



ASKLEPIOS WESTKLINIKUM HAMBURG



QUALITÄTSBERICHT 2004

Online-Version

gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V

Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V

Asklepios Westklinikum Hamburg

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses (Anschrift, e-Mail-Adresse, Internetadresse)

Asklepios Westklinikum Hamburg
Suurheid 20
22559 Hamburg

Telefon: 040 81 91 0
E-Mail: Westklinikum.Hamburg@asklepios.com
Homepage: www.asklepios-westklinikum.de

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

260200091

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Westklinikum Hamburg d. DRK-Schwesternschaft Hambg. gGmbH

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

ja nein

A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V
(Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

454

Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten: 8821

Ambulante Patienten: 12500

A-1.7 A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl Fälle	Stationäre Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)	Poliklinik/ Ambulanz ja (j) / nein(n)
100	Innere Medizin	154	4.052	HA	n
1500	Allgemeine Chirurgie	90	2.247	HA	j
2900	Allgemeine Psychiatrie	120	1.622	HA	j
3100	Psychosomatik / Psychotherapie	71	552	HA	n
3600	Intensivmedizin	13	190	HA	n
3752	Palliativmedizin	6	158	HA	n

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	G48	Darmspiegelung, mehr als ein Belegungstag	440
2	F62	Herzinsuffizienz und Schock	294
3	E63	Schlafapnoesyndrom	285
4	F20	Unterbindung und Stripping von Krampfadern der Beine	241
5	G47	Andere Magenspiegelung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	240
6	I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich,	195
7	I10	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule	182
8	F08	Große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine	176
9	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	173
10	F73	Bewußtlosigkeit und Kollaps	124
11	E65	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung (Asthma)	110
12	B70	Schlaganfälle	108
13	G49	Darm- und Magenspiegelung, ein Belegungstag	108
14	F67	Bluthochdruck	102
15	K62	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen	102
16	G64	Entzündliche Darmerkrankung,	93
17	I69	Knochenkrankheiten und spezifische Gelenkerkrankungen	84
18	G02	Große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	81
19	K01	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen	78
20	I66	Andere Erkrankungen des Bindegewebes	76
21	E71	Neubildungen der Atmungsorgane	75
22	I03	Eingriffe am Hüftgelenk	74
23	I08	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Oberschenkelknochen	72
24	L63	Infektionen der Harnorgane	69
25	G60	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane	66
26	X62	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen	64
27	I13	Eingriffe an Knochen des Oberarmes und Unterschenkels und am Sprunggelenk	63
28	H63	Erkrankungen der Leber außer bösartiger Neubildung, Leberzirrhose oder alkoholischer Leberentzündung	62
29	F65	Krankheiten der kleinen Gefäße	60
30	I65	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich Fraktur bei Tumoren	60

A-1.8 Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen? (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Das Asklepios Westklinikum Hamburg bietet ein einzigartiges Spektrum sich gegenseitig ergänzender Angebote.

- Psychosomatische Medizin
- Psychotherapie
- Interdisziplinäre Schmerztherapie
- Palliativmedizin
- Anthroposophische Medizin
- Fachübergreifendes Gefäßzentrum
- Gastroenterologie mit Schwerpunkt Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen
- Neurochirurgische Behandlung von Patienten mit Wirbelsäulenerkrankungen
- Psychiatrie
- Qualifizierte Entzugsbehandlung
- Schlafmedizin

In den Gebieten Innere Medizin und Chirurgie sowie in der Psychiatrie stellen wir mit Teilnahme an der Notfallversorgung rund um die Uhr die Regelversorgung im Hamburger Westen sicher.

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?

ja nein

A-1.9 Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen?
(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

- Psychiatrische Institutsambulanzen an den Standorten Rissen und Altona
- Psychosomatik: ambulante Vorgespräche zur Klärung der Aufnahmeindikation
- Ambulante Operationen
- Ambulante endoskopische Untersuchungen und Eingriffe
- Adipositasprechstunde
- Interdisziplinäre Gefäßsprechstunden
- Unfallsprechstunde (D-Arztverfahren)
- Gelenksprechstunden
- Sprechstunde für Wirbelsäulenerkrankungen
- Sprechstunde für Patienten mit chronischen Darmerkrankungen
- Viszeralchirurgische Sprechstunde
- Sprechstunde Anthroposophische Medizin

In unseren Sprechstunden können alle Patienten vorstellig werden. Eine Überweisung ist überwiegend nicht erforderlich. Im Aufbau befinden sich eine Schmerzambulanz und ein Rückenzentrum.

A-2.0 Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?

- Allgemeine Chirurgie

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

	vorhanden	Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt
Computertomographie (CT)	ja	ja
Elektronenzephalogramm (EEG)	ja	nein
Szintigraphie	nein	nein
Angiographie	ja	ja
Positronenemissionstomographie (PET)	nein	nein
Magnetresonanztomographie (MRT)	ja	ja
Schlaflabor	ja	ja
Herzkatheterlabor in Kooperation mit der kardiologischen Praxis Prof. Markworth	ja	ja

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

	vorhanden
Dialyse in Kooperation mit einem Dialysezentrum	ja
Ergotherapie	ja
Einzelpsychotherapie	ja
Logopädie in Kooperation mit einer Logopädiepraxis	ja
Bestrahlung	nein
Physiotherapie	ja
Gruppenpsychotherapie	ja
Thrombolyse	ja
Psychoedukation	ja
Schmerztherapie	ja
Eigenblutspende	ja

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Allgemeine Psychiatrie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung: (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Chefarzt Prof. Dr. Michael Sadre Chirazi-Stark
Tel.: 040 / 8191-2890

Telefonische Sprechstunde für Fragen zu Behandlungsindikationen und Aufnahme:
Montag, Mittwoch und Freitag 12.00 bis 13.00Uhr, Tel.: 040 / 8191-2890 oder 040 / 8191-2897

Das Behandlungsspektrum umfasst folgende psychiatrische Erkrankungen:

- Suizidale Krisen
 - Akute Überlastungssituationen
 - Depressionen
 - Ängste
 - Zwangsstörungen
 - Persönlichkeitsstörungen
 - Psychosen aus dem affektiven und schizophrenen Formenkreis
 - Psychische Grunderkrankungen mit neurologischer Komorbidität
 - Demenzen
 - Abhängigkeitserkrankungen, Schwerpunkt Alkohol und Medikamente
- Gemeinsam mit den Patienten entwickelt das multiprofessionelle Behandlungsteam ein individuelles Krankheitsverständnis und erstellt eine Behandlungsplanung.

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Folgende Therapien werden durchgeführt:

- Multimodale Verhaltenstherapie
- Soziales Kompetenztraining (SKT)
- Depressionsbewältigungsgruppe
- Angstbewältigungsgruppe
- Expositionstraining
- Anspannungsregulationsgruppe
- Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie
- Gesprächsgruppe
- Einzel- und Gruppentherapie
- Qualifizierte Entzugsbehandlung
- Medikamentös gestützte Entgiftung
- Akupunktur
- Frauengruppe
- Angehörigengruppe
- Angehörigengespräche
- Beratung und Betreuung durch unseren psychosozialen Fachdienst
- Psychologische Testverfahren
- Psychoedukation (Aufklärung über Entstehung, Verlauf und Therapie von psychiatrischen Erkrankungen und Möglichkeiten der Prophylaxe)
- Kunsttherapie
- Ergotherapie (Hirnleistungstraining, Holzwerkstatt, Töpfern, Seidenmalerei, Specksteinarbeiten, ausdrucks- und kompetenzzentrierte Ergotherapie)
- Licht- und Schlafentzugstherapien bei Depressionen
- Individuelle Psychopharmakologische Therapie nach den aktuellen Leitlinien der psychiatrischen Fachgesellschaft
- Entspannungsverfahren (Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen und Qigong)
- Bewegungstherapie
- Krankengymnastik / Physikalische Therapie
- Fachpsychiatrische Pflege

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Auf der Basis unseres sozialpsychiatrischen Ansatzes betrachten und behandeln wir den Einzelnen im Kontext seines sozialen Umfeldes. Durch ein an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtetes medikamentös-psychosoziales Behandlungsangebot fördern wir die Selbständigkeit unserer Patienten in allen Lebensbereichen. Unsere therapeutische Haltung ist gekennzeichnet durch Interventionen, die sich auf die Stärkung der Ressourcen und den Neuerwerb sozialer und emotionaler Kompetenzen beziehen. Wir arbeiten eng und vernetzt mit ambulanten Behandlern und sozialpsychiatrischen Einrichtungen in unserem Stadtteil zusammen. Für Patienten im Hamburger Westen bieten wir Möglichkeiten der stationären, teilstationären (TK) und ambulanten (PIA) psychiatrischen Behandlung.

Stationär:

Akutstation I (Station 23), fakultativ geschlossene Akutstation, Milieu ausgerichtet auf Deeskalation und Beruhigung, Sektor Altona Tel.: 040 / 8191-2860 Fax.: 040 / 8191-2859
Akutstation II (Station 24), fakultativ geschlossene Akutstation, Milieu ausgerichtet auf Deeskalation und Beruhigung, Sektor Rissen Tel.: 040 / 8191-2870 Fax: 040 / 8191-2898
Allgemeinpsychiatrische Station (Station 22) mit neuropsychiatrischem Schwerpunkt, Milieu ausgerichtet auf Ressourcenaufbau und Aktivierung Tel.: 040 / 8191-2880
Offene allgemeinpsychiatrische Station (Station 21) mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt. Tel.: 040 / 8191-2839 Fax: 040 / 8191-2839
Psychiatrische Station mit suchtmmedizinischem Schwerpunkt (Station 20) und der Möglichkeit zum qualifizierten akupunkturgestützten Entzug. Montag bis Freitag 10.00 bis 12.00 Uhr, Tel.: 040 / 8191-2826 Fax: 040 / 8191-2829

Teilstationär (Tageskliniken): Jeweils mit dem Behandlungsziel der psychosozialen Rehabilitation durch Förderung von Eigenverantwortung, Selbständigkeit und Kommunikationsfähigkeit.

