sankt Elisabeth zusammen mit den Trägervertretern des St. Trudpert e.V. im Kloster Münstertal ein Gespräch über die zukünftige Ausrichtung der Klinik.

Gemeinsam wurde vereinbart, dass alle notwendigen Maßnahmen in der **Geburtshilfe** durchgeführt werden, um sich weiterhin als größte geburtshilfliche Klinik in Heidelberg und Umgebung zu positionieren.

Im Bereich der **Gynäkologie** galt es, auf die zunehmenden ambulanten und stationsersetzenden Eingriffe, die ca. 20% aller gynäkologischen Eingriffe ausmachen, zu reagieren. Deshalb wurde die Verbesserung der Aufbau- und Ablauforganisation von durch die niedergelassenen Ärzte im Krankenhaus durchgeführten ambulanten Operationen als weiteres Ziel vereinbart. Zudem sollte in Zusammenarbeit mit den Ärzten über weitere Schwerpunkte oder Leistungskonzentrationen, insbesondere in Verbindung mit der Mindestmengenregelung bei Brustoperationen nachgedacht werden.

Die Fachrichtung **Orthopädie**, die sich als Kompetenzzentrum für Knie- und Schulteroperationen bereits überregional einen sehr guten Ruf erworben hat, soll zukünftig der Leistungsumfang erweitert werden.

Die **Plastische Chirurgie** befand sich im Jahr 2004 in einer Übergangsphase. Nach Ausscheiden des Plastischen Chirurgen, musste zunächst ein neuer Plastischer Chirurg als Belegarzt gewonnen werden. Dieser nahm im September in seiner neu errichteten Praxis im Ärztehaus seine Tätigkeit auf. Somit war die Etablierung der Plastischen Chirurgie primär das Ziel im Jahr 2004.

Qualitätsmanagementansatz

Zur Umsetzung o.g. Ziele bedient sich die Klinik einer Managementmethode, die auf eine möglichst hohe Beteiligung aller Mitarbeiter gestützt wird und die Qualität der Dienstleistung in den Mittelpunkt der Bemühungen stellt. Die Klinik ist bestrebt, die Bedürfnisse der Patienten und deren Angehörigen, der Mitarbeiter und Ärzte zu berücksichtigen. Die Zusammenarbeit innerhalb der einzelnen Berufsgruppen und Berufsgruppen übergreifend auf allen Ebenen der Hierarchie ist wichtig und soll durch diesen Ansatz gestärkt werden. Die Betriebsleitung ist sich über ihre Führungsverantwortung bewusst und entscheidet unter Abwägung betriebswirtschaftlicher, menschlicher und fachlicher Notwendigkeiten. Da es sich um einen kontinuierlichen Prozess der Qualitätssicherung handelt, gehört die systematische Überprüfung und Anpassung aller Verbesserungsmaßnahmen in regelmäßigen Abständen zur Qualitätsmanagementmethode dazu.

Im Leitbild der Klinik finden sich alle wesentlichen Grundsätze und Leitlinien wieder. Die Aktualisierung und Kommunikation der Inhalte mit allen Mitarbeitern wurde deshalb im Erhebungszeitraum als eine der ersten Maßnahmen durchgeführt.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus

In enger Anbindung an die Klinikleitung werden die Qualitätsaktivitäten von einem Qualitätsmanager geleitet. Der Qualitätsmanager (QM) ist für die Steuerung, Koordination und Ausführung aller in den dezentralen Arbeitsgruppen erarbeiteten Prozesse verantwortlich. Er stellt die Verbindung zwischen den Entscheidungen der Betriebsleitung und den Aktivitäten der Steuerungsgruppe bzw. aller Mitarbeiter dar. Der Qualitätsmanager ist gleichzeitig Mitglied der Steuerungsgruppe.

Mitglieder der Steuerungsgruppe sind die Qualitätsmanagementbeauftragten(QMB) der Abteilungen. Die Steuerungsgruppe setzt sich neben dem Qualitätsmanager aus je einem leitenden Mitarbeiter der Bereiche Verwaltung und Pflege sowie dem Vertreter der Belegärzte zusammen.

Die Steuerungsgruppe trifft sich mind. 2x jährlich und darüber hinaus, wenn es der Anlass erfordert. Da die Klinik Sankt Elisabeth ein kleines Haus ist, hat sich diese Organisation bewährt, um die Qualitätsprojekte optimal zu steuern.

In einem sogenannten Qualitäts-Workshop, der zu Beginn jedes Jahres ganztägig außer Haus stattfindet, werden das abgelaufene Jahr reflektiert und die Aktivitäten für das kommende Jahr gemeinsam mit der Betriebsleitung festgelegt. Der QM-Aktivitätenplan wird in den Abteilungen veröffentlicht.