Psychiatrische Tagesklinik Rissen (Station 25), Sektor Rissen Tel.: 040 / 8191-2807 Fax: 040 / 8191-2824.

Psychiatrische Tagesklinik Altona, Sektor Altona Bülowstraße 9, 22763 Hamburg Tel.: 040 / 398602-0 Fax: 040 / 398602-10

Ambulant (Institutsambulanzen): Jeweils mit dem Behandlungsschwerpunkt mehrfach und chronisch Kranker (Diagnostik u. Behandlung).

Psychiatrische Institutsambulanz Rissen (PIA) Tel.: 040 / 8191-2840 Fax: 040 / 8191-2255.

Psychiatrische Institutsambulanz Altona (PIA) Tel.: 040 / 39860245 Fax: 040 / 39860248

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
------	---------------	--	----------

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	F10	402	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
2	F20	367	Schizophrenie
3	F32	296	Depressive Episode
4	F33	238	Sich wiederholende depressive Störungen
5	F60	74	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
6	F25	68	Schizoaffektive Störungen
7	F43	49	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
8	F41	35	Andere Angststörungen
9	F31	33	Bipolare affektive Störung
10	F23	27	Akute vorübergehende psychotische Störungen

hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	OPS- 301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	9-410	192	Zusatzkode, der die Therapieform bezeichnet
2	3-200	182	Native Computertomographie des Schädels
3	9-411	133	Gruppentherapie
4	1-632	23	Diagnostische Spiegelung des Magens und Zwölffingerdarms
5	3-220	17	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel
6	1-207	7	Hirnstrommessung (EEG)
7	3-203	7	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
8	3-225	6	Computertomographie des Bauchraumes mit
9	5-894	5	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
10	1-650	4	Dickdarmspiegelung

B-2.2 Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung* im Berichtsjahr

Rang	EBM- Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
------	---------------------------	------------------------------------	---------------

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Palliativmedizin

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:
(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Palliativstation
Chefarzt Dr. Schilke (Anästhesie)
Tel.: 040 / 8191-2440

Auf der Palliativstation werden Patienten mit fortgeschrittenen, unheilbaren Erkrankungen, sterbensranke Tumorkranke und Patienten mit schweren neurologischen Krankheiten von einem Team speziell ausgebildeter Ärzte, Krankenschwestern, Seelsorgern und ehrenamtlicher Mitarbeiter behandelt und betreut.

Ziel der Palliativtherapie ist die Erhaltung einer bestmöglichen Qualität der noch verbleibenden Lebenszeit.

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

- Spezielle Schmerztherapie
- Linderung von Beschwerden wie Übelkeit, Erbrechen, Angst und Unruhe
- Individuelle Pflege
- Menschliche Zuwendung, Lebensbeistand, Sterbe und Trauerbegleitung
- Psychische und seelsorgerliche Betreuung
- Betreuung und Beratung der Angehörigen
- Beratung durch psychosoziale Fachkräfte
- Einsatz von ehrenamtlichen HelferInnen
- Fortbildung in Palliativmedizin und Palliativpflege

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Der Palliativberatungsdienst (PBD) hat das Ziel, Schwerkranke, Sterbende und deren Angehörige in ihrer häuslichen Umgebung zu unterstützen, so dass der Patient zu Hause palliativmedizinisch betreut werden kann.

Die Unterstützung des PBD kann vom Kranken selbst, seinen Angehörigen, dem Hausarzt, dem Pflegedienst oder dem Seelsorger telefonisch angefordert werden (Dr. Soehring, Tel.: 040 / 8191-2478).

Auch in der Phase des Abschieds und der Trauer finden Angehörige und Freunde Unterstützung durch Angebote wie:

- Zeit und Raum, um in Ruhe Abschied nehmen zu können.
- Abschieds- und Segensrituale
- Gesprächsgruppen für Trauernde

B-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	E71	Neubildungen der Atmungsorgane	29
2	G60	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane	27
3	I65	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich Fraktur bei Tumoren	26
4	B66	Neubildungen des Nervensystems	21
5	H61	Bösartige Neubildung am Leber-Gallen-System und Bauchspeicheldrüse	20
6	R62	Andere hämatologische und solide Neubildungen	6
7	N60	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane	5
8	R61	Lymphom und nicht akute Leukämie	3
9	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	3
10	H60	Leberzirrhose und alkoholische Leberentzündung	2
11	G02	Große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	2
12	L60	Niereninsuffizienz	2

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	C79	46	Bösartige Absiedlungen (Metastasen) an sonstigen Lokalisationen
2	C78	44	Bösartige Absiedlungen (Metastasen) in den Atmungs- und Verdauungsorganen
3	C34	12	Bösartige Neubildung der Luftwege und der Lunge
4	C45	6	Mesothelion (Bösartige Neubildung meist des Rippenfells)
5	C25	6	Bösartige Neubildung der Bauchspeicheldrüse
6	C77	5	Bösartige Absiedlungen (Metastasen) oder nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung in den Lymphknoten
7	C53	3	Bösartige Neubildung des Gebärmuttermundes
8	C20	3	Bösartige Neubildung des Mastdarms
9	C49	3	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe
10	C22	2	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	OPS- 301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
------	-----------------------------	-----------------------	--

B-2.2 Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung* im Berichtsjahr

Rang	EBM- Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
------	---------------------------	------------------------------------	---------------

B-1 **Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Innere Medizin

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:
(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Innere Medizin - Gastroenterologie (IMG)
Chefarzt Prof. Dr. A. Raedler
Tel. 040 / 8191-2750

Das Behandlungsspektrum umfasst Erkrankungen der Speiseröhre, des Magen-Darm-Traktes, der Leber, Gallenblase und Gallenwege sowie der Bauchspeicheldrüse, des Stoffwechsels und des Immunsystems. Das diagnostische Leistungsangebot beinhaltet: Endoskopische Untersuchung der Speiseröhre, des Magen-Darm-Traktes (Gastroskopie, Ileo-Coloskopie), der Gallengänge und des Pankreasganges (ERCP), Spiegelung des Schließmuskelbereiches (Proktoskopie), Sonographie der Bauchorgane, Endosonographie von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm, PH-Metrie zur Messung der Säurebildung im Magen, Kapselendoskopie für die Untersuchung des Dünndarmes, H₂-Atemteste zur Erkennung von Nahrungsmittelintoleranzen, Störungen der Mikroflora. Zur Erkennung von Osteoporose und Osteopenie bei Magen-Darm-Erkrankungen werden sonographische Knochendichtemessungen durchgeführt. Ein weiterer diagnostischer Schwerpunkt besteht in der Früherkennung des Dickdarmkrebses.

Innere Medizin - Kardiologie, Pulmologie und Angiologie (IMK)
Chefarzt Priv. Doz. Dr. B. Weiß
Tel.: 040 / 8191-2200

Behandelt werden Patienten mit allen Erkrankungen der inneren Organe, vor allem Herz- und Kreislauf- sowie Lungenerkrankungen.

Die Untersuchungen umfassen die Ultraschalluntersuchungen von Herz und Gefäßen, EKG inkl. Langzeit- und Belastungs-EKG, die Untersuchungen der Lungenfunktion sowie die Spiegelung der Bronchien. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Schlafmedizin unter besonderer Berücksichtigung der schlafbezogenen Atemstörungen.

Innere Medizin - Anthroposophische Medizin (IMA)
Chefarzt Dr. J. Klasen
Tel.: 040 / 8191-2300

Behandelt werden alle Erkrankungen der Inneren Medizin. Das Behandlungsangebot umfasst das gesamte Spektrum der Anthroposophischen Medizin. Behandelt wird dabei grundsätzlich im qualifizierten Team aus Ärzten, Pflegenden und künstlerischen Therapeuten.

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Abteilung für Innere Medizin - Gastroenterologie:

Behandlungsschwerpunkt der Gastroenterologie sind entzündliche Erkrankungen des Darmes, insbesondere Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Zöliakie (Sprue, Glutenenteropathie), Nahrungsmittelallergien, Nahrungsmittelintoleranzen, funktionelle Darmstörungen (Reizdarm), immunologische Erkrankungen der Leber und Gallengänge, insbesondere die primär sklerosierende Cholangitis.

In der Abteilung hat man besondere Erfahrung in der Behandlung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen mit immunsuppressiven, rekombinanten Proteinen und Probiotika. Mit den Bauchchirurgen des Hauses besteht eine enge Zusammenarbeit bei der Behandlung dieser Patienten auf einer inter-disziplinären Station. Die Notwendigkeit operativer Eingriffe wird fachübergreifend abgestimmt, die postoperative Behandlung erfolgt gemeinsam, ohne dass ein Wechsel der Station erfolgt.

Endoskopisch interventionell werden Polypen im Bereich des Magen-Darm-Traktes entfernt, Darmverengungen (Stenosen) aufgeweitet (Ballondilatation), das Stillen aktueller Blutungen im Magen-Darm-Trakt, einschliesslich von Oesophagusvarizen und Hämorrhoidalvenen wird durchgeführt. Gallengangsdilatationen (Aufweitungen) und Stenteinlagen im Gallengang.

Innere Medizin - Kardiologie, Pulmologie und Angiologie

Herz-Kreislauf-Erkrankungen und pulmonologische Erkrankungen bilden den Schwerpunkt der IMK.

In der Abteilung für Innere Medizin - Anthroposophische Medizin liegt der Behandlungsschwerpunkt auf chronischen Erkrankungen wie Krebsleiden, Rheumaerkrankungen und Leberkrankheiten sowie in der Begleitung und Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Abteilung für Innere Medizin - Gastroenterologie:

Patientenberatung: Es besteht eine Sprechstunde für die Ernährungsberatung durch Oecotrophologen, eine ambulante Beratung und Behandlung von Patienten mit chronischen Darmentzündungen, eine Patientenschulung(alle 5 Wochen) für Morbus Crohn- und Colitis ulcerosa-Kranke sowie eine Website mit kommentierendem Forum (www.ced-hospital.de).

Wissenschaftlicher Schwerpunkt: Die wissenschaftliche Arbeit bezieht sich im wesentlichen auf die Aufklärung des multigenetischen Hintergrundes chronisch entzündlicher Darmerkrankungen, insbesondere die Analyse identischer, diskordanter Zwillinge mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa.

Innere Medizin - Kardiologie, Pulmologie und Angiologie

Die Untersuchung schlafbezogener Atemstörungen erfolgt in unserem Schlaflabor (Anmeldung: 040 / 8191-2200)

Innere Medizin - Anthroposophische Medizin

Das therapeutische Angebot der Anthroposophischen Medizin umfasst eine Vielzahl künstlerischer Therapien (Therapeutisches Malen und Plastizieren, Musik- und Sprachtherapie sowie Heileurythmie)und pflegerischer Anwendungen wie Rhythmische Einreibungen, feuchte Wickel sowie Öl- und Salbenauflagen.

B-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	G48	Darmspiegelung, mehr als ein Belegungstag	426
2	F62	Herzinsuffizienz und Schock	291
3	E63	Schlafapnoesyndrom	285
4	G47	Andere Magenspiegelung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	230
5	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	164
6	F73	Bewußtlosigkeit und Kollaps	120
7	E65	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung (Asthma)	107
8	G49	Darm- und Magenspiegelung, ein Belegungstag	105
9	F67	Bluthochdruck	102
10	K62	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen	101
11	G64	Entzündliche Darmerkrankung,	92
12	B70	Schlaganfälle	91
13	E71	Neubildungen der Atmungsorgane	75

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	K50	352	Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]
2	G47	291	Schlafstörungen
3	I11	248	Erkrankung des Herzens infolge anhaltend hohen Blutdrucks
4	J18	171	Lungenentzündung durch nicht bezeichneten Erreger
5	K51	135	Colitis ulcerosa (chronische Dickdarmentzündung)
6	R55	122	Bewußtlosigkeit und Kollaps
7	I50	110	Herzschwäche
8	J44	105	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
9	K57	93	Divertikulose (Ausstülpungen) des Darmes
10	E86	85	Flüssigkeitsmangel infolge Verlust oder verminderter Aufnahme
11	C79	84	Bösartige Absiedlungen (Metastasen) an sonstigen Lokalisationen
12	F10	82	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
13	C78	71	Bösartige Absiedlungen (Metastasen) in den Atmungs- und Verdauungsorganen

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	OPS- 301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	1-650	817	Dickdarmspiegelung
2	1-444	762	Entnahme einer Gewebeprobe vom unteren Verdauungstrakt, endoskopisch
3	1-632	760	Diagnostische Spiegelung des Magens und Zwölffingerdarms
4	1-440	508	Entnahme einer Gewebeprobe vom oberen Verdauungstrakt, Gallengängen oder Bauchspeicheldrüse, endoskopisch
5	1-790	390	Untersuchung von Schlafstörungen in einem Schlaflabor
6	8-930	353	Engmaschige Überwachung der Vitalparameter auf einer Intensivstation
7	3-200	298	Native Computertomographie des Schädels
8	1-710	284	Lungenfunktionsprüfung in abgedichteter Testkammer
9	8-717	251	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen
10	3-225	239	Computertomographie des Bauchraumes mit

B-2.2 Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung* im Berichtsjahr

Rang	EBM- Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
1	764	Totale Dickdarmspiegelung einschl. Ileum, einschl. Patientenaufklärung zur Spiegelung und zur medikamentösen Vorbereitung, mindestens 24h vor dem Eingriff, Aufklärung zum Vorgehen und zu einer möglichen Polypenabtragung und anderer therapeutischer Maßnahmen	594
2	741	Magen- und Zwölfingerdarmspiegelung, ggf. einschl. Speiseröhrendarstellung, Probenentnahme und/oder Bakterientestung	46
3	760	Teilspiegelung des Dickdarms mit flexiblem Instrument, ggf. einschl. Probenentnahme(n), ggf. einschl. Lagekontrolle des Instruments durch ein bildgebendes Verfahren	9

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Intensivmedizin

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung: (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Interdisziplinäre Intensivstation
 Chefarzt Prof. Dr. A Raedler - Ltd. Oberarzt Dr. U. Neumann
 Tel.: 040 / 8191-2606

In enger Zusammenarbeit aller Abteilungen erfolgt die intensivmedizinische Betreuung im Anschluss an größere Operationen (postoperative Intensivmedizin) sowie die intensivmedizinische Behandlung schwer erkrankter Patienten. Die apparative Ausstattung entspricht den aktuellen Anforderungen. So ist ggf. das Versagen einzelner Organe maschinell auszugleichen (künstliche Beatmung, Nierenwäsche, Einbau eines vorübergehenden Herzschrittmachers u.ä.). Im Schichtdienst tätige Pflegekräfte und Ärzte sind rund um die Uhr auf der Intensivstation tätig, um eine sichere Betreuung auch kritisch kranker Patienten sicher zu stellen. Betreut werden also sowohl Patienten, die eine intensivmedizinische Überwachung benötigen als auch solche, die einer intensivmedizinischen Therapie bedürfen.

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Für die Behandlung unserer Schlaganfallpatienten wurde ein klinischer Behandlungspfad entwickelt. Alle Schlaganfallpatienten werden in den ersten 24 bis 48 Stunden auf der Intensivstation behandelt. Die optimale Einstellung von Blutdruck, Blutzucker und Temperatur verbessert die Prognose. Die Behandlung erfolgt in berufsübergreifender Zusammenarbeit durch ein Team von Ärzten, Pflegekräften, Krankengymnasten und Sprachtherapeuten. Schon in den ersten 24 Stunden werden umfangreiche diagnostische Maßnahmen eingeleitet, um der Ursache des Schlaganfalles auf die Spur zu kommen und eine möglichst zielgerichtete Therapie einleiten zu können.

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	X62	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen	37
2	F71	Nicht schwere Herzrhythmusstörung und Erregungsleitungsstörungen	10
3	B70	Schlaganfälle	9
4	B76	Krampfanfälle	8
5	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	8
6	E68	Akute Verletzung des Lungengewebes durch Trauma oder Krankheit	7
7	F70	Schwere Herzrhythmusstörung und Herzstillstand	7
8	F60	Kreislaufkrankungen mit akutem Myokardinfarkt, ohne Herzkatheteruntersuchung	6
9	G47	Andere Magenspiegelung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	6
10	G02	Große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	5
11	A13	Langzeitbeatmung > 95 und < 144 Stunden	4
12	A12	Langzeitbeatmung > 143 und < 264 Stunden	4
13	A11	Langzeitbeatmung > 263 und < 480 Stunden	4
14	B80	Andere Kopfverletzungen	4

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klerschrift (deutsch)
1	T43	16	Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert
2	J18	11	Lungenentzündung durch nicht bezeichneten Erreger
3	T42	11	Vergiftung durch Antiepileptika, Sedativa, Hypnotika und Antiparkinsonmittel
4	I21	9	Akuter Herzinfarkt
5	G41	7	Status epilepticus
6	I47	7	Störungen der Reizleitung im Herzen mit beschleunigtem Herzschlag
7	J93	6	Pneumothorax
8	J44	5	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
9	S06	4	Verletzung des Gehirns
10	T39	4	Vergiftung durch nichtopioidhaltige Analgetika, Antipyretika und Antirheumatika
11	I61	4	Hirnblutung
12	I44	4	Störungen der Reizleitung im Herzen
13	K50	4	Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]
14	J46	3	Status asthmaticus

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	OPS- 301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	8-930	157	Engmaschige Überwachung der Vitalparameter auf einer Intensivstation
2	8-831	39	Legen, Wechsel und Entfernung eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
3	8-931	34	Engmaschige Überwachung der Vitalparameter mit Messung des zentralen Venendruckes auf einer Intensivstation
4	3-200	30	Native Computertomographie des Schädels
5	8-718	29	Zusatzkode, der die Dauer der maschinellen Beatmung angibt
6	1-632	23	Diagnostische Spiegelung des Magens und Zwölffingerdarms
7	8-701	21	Einführen eines Tubus in die Luftröhre zur Erleichterung der Atmung oder zur künstlichen Beatmung
8	3-225	16	Computertomographie des Bauchraumes mit
9	8-771	14	Kardiale Reanimation
10	8-176	13	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluß

B-2.2 Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung* im Berichtsjahr

Rang	EBM- Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
------	---------------------------	------------------------------------	---------------

B-1 **Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Abteilung für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Schmerztherapie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:
(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Abteilung für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Schmerztherapie
Chefarzt Prof. Dr. S. Ahrens
Tel.: 040 / 8191-2500

Die Abteilung deckt den gesamten Bereich des Fachgebietes Psychosomatik ab. Die Klinikambulanz bietet eine umfassende Psychodiagnostik und ggf. auch neuropsychologische Diagnoseverfahren an.

Bei Bedarf stehen die diagnostischen Möglichkeiten des gesamten Krankenhauses zur Verfügung.

Das Therapiekonzept umfasst ein mehrdimensionales Angebot mit den einzelnen Verfahren:

- Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie
- kognitive Verhaltenstherapie
- therapeutische Krisenintervention
- Paar- und Familientherapie
- Feldenkrais-Training
- Tanz- und Bewegungstherapie
- Musiktherapie, Kunsttherapie
- Entspannungsverfahren
- Physikalische Therapie, Krankengymnastik
- Beratung und Unterstützung bei sozialen und beruflichen Problemen
- somatische Basistherapie
- Spezielle Schmerztherapie
- spezielle Therapieangebote bei Essstörungen, Sondenernährung, Ernährungs- und Diätberatung.