Alle Maßnahmen, die von den Arbeitsgruppen oder Kommissionen erarbeitet werden, werden entweder direkt mit der Betriebsleitung abgestimmt oder über den QM weitergeleitet. Aktivitäten, die im QM-Handbuch abgelegt werden, wie z.B. Stellenbeschreibungen, Einarbeitungskonzepte oder Hygienehandbücher müssen vom QM und von der Betriebsleitung freigegeben werden. Die Ablage der QM-Dokumente erfolgt im PC und in QM-Handbüchern, die den einzelnen Abteilungen zur Verfügung gestellt werden.

E-2 Qualitätsbewertung

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an keinen Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements im Sinne einer Selbst- oder Fremdbewertung durch Zertifizierungsgesellschaften beteiligt.

Selbstverständlich werden die Kriterien nach KTQ bzw. proCum Cert selbstkritisch angewendet, damit der kontinuierliche Verbesserungsprozess umgesetzt wird.

Eine Zertifizierung nach proCum Cert ist im Laufe der nächsten Jahre angedacht.

E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

Auf eine Darstellung der Ergebnisse der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V, deren Teilnahme in der Tabelle Qualitätssicherung C-1 dokumentiert ist, wurde bewusst verzichtet, da die Darstellung der vorhandenen Daten **nicht** zu einer Vergleichbarkeit, insbesondere mit anderen Krankenhäusern geführt hätte.

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Auf der Grundlage des proCum Cert Kriterien-Katalogs wurde im Jahr 2003 zunächst der Status quo im Rahmen eines Qualitäts-Workshops erhoben. In gemeinsamer Abstimmung mit der Betriebsleitung wurden hiernach alle Qualitätsverbesserungsmaßnahmen der Klinik geplant. Die Steuerungsgruppe erhielt sodann den Auftrag, die Projekte zu begleiten und die Moderation zu übernehmen. Im Erhebungszeitraum 2004 wurden u.a. folgende Projekte initiiert:

Leitbildentwicklung

Die Überarbeitung und Aktualisierung des Leitbilds wurde im Mai 2004 vorgenommen. In der Steuerungsgruppe wurden die Grundsätze und Leitlinien für das Krankenhaus in katholischer Trägerschaft festgelegt und in Kraft gesetzt.

Mutter-Kind-Station

Die Zusammenführung von Kinderzimmer und Wochenstation zu einer integrativen Versorgungsform wurde als längerfristiges Projekt mit umfangreichen konzeptionellen und baulichen Veränderungen geplant. Die vollständige Umsetzung ist für 2005 geplant und wird im nächsten Qualitätsbereich vorgestellt.

Hygienehandbuch

Im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften werden alle Richtlinien und Verordnungen in einem Hygienehandbuch zusammengefasst.

Arbeitssicherheit

Auch zur Arbeitssicherheit wurde ein Handbuch entwickelt und die Umsetzung der Richtlinien gewährleistet.

Med-GV

Im Umgang mit Medizinprodukten sind bestimmte Vorschriften einzuhalten, die von den Anwendern nachzuweisen sind. Das Verfahren wurde deshalb schriftlich und verbindlich geregelt.

OP-Kommission

Die Kommission erhielt zunächst den Auftrag ein OP-Handbuch zu entwickeln. Im Weiteren wurden Vorschläge zur Weiterentwicklung und Verbesserung der OP-Organisation insbesondere bei ambulanten Operationen und im Zusammenhang mit der Aufbau- und Ablauforganisation der neuen OP-Abteilung entwickelt.

Info-Abend für Schwangere

Der im 4-wöchentlichen Abstand stattfindende Infoabend für Schwangere sollte sowohl konzeptionell als auch organisatorisch verbessert werden.

Stellenbeschreibungen/Pflege

Stellenbeschreibungen unterstützen die strukturierte und koordinierte Zusammenarbeit aller in der Klinik tätigen Mitarbeiter. Die vorhandenen Stellenbeschreibungen wurden überarbeitet, ergänzt bzw. an neue Aufgaben angepasst.

Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen

Neue Mitarbeiter sollen sich möglichst schnell und effizient in den Strukturen und Abläufen der Klinik zurecht finden. Ein Konzept erleichtert die Einarbeitung und ermöglicht eine rasche Einschätzung.

Patientenzufriedenheit

Um zu ermitteln, wie die Patienten den Aufenthalt in der Klinik erleben und um Verbesserungen noch zielgerichteter zu planen, soll eine umfassende Patientenumfrage durchgeführt werden.