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Für folgende Störungen werden besondere Therapieangebote vorgehalten:

- Schmerzen (Kopfschmerz, Rückenschmerz, Fibromyalgie etc.)
- Ängste wie Panikattacken, Phobien und generalisierte Ängste
- Depressionen
- Schlafstörungen
- Tinnitus und Schwindel
- Funktionsstörungen des Körpers (z.B. Schluck- und Atemstörungen, Stimmstörungen, Magen-Darm-Störungen, Unterbauchbeschwerden, funktionelle Herzsymptome, allgemeine Missempfindungen)
- Essstörungen (Magersucht, Bulimie, Übergewicht, Fettsucht)
- Hauterkrankungen wie Neurodermitis, selbstschädigendes Verhalten, Herpes
- internistisch-psychosomatische Krankheitsbilder (Asthma, Bluthochdruck, chronisch entzündliche Darmerkrankungen)
- körperliche Erkrankungen mit seelischen Folgeerscheinungen wie Multiple Sklerose, Herzerkrankungen, Diabetes, Rheuma u.a.
- besondere seelische Belastungen wie bei Trennungskrisen, Mobbing, Lebenskrisen oder in Form von posttraumatischen Belastungsstörungen.

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Die stationäre Behandlung erfolgt auf den Stationen 16 & 17

(Anmeldung zum Vorgespräch 040-8191-2501)

Die Behandlung von Patienten mit Essstörungen und akute Krisenintervention erfolgt auf Station 1

(Anmeldung 040-8191-2531)

Das tagesklinische Konzept

Grundlage der Therapie ist ein professionell auf den Patienten abgestimmtes Konzept. Tagsüber findet ein intensives Therapieprogramm statt, die Abende und Wochenende stehen zur freien Verfügung im gewohnten sozialen Umfeld. Durch diesen täglichen Wechsel des Beziehungsrahmens kann der Patient die aus der Therapie gewonnenen Erfahrungen direkt in seinen Alltag integrieren.

Die Besonderheiten sind:

- ein intensives Therapieangebot im festgelegten Zeitrahmen
- dass Körper und Seele gleichermaßen therapeutisch angesprochen werden
- dass die Integration in den Alltag erhalten bleibt
- die Begleitung des Übergangs von vollstationärer Therapie zurück in den Alltag (Anschlussbehandlung)
- die Berücksichtigung familiärer Organisationsprobleme, z.B. die Versorgung von Kleinkindern oder pflegebedürftigen Angehörigen

Tagesklinik Rissen

(Anmeldung 040-8191-2540)

Tagesklinik Ulmenhof in Winterhude

(Anmeldung 040-468560-0)

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
------	---------------	--	----------

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klerschrift (deutsch)
1	F32	272	Depressive Episode
2	F33	211	Sich wiederholende depressive Störungen
3	F45	105	Körperliche Symptome infolge seelischer Erkrankung
4	F50	67	Eßstörungen
5	F41	59	Anderere Angststörungen
6	F60	13	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
7	F43	6	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
8	H93	5	Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert
9	F44	4	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
10	F40	3	Phobische Störungen

hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	OPS- 301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	9-402	930	Psychosomatische Therapie
2	1-710	4	Lungenfunktionsprüfung in abgedichteter Testkammer
3	3-220	2	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel
4	1-632	2	Diagnostische Spiegelung des Magens und Zwölffingerdarms
5	5-894	2	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut

B-2.2 Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung* im Berichtsjahr

Rang	EBM- Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
------	---------------------------	------------------------------------	---------------

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Allgemeine Chirurgie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung: (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Allgemeine Chirurgie
Gefäß-, Bauch- und Unfallchirurgie
Chefarzt Dr. Tigges
Tel. 040 / 8191-2400

Das Behandlungsspektrum der Gefäßchirurgie umfasst Operationen an den arteriellen Blutgefäßen, insbesondere Bypassoperationen an Oberschenkel, Unterschenkel und Fuß sowie an der Bauchaorta, den Beckenarterien und den Halsgefäßen.

Gefäßpatienten werden fachübergreifend durch Gefäßchirurgen, Angiologen und Radiologen behandelt (Gefäßzentrum Hamburg West). Die Festlegung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens erfolgt in den interdisziplinären Sprechstunden. Die Behandlung erfolgt anhand der Leitlinien der Fachgesellschaften.

Die schonende Behandlung von Gefäßverengungen durch Aufdehnung mit Ballonkathetern wird in Kooperation mit niedergelassenen spezialisierten Radiologen in unserer technisch hochmodern ausgestatteten radiologischen Abteilung durchgeführt.

Krampfaderoperationen werden ambulant bzw. beim Vorliegen entsprechender Voraussetzungen stationär durchgeführt, weiterhin Shuntoperationen bei Dialysepatienten.

Das Behandlungsspektrum der Bauchchirurgie umfasst Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, der Gallenblase und Gallenwege sowie der Schilddrüse.

Das Behandlungsspektrum der Unfallchirurgie beinhaltet sämtliche Knochenbruchbehandlungen. Bei Gelenkverschleiß werden Gelenkersatzoperationen des Hüft- und Kniegelenkes durchgeführt, außerdem Spiegelungen von Schulter- und Kniegelenken mit Meniskus-, Kreuzband- und Knorpelersatzoperationen sowie die Fußchirurgie.

Neurochirurgie / Wirbelsäulenchirurgie

Leitender Arzt Dr. Köhler

Tel.: 040 / 8191-2645

Die Wirbelsäulenchirurgie bildet den Behandlungsschwerpunkt der Abteilung. Außerdem werden Patienten mit Schädel-Hirn-Verletzungen, Hirnblutungen, Hirntumoren, sowie Erkrankungen der peripheren Nerven und mit chronischen Schmerzsyndromen konservativ oder operativ behandelt.

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Schwerpunkt der Gefäßchirurgie ist die Operation von arteriellen Gefäßverengungen (Bypassoperationen) insbesondere an Bein und Fuß zur Verhinderung von Beinamputationen.

Zur optimalen Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom erfolgt eine intensive Zusammenarbeit mit spezialisierten diabetologischen Schwerpunktpraxen.

Es besteht eine aktive Mitarbeit im Wundzentrum Hamburg (www.wundzentrum-hamburg.de) und im Netzwerk Diabetischer Fuß (www.netzwerkdiaabetischerfusshamburg.de).

Schwerpunkt der Bauchchirurgie ist die Schlüssellochchirurgie (minimalinvasive Chirurgie).

Die operative Behandlung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen erfolgt in enger Abstimmung mit der gastroenterologischen Abteilung. Die Patienten werden fachübergreifend auf einer gemeinsamen Station behandelt.

In Kooperation mit unserer psychosomatischen Abteilung behandeln wir Patienten mit extremer Fettleibigkeit. Operationen (Magenband) erfolgen nach strenger Indikationsstellung.

Schilddrüsenoperationen werden unter sogenanntem Neuromonitoring durchgeführt.

Wirbelsäulenchirurgie

Schwerpunkt ist die operative Behandlung von:

- Cervicalen oder lumbalen Bandscheibenvorfällen
- Spinalkanalstenosen
- Wirbelgleiten (Spondylolisthesis, Stabilisierung mit Fixateur interne)
- Versorgung von Patienten mit Wirbelkörperbrüchen (Stabilisierung mit Fixateur interne / Vertebroplastie)

Akute und chronische Schmerzen werden minimalinvasiv behandelt mit periradikulärer Infiltrationstherapie, Wirbelgelenksblockaden oder Wirbelgelenksdenervation unter Röntgen- oder CT-Kontrolle.

Die Behandlung von chronischen Schmerzpatienten erfolgt in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit der Abteilung für Psychosomatik sowie mit dem speziellen Schmerztherapeuten unserer Klinik.

B-1.4

Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Für alle Patienten besteht die Möglichkeit, sich in einer der folgenden Sprechstunden vorzustellen (Anmeldung 040-8191-4444):

- Gefäßsprechstunde
- Chronische Wundsprechstunde / Diabetischer Fuß
- Bauchchirurgische Sprechstunde / Schilddrüsenoperationen
- Adipositas-Sprechstunde
- Unfallchirurgische Sprechstunde / Arbeitsunfälle
- Gelenkchirurgische Sprechstunde (Dr. Herzberg)

Neurochirurgie (Anmeldung 040-8191-2645):

- Sprechstunde für Wirbelsäulenerkrankungen

B-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	F20	Unterbindung und Stripping von Krampfadern der Beine	241
2	I10	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule	182
3	F08	Große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine	173
4	I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich,	164
5	K01	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen	78
6	I03	Eingriffe am Hüftgelenk	72
7	I08	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Oberschenkelknochen	70
8	I13	Eingriffe an Knochen des Oberarmes und Unterschenkels und am Sprunggelenk	63
9	F14	Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine	57
10	I69	Knochenkrankheiten und spezifische Gelenkerkrankungen	57
11	G09	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelbrüchen	56
12	G02	Große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	52
13	I09	Verbindung mehrerer Wirbelkörper	47

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	I83	252	Krampfadern der Beine
2	E11	251	Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) mit spätem Beginn, nicht primär insulinabhängig
3	M51	194	Sonstige Bandscheibenschäden
4	S72	155	Knochenbruch des Oberschenkels
5	I70	150	Artherosklerose (Gefäßverkalkung)
6	M48	93	Sonstige Erkrankungen der Wirbelkörper
7	S82	62	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
8	M80	58	Osteoporose mit Knochenbruch
9	K40	56	Leistenbruch
10	S42	53	Knochenbruch im Bereich der Schulter und des Oberarmes
11	S52	53	Knochenbruch des Unterarmes

hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	OPS- 301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5-385	264	Krampfader-Operation
2	5-893	228	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
3	5-393	201	Anlage eines anderen Bypasses oder Gefäßverbindung an Blutgefäßen
4	5-831	195	Entfernung von erkrankten Bandscheiben
5	5-033	134	Inzision der Rückenmarkskanal
6	5-790	109	Geschlossenes Einrichten eines Knochenbruches
7	5-394	105	Wiederholungseingriff nach einer Operation an Blutgefäßen
8	5-892	98	Andere Inzision an Haut und Unterhaut
9	5-865	94	Amputation und Exartikulation Fuß
10	5-380	78	Inzision und Entfernung von Blutgerinnseln aus Blutgefäßen

B-2.2 Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung* im Berichtsjahr

Rang	EBM- Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
1	2862	Entfernung und/oder Unterbindung von oberflächlichen und tiefliegenden, erkrankten Venen	104
2	2861	Entfernung und/oder Unterbindung von tiefliegenden, erkrankten Venen	44
3	2361	Entfernung von Stellschrauben, tastbaren Einzelschrauben, oder von Kirschnerdrähten aus einem Knochen nach Aufsuchen durch Schnitt oder Entfernung eines äußeren Spanners	27
4	2105	Exzision von tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder Probeexzision aus tiefliegendem Körpergewebe oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z. B. Zunge)	12
5	2445	Diagnostische Gelenkspiegelung, ggf. einschl. Entnahme von Gewebeproben aus Weichteilen, Knorpel oder Knochen und/oder Gelenkbinnenstrukturen	8

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V Gesamtzahl (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr:

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl für das Berichtsjahr)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)	0
Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)	1.317
Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)	0

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

Abteilung		Anzahl der beschäftigten Ärzte	Anzahl Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
100	Innere Medizin	30,00	19,00	11,00
1500	Allgemeine Chirurgie	16,00	8,00	8,00
2900	Allgemeine Psychiatrie	23,00	13,00	10,00
3100	Psychosomatik / Psychotherapie	20,00	15,00	5,00
3600	Intensivmedizin	6,00	3,00	3,00
3752	Palliativmedizin	1,00	0,00	1,00

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 7

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

Abteilung		Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil der examinierten Krankenschwester	Prozentualer Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre plus)	Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/ in (1 Jahr)
100	Innere Medizin	72,00	89,00	0,00	4,00
1500	Allgemeine Chirurgie	45,00	91,00	0,00	0,00
2900	Allgemeine Psychiatrie	78,00	99,00	4,00	0,00
3100	Psychosomatik / Psychotherapie	24,00	0,00	0,00	0,00
3600	Intensivmedizin	25,00	96,00	32,00	4,00
3752	Palliativmedizin	10,00	100,00	0,00	0,00

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:

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitätssicherung		Dokumentationsrat	
		ja	nein	ja	nein	Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie		X		X	0,00	100,00
2	Cholezystektomie	X		X		100,00	100,00
3	Gynäkologische Operationen		X		X	0,00	94,65
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation		X		X	0,00	95,48
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel		X		X	0,00	100,00
6	Herzschrittmacher-Revision		X		X	0,00	74,03
7	Herztransplantation		X		X	0,00	94,26
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	X		X		100,00	95,85
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	X		X		100,00	92,39
10	Karotis-Rekonstruktion	X		X		100,00	95,95
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	X		X		100,00	98,59
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel		X		X	0,00	97,38
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie		X		X	0,00	100,00
14	Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	X		X		90,00	99,96
15	Koronarchirurgie		X		X	0,00	100,00
16	Mammachirurgie		X		X	0,00	91,68
17	Perinatalmedizin		X		X	0,00	99,31
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	X		X		100,00	0,00
19	Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose	X		X		90,00	98,44
	Summe					99,00	0,00

C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V

Eine Aufstellung der einbezogenen Leistungsbereiche findet im Qualitätsbericht im Jahr 2007 Berücksichtigung.

C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Schlaganfall
Anästhesiologie
Leistenbruchoperationen

C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease - Management - Programmen (DMP)

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP - Qualitätssicherungsmaßnahmen teil:

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

Leistung	OPS der einbezogenen Leistung	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH / pro	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH (4a)/ pro gelistetem Operateur 4b		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus		5				
	5-420.00		Nein	0	0	0
	5-420.01		Nein	0	0	0
	5-420.10		Nein	0	0	0
	5-420.11		Nein	0	0	0
	5-423.0		Nein	0	0	0
	5-423.1		Nein	0	0	0
	5-423.2		Nein	0	0	0
	5-423.3		Nein	0	0	0
	5-423.x		Nein	0	0	0
	5-423.y		Nein	0	0	0
	5-424.0		Nein	0	0	0
	5-424.1		Nein	0	0	0
	5-424.2		Nein	0	0	0
	5-424.x		Nein	0	0	0
	5-424.y		Nein	0	0	0
	5-425.0		Nein	0	0	0
	5-425.1		Nein	0	0	0
	5-425.2		Nein	0	0	0
	5-425.x		Nein	0	0	0
	5-425.y		Nein	0	0	0
	5-426.01		Nein	0	0	0
	5-426.02		Nein	0	0	0
	5-426.03		Nein	0	0	0
	5-426.04		Nein	0	0	0
	5-426.0x		Nein	0	0	0
	5-426.11		Nein	0	0	0
	5-426.12		Nein	0	0	0
	5-426.13		Nein	0	0	0
	5-426.14		Nein	0	0	0
	5-426.1x		Nein	0	0	0
	5-426.21		Nein	0	0	0
	5-426.22		Nein	0	0	0
	5-426.23		Nein	0	0	0
	5-426.24		Nein	0	0	0
	5-426.2x		Nein	0	0	0
	5-426.x1		Nein	0	0	0
	5-426.x2		Nein	0	0	0
	5-426.x3		Nein	0	0	0
	5-426.x4		Nein	0	0	0
	5-426.xx		Nein	0	0	0
	5-426.y		Nein	0	0	0
	5-427.01		Nein	0	0	0
	5-427.02		Nein	0	0	0
	5-427.03		Nein	0	0	0
	5-427.04		Nein	0	0	0
	5-427.0x		Nein	0	0	0
	5-427.11		Nein	0	0	0
	5-427.12		Nein	0	0	0

5-427.13		Nein	0	0	0
5-427.14		Nein	0	0	0
5-427.1x		Nein	0	0	0
5-427.21		Nein	0	0	0
5-427.22		Nein	0	0	0
5-427.23		Nein	0	0	0
5-427.24		Nein	0	0	0
5-427.2x		Nein	0	0	0
5-427.x1		Nein	0	0	0
5-427.x2		Nein	0	0	0
5-427.x3		Nein	0	0	0
5-427.x4		Nein	0	0	0
5-427.xx		Nein	0	0	0
5-427.y		Nein	0	0	0
5-429.2		Nein	0	0	0
5-438.01		Nein	0	0	0
5-438.02		Nein	0	0	0
5-438.03		Nein	0	0	0
5-438.04		Nein	0	0	0
5-438.0x		Nein	0	0	0
5-438.11		Nein	0	0	0
5-438.12		Nein	0	0	0
5-438.13		Nein	0	0	0
5-438.14		Nein	0	0	0
5-438.1x		Nein	0	0	0
5-438.x1		Nein	0	0	0
5-438.x2		Nein	0	0	0
5-438.x3		Nein	0	0	0
5-438.x4		Nein	0	0	0
5-438.xx		Nein	0	0	0
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	5				
5-521.0		Nein	0	0	0
5-521.1		Nein	0	0	0
5-521.2		Nein	0	0	0
5-523.2		Nein	0	0	0
5-523.x		Nein	0	0	0
5-524		Nein	0	0	0
5-524.0		Nein	0	0	0
5-524.1		Nein	0	0	0
5-524.2		Nein	0	0	0
5-524.3		Nein	0	0	0
5-524.x		Nein	0	0	0
5-525.0		Nein	0	0	0
5-525.1		Nein	0	0	0
5-525.2		Nein	0	0	0
5-525.3		Nein	0	0	0
5-525.4		Nein	0	0	0
5-525.x		Nein	0	0	0
Lebertransplantation	10				
5-502.0		Nein	0	0	0
5-502.1		Nein	0	0	0
5-502.2		Nein	0	0	0
5-502.3		Nein	0	0	0
5-502.5		Nein	0	0	0
5-502.x		Nein	0	0	0
5-502.y		Nein	0	0	0
5-503.0		Nein	0	0	0
5-503.1		Nein	0	0	0
5-503.2		Nein	0	0	0
5-503.3		Nein	0	0	0
5-503.x		Nein	0	0	0
5-503.y		Nein	0	0	0
5-504.0		Nein	0	0	0
5-504.1		Nein	0	0	0

	\$-504.2		Nein	0	0	0
	\$-504.x		Nein	0	0	0
	\$-504.y		Nein	0	0	0
Nierentransplantation		20				
	\$-555.0		Nein	0	0	0
	\$-555.1		Nein	0	0	0
	\$-555.2		Nein	0	0	0
	\$-555.3		Nein	0	0	0
	\$-555.4		Nein	0	0	0
	\$-555.5		Nein	0	0	0
	\$-555.x		Nein	0	0	0
	\$-555.y		Nein	0	0	0
Stammzellentransplantation		[10-14]				
	\$-411.00		Nein	0	0	0
	\$-411.01		Nein	0	0	0
	\$-411.20		Nein	0	0	0
	\$-411.21		Nein	0	0	0
	\$-411.30		Nein	0	0	0
	\$-411.31		Nein	0	0	0
	\$-411.40		Nein	0	0	0
	\$-411.41		Nein	0	0	0
	\$-411.50		Nein	0	0	0
	\$-411.51		Nein	0	0	0
	\$-411.x		Nein	0	0	0
	\$-411.y		Nein	0	0	0
	\$-805.00		Nein	0	0	0
	\$-805.01		Nein	0	0	0
	\$-805.20		Nein	0	0	0
	\$-805.21		Nein	0	0	0
	\$-805.30		Nein	0	0	0
	\$-805.31		Nein	0	0	0
	\$-805.40		Nein	0	0	0
	\$-805.41		Nein	0	0	0
	\$-805.50		Nein	0	0	0
	\$-805.51		Nein	0	0	0
	\$-805.x		Nein	0	0	0
	\$-805.y		Nein	0	0	0

C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der
Mindestmengenvereinbarung 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

D Qualitätspolitik

Folgende Grundsätze sowie strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik werden im Krankenhaus umgesetzt:

Die Unternehmensgrundsätze „Mensch – Medizin – Mitverantwortung“ der Asklepios-Kliniken sind die Basis unseres Leitbildes und unserer Qualitätspolitik.