Nachfolgend werden ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements, die im Berichtszeitraum abgeschlossen wurden, vorgestellt:

Entwicklung von Stellenbeschreibungen im Pflegebereich

Ein wichtiges Kriterium für die Bewertung qualifizierter Pflege bildet ein theoretisch abgesichertes und gemeinsam abgestimmtes Arbeiten in einer Organisation, in der jeder Mitarbeiter weiß, welche Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen zu seiner Tätigkeit gehören. Ziel war es deshalb, die vorhandenen Stellenbeschreibungen zu überarbeiten und mit den veränderten Aufgaben, die z.B. durch neue Tätigkeitsfelder oder notwendige strukturelle Erfordernisse entstanden sind, abzustimmen. Jeder Mitarbeiter soll zudem die Aufgaben der einzelnen Berufsgruppen und Stelleninhaber kennen. Dazu sollte jede Stellenbeschreibung individuell zu ergänzen sein. Alle Stellenbeschreibungen sollten zunächst als Muster im QM-Ordner abgelegt werden.

Zur Entwicklung von Stellenbeschreibungen im Pflegedienst wurde zunächst eine Arbeitsgruppe, bestehend aus den Stationsleitungen und der Pflegedienstleitung, gebildet. In den Stationsleitungsbesprechungen wurden die Stellenbeschreibungen, die im Hause vorhanden waren, zusammengetragen und auf ihre Gültigkeit und Aktualität hin untersucht. Im nächsten Schritt wurde überlegt, welche Inhalte und Form die er- und überarbeiteten Stellenbeschreibungen haben sollten. Gemeinsam wurde eine Standard „Stellenbeschreibung“ erstellt und mit dem QM abgestimmt. Danach begannen die Stationsleitungen gemeinsam mit ihren Mitarbeitern alle Stellenbeschreibungen in ihren jeweiligen Bereichen nach dem Muster zu überarbeiten. Die Ergebnisse wurden gemeinsam in den Stationsleitungsbesprechungen diskutiert und anschließend der Betriebsleitung vorgelegt. Die aktualisierten und in einheitlicher Form gestalteten Stellenbeschreibungen lassen zusätzliche Vermerke zu und können so für jeden Mitarbeiter individuell angepasst werden.

Die Auseinandersetzung mit den Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen führte zur besseren Verständigung untereinander. Längerandauernde Unsicherheiten, z.B. über Zuständigkeiten, konnten geklärt werden.

Einarbeitungskonzept

Die Einführung neuer Mitarbeiter muss nach einem festen Konzept erfolgen, damit er sich rasch in sein neues Arbeitsgebiet einarbeitet, der anleitende Mitarbeiter unterstützt wird und ein Beurteilungsmaßstab für die Pflegedienstleitung vorhanden ist. In der Klinik gab es bereits Einarbeitungschecklisten, in welchen die Abläufe beschrieben waren. Dadurch, dass der neue Mitarbeiter nicht ständig von seinem anleitenden Mentor begleitet wurde, fehlten ihm jedoch bei der Einarbeitung Informationen, z.B.: Was hat er neue Mitarbeiter schon gesehen? Worin wurde er schon eingearbeitet? Der neue Mitarbeiter konnte bisher nicht beurteilen, ob er in alle Tätigkeiten seines Arbeitsbereiches eingearbeitet wurde. Der Mentor konnte ebenfalls nicht überprüfen, in wieweit die Einarbeitung erfolgt war. Ein klarer Beurteilungsmaßstab für die Pflegedienstleitung fehlte. Ziel der Überarbeitung der Einarbeitungskonzepte war deshalb, dass der neue Mitarbeiter eine umfassende Einarbeitung in alle Tätigkeiten seines Arbeitsbereiches erhält. Der Mentor erhält durch das Einarbeitungskonzept Informationen über den Einarbeitungsstand des neuen Mitarbeiters. Das Einarbeitungskonzept gibt der Pflegedienstleitung einen klaren Beurteilungsmaßstab.

In der Stationsleitungsbesprechung wurde zunächst besprochen, wie das Einarbeitungskonzept neu gestaltet werden kann. Gemeinsam wurde ein Standard „Einarbeitungskonzept“ erstellt. Einheitliche Informationen zum Haus, dazu die Benennung der Dienstzeiten und Strukturen des einzelnen Bereiches wurden einer tabellarischen Einarbeitungscheck-

liste vorrangestellt. Jede aufgeführte Tätigkeit in der Checkliste konnte mit Datum, Handzeichen des Mentors und Handzeichen des neuen Mitarbeiters versehen werden. Danach folgten Vordrucke für die Beurteilungsgespräche. Die Stationsleitungen überarbeiteten gemeinsam mit ihren Mitarbeitern ihre Einarbeitungskonzepte nach diesem erarbeiteten Muster. Die Ergebnisse wurden gemeinsam in der Stationsleitungsbesprechung abgestimmt und zur Freigabe weitergeleitet.