Das Qualitätsmanagement ist dabei fester Bestandteil der Unternehmensstrategie und hat einen hohen Stellenwert in unserer Klinik. Zentrales Ziel ist die bestmögliche Behandlung unserer Patienten unter besonderer Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnisse und Erwartungen.

Alle Veränderungsprozesse in der Klinik erfolgen strukturiert im Rahmen eines Qualitätsmanagementsystems. Grundlage ist ein fortlaufender Prozess aus Selbstbewertung, Identifizieren von Verbesserungspotenzialen, Umsetzung und Messung der Verbesserungen sowie anschließender neuer Selbst- + Fremdbewertung. Das Qualitätsmanagement ist hierbei nach dem Excellence-Modell der EFQM (European Foundation for Quality Management) ausgerichtet.

Die bisherige Planung basiert auf der medizinischen Zielplanung 2005.

Zentraler Bestandteil war die Planung eines Neubaus, der alle Funktionsbereiche der Klinik, Küche, Verwaltung und 2 Stationen umfasst. Der Bau wurde 2004 begonnen und im Frühjahr 2005 fertiggestellt. Die Bauplanung basiert auf Konzepten einer interdisziplinären patientenorientierten Behandlung in berufsgruppenübergreifenden Teams. Die Neustrukturierung der Ablauforganisation erfolgte in Projektgruppen (z. B. Projekt Zentrale Aufnahme).

Für 2005 planen wir die Entwicklung einer Vision 2015. Diese langfristige Ausrichtung soll allen Mitarbeitern als Orientierung dienen und den Rahmen für die Entwicklung unserer mittel- und langfristigen Strategien bilden.

Die strategische Ausrichtung wird den Ausbau unserer medizinischen Kompetenzen und Angebote beinhalten. Aufgrund der Planungen 2004 konnten wir unser Angebot bereits erweitern um die Belegabteilungen Urologie (Ärztl. Leitung Dr. Bruns, Dr. Heitz und Dr. Jänz) und Hals-, Nasen- + Ohrenheilkunde (Ärztl. Leitung Dr. von Salisch), die im Frühjahr 2005 eröffnet wurden. Den Bereich Gelenkchirurgie haben wir wesentlich dadurch gestärkt, dass Herr Dr. Herzberg im April 2005 seine Tätigkeit an unserer Klinik aufgenommen hat.

Qualitätsziele

Die Qualitätsziele orientieren sich am Leitbild, den konkreten Unternehmenszielen sowie den Erwartungen unserer Kunden (Patienten und Angehörige, Einweiser, Kooperationspartner und Krankenkassen), die über kontinuierlich stattfindende Befragungen erfasst werden. Einbezogen werden auch die Wünsche und Vorstellungen der Mitarbeiter (Mitarbeiterbefragung) sowie äußere Bedingungen (gesetzliche Auflagen etc.). Die Qualitätsziele werden von der Geschäftsführung in Abstimmung mit dem Qualitätsmanagementbeauftragten und den Führungskräften über die einmal jährlich stattfindende Qualitätskonferenz im Qualitätszielplan festgelegt. Die Umsetzung der Qualitätsziele erfolgt in Form von Projekten.

Folgende Qualitätsziele wurden im Qualitätszielplan für das Jahr 2004 festgelegt:

- Durchführung der Zertifizierung nach KTQ® (Kooperation für Transparenz und „Qualität im Gesundheitswesen“)
- Erstellung und Einführung eines Qualitätsmanagement Handbuches (Einführung von Verfahrensstandards)
- Planung neuer Funktions- + Ablaufstrukturen im Funktionsneubau (Zentrale Aufnahme u.a.)
- Einführung einer strukturierten und umfassenden Datenschutzrichtlinie
- Umsetzung einer leitbildorientierten Mitarbeiterführung durch strukturierte Mitarbeitergespräche
- Entwicklung zeitgemäßer Arbeitszeiten

Umsetzung von Qualitätszielen

In Projektgruppen haben wir zahlreiche Standards zur Verbesserung der Patientenversorgung erarbeitet, die hier anhand von Beispielen dargestellt werden:

- Die Auswertung unserer Patienten- und Einweiserbefragung zeigte Verbesserungsmöglichkeiten bei der Aufklärung unserer Patienten auf. Standards regeln jetzt die Aufklärung unserer Patienten vor Eingriffen und über die Art und Schwere der Erkrankungen.
- Die besonderen Bedürfnisse fremdsprachlicher Patienten bzw. von Patienten aus anderen Kulturkreisen werden angemessen berücksichtigt. Besondere Aufmerksamkeit wird der Information der Patienten und Angehörigen vor der Krankenhausentlassung eingeräumt (Standard Entlassungsmanagement).
- Von besonderer Bedeutung ist eine umfassende Schmerztherapie auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse. Unser Haus verfügt hier über anerkannte Spezialisten verschiedener Fachbereiche, die in der Schmerztherapie eng zusammenarbeiten. So kommen psychotherapeutische, medikamentöse, physiotherapeutische und operative Verfahren individuell auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt zum Einsatz. Standards regeln die Schmerztherapie z. B. nach operativen Eingriffen oder bei schweren chronischen Schmerzen. Eine Schmerzambulanz und ein Rückenzentrum sind im Aufbau.

Qualitätsziele 2005

Auf Grundlage der Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiterbefragung sowie nach Auswertung des Beschwerdemanagements haben alle Führungskräfte in der Qualitätskonferenz folgende Qualitätsziele für 2005 festgelegt:

- Verbesserung der Fort- und Weiterbildung
- Stärkung der sozialen Kompetenz in der Krankenpflege – Förderung der Zuwendung
- Verbesserung der Speise- und Servicequalität
- Reorganisation von Arbeitsabläufen
- Stärkung der Motivation der Mitarbeiter – Einführung von Anreizsystemen

Ethik im Krankenhaus

Ziel unserer Klinik ist es, ethische Problemstellungen zu erkennen, zu thematisieren und im Sinne der uns anvertrauten Patienten mit Ihnen gemeinsam bestmöglich zu lösen. Im Leitbild ist das Ziel formuliert, ein würdevolles Sterben zu ermöglichen. In der Klinik gibt es auf diese Aufgabe besonders ausgerichtete Bereiche (Palliativstation, anthroposophische Abteilung). Verantwortlich für die Berücksichtigung ethischer Problemstellungen sind die Chefarzte und die Pflegedienstleitung.

Bei Aufnahme werden Patienten gezielt nach Patientenverfügungen befragt.

Behandlungen gegen den Willen der Patienten werden sorgfältig geprüft. Das Vorgehen ist in Verfahrensstandards festgelegt, z. B. der Umgang mit Fixierungen von Patienten mit großer Eigen- oder Fremdgefährdung.

Die Krankenhauseelsorge ist in den Krankenhausalltag integriert und engagiert sich als Ansprechpartner für alle Mitarbeiter und Patienten bei ethischen Problemstellungen. Sie wird direkt von den behandelnden Ärzten und Pflegekräften nach Rücksprache mit den Patienten eingeschaltet.

Im Rahmen der öffentlichen Vortragsreihe des Palliativ-Fördervereins werden ethische Themen (Umgang mit Sterbenden, Palliativ-Behandlung) ca. alle 2 Monate in unserem Haus diskutiert. Durch die Beteiligung unserer Mitarbeiter finden sie Eingang in unsere Arbeit.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus stellt sich wie folgt dar:

Folgende organisatorische Einheiten sind im Rahmen des Qualitätsmanagements verantwortlich und zu dessen Implementierung sowie Weiterentwicklung verpflichtet:

Geschäftsführung

Die Hauptverantwortung für das Qualitätsmanagement liegt bei der Geschäftsführung. Sie stellt sicher, dass die festgelegte Qualitätspolitik und die Qualitätszielplanung eingehalten werden und stellt die notwendigen Ressourcen zur Verfügung.

Qualitätsmanagementbeauftragter (QMB)

Der QMB koordiniert das Qualitätsmanagement und ist als Inhaber einer Stabstelle die direkte Schnittstelle zwischen Geschäftsführung und Qualitätsbeauftragten (QB) der Abteilungen. Zu seinen Aufgaben gehört neben der Führung der EFQM-Lenkungsgruppe, die Weitergabe der Informationen an die Klinikleitungen, auch die Planung und Organisation von Zertifizierungen (z.B. KTQ).

Qualitätsbeauftragte der Abteilungen/Bereiche (QB)

Die QB der Abteilungen leiten das Qualitätsmanagement der einzelnen Bereiche und stimmen ihre Arbeit über die EFQM-Lenkungsgruppe gegenseitig und mit den übergeordneten Qualitätszielen der Klinik ab. Sie sind Ansprechpartner für die Mitarbeiter der Abteilungen und stellen ihr Know How (EFQM-Schulung, Moderation und Konfliktberatung) bei der Lösung von Qualitätsproblemen in den einzelnen Abteilungen zur Verfügung.

EFQM-Lenkungsgruppe

Die EFQM-Lenkungsgruppe ist hierarchie- und berufsgruppenübergreifend aus den Qualitätsbeauftragten der Abteilungen / Bereiche sowie dem Qualitätsmanagementbeauftragten und den Qualitätsmanagement-Repräsentanten zusammengesetzt.

Die Geschäftsführung nimmt mindestens einmal pro Quartal an den Sitzungen, die 14tägig stattfinden, teil. Die Lenkungsgruppe lenkt und koordiniert alle Tätigkeiten im Bereich des umfassenden Qualitätsmanagements, insbesondere die laufenden Qualitätsprojekte.

Repräsentant des Qualitätsmanagements

Der Repräsentant des QM ist ein in Abstimmung der Geschäftsführung und des QMB benannter Chefarzt der Klinik. Neben seiner Aufgabe, das QM mit dem QMB in der gesamten Klinik zu repräsentieren, ist er die Schnittstelle zwischen der EFQM-Lenkungsgruppe und den Chefarzten.

Mentoren

Mentoren sind Mitarbeiter der Führungsgruppe und werden nach Rücksprache projektbezogen von den QB gewählt. Ihre Aufgabe besteht in der Unterstützung der Projektarbeit, z.B. durch die Sicherstellung einer ausreichenden Besetzung der Projektgruppe.

Projektleiter / Projektgruppen

Projektgruppen werden auf der Basis von Projektvorschlägen aus den Abteilungen, einzelner Mitarbeiter oder der Geschäftsführung initiiert. Auf Grundlage dieser Vorschläge werden innerhalb der EFQM-Lenkungsgruppen standardisierte Projektvorschläge erarbeitet. Hierbei werden die Punkte auslösende Ursache, Projektziele, Teilnehmer und Leitung, sowie Zeitplan und voraussichtliche Projektkosten definiert. In Abstimmung mit der Geschäftsführung treten die Projekte in Kraft. Die Leitung übernimmt ein geeigneter Mitarbeiter aus der EFQM-Lenkungsgruppe, der letztendlich über die Zusammensetzung der Projektgruppe bestimmt. Die Mitglieder werden so gewählt, dass sie als „Experten“ für den zu verändernden Prozess alle Bereiche und Berufsgruppen abdecken.

Die Projektleitung ist verantwortlich für die Durchführung der Projektarbeit und die Erreichung der definierten Projektziele im geplanten Zeitrahmen. Sie berichtet hierbei regelmäßig über den Stand der Projektarbeit in der EFQM-Lenkungsgruppe und legt das endgültig erarbeitete Ergebnis der Geschäftsführung vor.

Abteilungsleiter

Die Abteilungsleiter sind verantwortlich für die Umsetzung des Qualitätsmanagement und der Projektergebnisse in ihren Abteilungen. Als Multiplikatoren geben sie Informationen hinsichtlich des Qualitätsmanagements über die festgeschriebenen Abteilungskonferenzen an ihre Mitarbeiter weiter.

Qualitätskonferenz

Die Qualitätskonferenz, die von dem QMB und den QB geplant und durchgeführt wird, findet einmal jährlich im Oktober statt. An dieser Konferenz nehmen alle Führungskräfte des Krankenhauses teil. In der Konferenz wird neben der Information über die Bilanz der laufenden Qualitätsarbeit, in Abstimmung mit den vorliegenden Daten (Befragungen & Kennzahlen) und den grundlegenden Zielen des Hauses (Visionen) die Qualitätsziele für das folgende Jahr festgelegt.

Kommissionen

Im Asklepios Westklinikum Hamburg sind folgende Kommissionen vorhanden:

- Arzneimittelkommission
- Transfusionskommission
- Hygienekommission
- Arbeitsschutzausschuss

Aufgaben der genannten Gremien ist der Beschluss wesentlicher Maßnahmen zu den entsprechenden Bereichen sowie deren Umsetzung und Überwachung.

Zentrale Dienste Qualitätsmanagement (ZD QM)

Die ZD QM beraten als eine Organisationseinheit der Hauptgeschäftsführung alle Institutionen der Asklepios Kliniken GmbH in Fragen des Qualitätsmanagements. Sie unterstützen die Häuser beim Aufbau und Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems entsprechend ihrer Bedürfnisse, bereiten die Kliniken auf die KTQ®-Zertifizierung, z.B. durch Schulungen und externe Audits vor und koordinieren die einzelnen Qualitätsziele der Institutionen mit der Zielplanung der Hauptgeschäftsführung.

E-2 Qualitätsbewertung

Das Krankenhaus hat sich im Berichtsjahr an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. Des Qualitätsmanagements beteiligt (Selbst- oder Fremdbewertungen):

Unser Ziel ist es, einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess in der Klinik zu gestalten, um Wünsche und Erwartungen unserer Patienten und Einweiser noch besser erfüllen zu können. Die Befragungen von Patienten, Mitarbeitern und Einweisern liefern uns dabei wichtige Anregungen, decken Probleme auf und ermöglichen bei erneuter Befragung eine Bewertung der erreichten Verbesserungen. Die Patientenbefragung führen wir kontinuierlich durch mit halbjährlicher Auswertung, die Mitarbeiter- und Einweiserbefragung mit Vergleich zu anderen Kliniken zweijährlich.

Patientenbefragung

Die Umsetzung des Leitbilds wird im Rahmen der Patientenbefragung überprüft.

Die Auswertung 2004 ergab folgendes Bild bei der Frage nach dem Gesamteindruck:

	Sehr gut	Gut	Ausreichend	Mangelhaft	keine Angabe
Fachliches Können der Ärzte	61%	32%	2%	1%	4%
Fachliches Können der Pflegekräfte	46%	40%	11%	2%	1%
Persönliche Zuwendung der Ärzte	55%	33%	9%	3%	1%
Persönliche Zuwendung der Pflege	55%	32%	8%	3%	2%
Gesamtbewertung der Klinik	26%	52%	16%	2%	4%

87% der Patienten gaben an, sich erneut in unserer Klinik behandeln lassen zu wollen, 3 % beantworteten die Frage mit Nein.

Einweiserbefragung

Die Einweiser konnten ihre Zufriedenheit folgendermaßen ausdrücken:

Sehr gut (= 100 Punkte), gut (= 66 Punkte), akzeptabel (= 33 Punkte) oder schlecht (= 0 Punkte).

Positiv bewertet wurde die medizinisch-ärztliche Fachkompetenz (durchschnittlich 69 Punkte), die Bettenverfügbarkeit (durchschnittlich 68 Punkte) sowie Umfang und medizinische Notwendigkeit von Diagnostik und Therapie (durchschnittlich 65 Punkte).

Verbesserungsbedarf zeigte sich bei der Einschätzung der Hotel- und Serviceleistungen (durchschnittlich 48 Punkte) sowie der Informationen über den Behandlungsverlauf während der stationären Behandlung (durchschnittlich 37 Punkte).

Zur Verbesserung unserer Hotel- und Serviceleistungen wird wesentlich unser Neubau (Bezug April 2005) sowie der Umbau der Bettenhäuser 2 und 3 (Bezug 2006) beitragen.

Die Information der niedergelassenen Ärzte wollen wir durch regelmäßige telefonische Kontaktaufnahme vor Entlassung der Patienten verbessern.

Die Frage „wie zufrieden sind Sie generell mit unserer Klinik?“ wurde überwiegend positiv beantwortet (durchschnittlich 65 Punkte).

KTQ®

Im Berichtsjahr 2004 hat sich das Asklepios Westklinikum Hamburg dem Zertifizierungsverfahren der „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ (KTQ®) unterzogen und dieses mit einer externen Überprüfung (Visitation) im November erfolgreich abgeschlossen. Bei diesem Verfahren wurden Strukturen und Abläufe

- der Patientenorientierung
- der Mitarbeiterorientierung
- der Sicherheit im Krankenhaus
- des Informationswesens,
- der Krankenhausführung und
- des Qualitätsmanagements

der Klinik überprüft. Dieses umfassende Qualitätsmodell bezieht alle Bereiche des Krankenhauses in die Qualitätsbewertung ein. Hierbei konnten wir nachweisen, dass alle Abteilungen systematisch und kontinuierlich an einer Verbesserung der Patientenversorgung arbeiten. In Vorbereitung der Zertifizierung wurde unter Einbeziehung aller Krankenhausbereiche und Mitarbeiter eine Selbstbewertung durchgeführt und ein entsprechender Qualitätsbericht erstellt. Dieser Bericht war Basis zahlreicher Verbesserungsmaßnahmen im Jahr 2004.

Zertifizierung der Küche durch die LSG

Seit mehreren Jahren werden in der Küche zweimal jährlich unangemeldete Hygiene-Überprüfungen durch ein externes Hygieneinstitut (Lufthansa-Service-GmbH) durchgeführt und die Einhaltung des HACCP (Hazards Analysis and Critical Control Point)-Konzeptes, das ein spezielles Konzept zur Hygienesicherung darstellt, überprüft.

Das Zertifikat „mit gutem Ergebnis“ bezogen auf die unangemeldeten Audits 2004 wurde im Januar 2005 übergeben. Die Audits überprüften:

- Personalhygiene
- Umfeldhygiene
- Gerätehygiene
- Produkthygiene
- Mikrobiologische Untersuchungen

Zudem führt die Küche kontinuierlich eine Mitarbeiter- und Patientenbefragung zur Speisequalität durch.

Umweltschutz

Ziel ist eine ausgeprägte Rücksicht auf ökologische Belange beim Bau und Betrieb der Klinik. Dies ist im Leitbild festgelegt.