Die nun aktualisierten und in einheitlicher Form gestalteten Einarbeitungskonzepte geben den neuen Mitarbeitern Sicherheit und unterstützen die Mentoren. Sie bieten der Pflegedienstleitung zudem einen klaren Beurteilungsmaßstab.

OP-Kommission

Die OP-Kommission wurde 2003 gegründet und besteht aus ärztlichen und pflegerischen Vertretern aller Berufsgruppen und Fachrichtungen, die in der Operationsabteilung tätig sind. In monatlichen Treffen wurde zunächst das Qualitätshandbuch für die Operationsabteilung entwickelt. Darin sind u.a. die Grundsätze der Abteilung, die Verteilung der OP-Kontingente, die OP-Planung und die Aufgaben des Funktionsdienstes geregelt.

Schwerpunkt der Aufgaben des Jahres 2004 war die Planung der neuen Operationsabteilung, die 2005 in Betrieb genommen wurde. Die Kommission wirkte an der Planung und Ausstattung des Operationstraktes mit. Im Zusammenhang mit dem Neubau wurde auch die Ablauforganisation angepasst.

Die Koordination der operierenden Ärzte von derzeit insgesamt 21 Operateuren und der neue Standort der Operationsabteilung im 3. Obergeschoss erfordert eine ständige Anpassung der Abläufe. Zudem ist es notwendig, dass die Absprachen die getroffen werden in regelmäßigen Abständen überprüft werden. Auch dies ist eine wichtige Aufgabe der ständigen Kommission.

Patientenbefragung

Die kontinuierliche Befragung der Patienten erfolgt seit Jahren auf einem Fragebogen, den jeder Patient bei der Aufnahme erhält. Er ist Bestandteil des Beschwerdemanagements der Klinik. Um eine differenzierte Einschätzung der Leistungsfähigkeit aller Abteilungen zu erhalten, wurde deshalb im Rahmen des Qualitäts-Workshops beschlossen, zusätzlich einmal jährlich eine umfassende Fragebogenaktion zur Ermittlung der Patientenzufriedenheit durchzuführen.

Zunächst entwickelte die Steuerungsgruppe einen geeigneten Fragebogen und legte den Ablauf der Erhebung fest. Die Ausgabe der Fragebögen und Motivation der Patienten erfolgte über die Mitarbeiter im Aufnahmebüro. Die Patienten wurden gebeten, die ausgefüllten Bögen auch dort wieder abzugeben.

Im Erhebungszeitraum vom 19.-23. Juli 2004 wurden insgesamt 132 Fragebögen verteilt. Der Rücklauf betrug 47 %.

Die Auswertung bei den ambulanten Patienten ergab folgendes Bild:

38 % waren mit dem Krankenhausaufenthalt über die Maßen zufrieden, 57 % vollständig zufrieden. Alle Patienten würden die Klinik uneingeschränkt weiterempfehlen. Die Dauer der Wartezeiten stellte sich als unbedingt verbesserungswürdig heraus. Dieses Problem wurde sofort an die OP-Kommission weitergeleitet und in die neue OP-Organisation einbezogen. Weitere Verbesserungen wurden im Bereich der Ausschilderung und im Serviceangebot, z.B. Speisen- und Getränkeangebot in der Cafeteria, angeregt.

Von den stationären Patienten wurden folgende Angaben gemacht:

72% waren mit dem Krankenhausaufenthalt über die Maßen zufrieden. 25 % äußerten sich vollständig zufrieden. Die Einzelauswertung ergab einige verbesserungswürdige Punkte. Z.B. bemängelten die Patienten die zu frühen Weckzeiten (6%), die mangelnde Information über den Tagesablauf (11%), die fehlende Zeit der Pflegekräfte und die fehlende Ruhe auf den Stationen (6%). Die Probleme wurden in den Dienstbesprechungen thematisiert und in den Ablauf so weit wie möglich einbezogen. Als weitere Maßnahme wurde eine Broschüre entwickelt, in der wichtige Information für den Patienten zusammengefasst sind und die dieser bei der Aufnahme erhält.

Die Ergebnisse wurden in der Abteilungsleiterbesprechung vorgestellt und diskutiert. Eine Zusammenfassung erschien in der Mitarbeiterzeitschrift.

Weitergehende Informationen

Verantwortliche für den Qualitätsbericht

Birgit Ratz, Qualitätsmanagerin

Manuela Wenzl, Verwaltung

Weitere Ansprechpartner oder weitere Informationen sind bei o.g. Personen zu erfragen.

Auf unserer Homepage befinden sich Links zu den kooperierenden Ärzten

www.sankt-elisabeth.de