Als erstes Hamburger Krankenhaus wurden wir am 27.5.2004 vom Umweltsenator für die erfolgreiche Teilnahme am Projekt „Ökoprofit“ der Stadt Hamburg ausgezeichnet. Ökoprofit beinhaltet Vorgaben aus dem europäischen Umweltqualitätsmanagement EMAS.

Durch den Einsatz moderner Technologien konnten pro Jahr 7400 m³ Wasser eingespart werden sowie die Spitzenlast um 65 kWh reduziert werden. Insgesamt resultiert aus diesen Maßnahmen eine Kosteneinsparung von 39.000 Euro pro Jahr.

Datenschutz

Anfang 2003 fand eine Überprüfung der datenschutzrechtlichen Situation der Klinik durch externe Datenschutzfachleute statt, die auf Grundlage der Prüfung umfangreiche Vorschläge für ein Datenschutzkonzept vorlegten.

Die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen wurde in internen Audits im Juni 2004 geprüft.

Es finden monatliche Begehungen aller Bereiche durch den Datenschutzbeauftragten statt. Diese werden protokolliert. Hierbei wird die gesamte Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften sowie die Einhaltung der festgelegten Standards kontrolliert.

Medizinische Ergebnisqualität

Bei zahlreichen operativ behandelten Erkrankungen überprüfen wir die Ergebnisqualität durch standardisierte Dokumentationsbögen, die von den weiterbehandelnden niedergelassenen Ärzten im Anschluß an den Krankenhausaufenthalt ausgefüllt werden. Dies geschieht im Rahmen von Vereinbarungen über die poststationäre Weiterbehandlung.

Beispielhaft werden hier die Ergebnisse nach Wirbelsäulenoperationen dargestellt. Ausgewertet sind 123 rückgesandte Dokumentationsbögen. Erhoben wird das Schmerzausmaß, das die Patienten auf einer Skala von 0 - 10 (Visuelle Analog-Skala - VAS) einschätzen, außerdem die schmerzfreie Gehstrecke bei Bandscheibenvorfällen bzw. Spinalkanalstenosen im Bereich der Lendenwirbelsäule, die Häufigkeit von begleitenden Lähmungen bzw. Taubheitsgefühlen sowie die Nutzung von Schmerzmitteln:

	vor OP	3 Monate nach der OP
Schmerzen (Skala 0 - 10)	8,67	1,96
Schmerzfreie Gehstrecke	0 m	800 m bzw. uneingeschränkt
Lähmungen / Taubheit	80 %	26 %
Anaesthetikagebrauch	100 %	12,5 %

Viele Patienten konnten 3 Monate nach OP uneingeschränkt schmerzfrei gehen. Bei denen, die eine eingeschränkte schmerzfreie Gehstrecke angaben, liegt der Wert durchschnittlich bei 800 Metern.

Eine Wiedereinweisung war bei keinem Patienten notwendig. 1 Patient wies eine Komplikation auf (Wundinfektion). Die Befragung der behandelnden niedergelassenen Ärzte und Patienten zu ihrer Zufriedenheit ergab folgendes Bild:

	sehr zufrieden	zufrieden	nicht zufrieden
Zufriedenheit des Patienten mit der Behandlung	59,3 %	35,6 %	5,1 %
Zufriedenheit des Arztes mit der Ablauforganisation	72,9 %	25,5 %	1,6 %

Mitarbeiter

Aufgrund der Mitarbeiterbefragung Ende 2003 wurde festgestellt, dass sich die nachgeordneten Mitarbeiter unzureichend über die Managemententscheidungen informiert fühlten. Um dieses Informationsdefizit zu beseitigen, wurde im Rahmen einer EFQM Gruppe eine neue Struktur zur Informationsweitergabe erarbeitet, verabschiedet und umgesetzt.

Die internen Audits im August 04 ergaben, dass keine schriftlich definierten Führungsgrundsätze vorliegen. Diese wurden daraufhin erarbeitet und verbindlich verabschiedet.

Weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen

Die Fachkraft für Arbeitssicherheit, der Betriebsarzt und die Hygienefachkraft führen regelmäßig Begehungen aller Bereiche der Klinik durch. Dabei wird die Einhaltung aller gesetzlichen Bestimmungen sowie der im Hause festgelegten Standards überprüft.

In festgelegten Abständen werden unsere Mitarbeiter in den Bereichen Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz geschult. Als Praxistest für unsere Mitarbeiter werden Notfälle wie z.B. Feuer, Evakuierung oder Reanimation simuliert und folgend ausgewertet. Die letzte unangemeldete Notfallübung „Brand auf einer Station mit Evakuierung sowie zeitgleicher Massenanfall von Verletzten (Busunfall)“ wurde im November 2004 in Zusammenarbeit mit Feuerwehr und Rettungsdiensten durchgeführt.

Ergänzend werden alle Bereiche unserer Klinik jährlich durch externe Berater der Zentralen Dienste DRG-, Medizin- und Qualitätsmanagement der Asklepios Kliniken GmbH eingeschätzt, Abläufe überprüft und Verfahren hinterfragt.

Beschwerdemanagement

Wir verstehen Kritik als Chance zur Weiterentwicklung. Deshalb werden Patienten und Angehörige in einem Begrüßungsschreiben ermuntert, Kritik zu üben und Verbesserungsvorschläge einzubringen. Ihnen steht als Ansprechpartner ein schriftlich benannter Beschwerdemanager zur Verfügung, der schriftliche oder mündliche Beschwerden aufnimmt, der Beschwerde inhaltlich nachgeht und den Beschwerdeführern innerhalb weniger Tage Rückmeldung gibt. Halbjährlich erfolgt eine Auswertung (Häufigkeit, Art sowie Ort der Beschwerden) mit Ableitung von Verbesserungspotentialen.

Das Krankenhaus kann hier Ergebnisse aus dem externen Qualitätssicherungsverfahren in tabellarischer Form darstellen.

Behandlung von Schenkelhalsfrakturen

Indikator	Asklepios Westklinikum	Hamburg	Referenzbereich	Abweichung zur Referenz
Präoperative Verweildauer < 24h bei osteosynthetischer Versorgung	100%	82,5%	>=95%	5,0%
Osteosynthetische Versorgung bei Patienten <65 Jahre	60%	56,8%	>=36,4%	23,6%
Wahl des Operationsverfahrens bei medialer Schenkelhalsfraktur				
Osteosynthese bei Garden I- oder II Fraktur	45%	43,7%	>=4,3%	40,9%
Endoprothese bei Garden III- oder IV Fraktur	96,3%	91,3%	>=80%	16,3%
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	100%	95,4%	>=95%	5,0%
Postoperative Röntgenbilder	100%	99,7%	=100%	0,0%
Gehfähigkeit bei Entlassung	85,2%	80,1%	>=59,4%	25,8%
Selbständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung	79,6%	76,5%	>=43,5%	36,2%
Gefäßläsion	0,0%	0,1%	<=1,0%	1,0%
Nervenschaden	0,0%	0,3%	<=5%	5%
Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Implantatbruch	1,4%	0,7%	Nicht definiert	
Fraktur	0,0%	0,7%	<=3%	3,0%
Endoprothesenluxation	0,0%	2,0%	<5,0%	5%
Postoperative Wundinfektion	1,4%	1,5%	<=5%	3,6%
Risikoadjustierte postop. Wundinfektion	0,0%	0,8%	<=5%	3,6%
Wundhämatom Nachblutung	0,0%	1,8%	<=13,5%	13,5%
Allgemeine postoperative Komplikationen	29,6%	12,1%	<=34,6%	5,0%
Reinterventionsrate	1,4%	3,2%	<=13,0%	11,6%
Letalität	5,1%	4,6%	<=14,3%	9,2%

Petrochantäre Femurfraktur

Indikator	Asklepios Westklinikum	Hamburg	Referenzbereich	Abweichung zur Referenz
Präoperative Verweildauer < 24h bei osteosynthetischer Versorgung	83,3%	78,1%	>=95%	-11,7%
Perioperative Antibiotikaphylaxe	100,0%	92,5%	>=95%	5,0%
Postoperative Röntgenbilder	100,0%	92,5%	=100%	0,0%
Gefähigkeit bei Entlassung	85,0%	75,9%	>=51,4%	33,7%
Selbständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung	72,5%	74,5%	>=51,4%	33,7%
Gefäßläsion	0,0%	0,0%	<=1,0%	1,0%
Nervenschaden	0,0%	0,0%	<=5,0%	5,0%
Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Implantatbruch	0,0%	0,9%	Nicht definiert	
Fraktur	0,0%	0,5%	<=2,9%	2,9%
Endoprothesenluxation	0,0%	3,9%	<=2,9%	2,9%
Postoperative Wundinfektion	0,0%	1,3%	<=5%	5,0%
Risikoadjustierte postop. Wundinfektion	0,0%	0,0%	<2,0%	2,0%
Wundhämatom Nachblutung	2,2%	1,5%	<=12,1%	9,9%
Allgemeine postoperative Komplikationen	10,9%	11,9%	<=37,3%	26,4%
Reinterventionsrate	0,0%	1,9%	<=12,0%	12,0%
Letalität	2,2%	5,9%	Nicht definiert	

Gallenblasenoperationen

Indikator	Asklepios Westklinikum	Hamburg	Referenzbereich	Abweichung
Indikation	6,2%	1,5%	<=5,8%	-0,4%
Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	100%	95,8%	=100%	0%
Erhebung eines histologischen Befundes	100%	94,7%	=100%	0%
Eingriffsspezifische Komplikationen und OP-Verfahren	0,0%	4,3%	<=9,0%	9,0%
Postoperative Wundinfektionen	1,6%	1,3%	Nicht definiert	
Risikoadjustierte postop. Wundinfektion	0,0%	0,7%	<=2%	2,0%
Allgemeine postoperative Komplikationen	3,1%	2,4%	<=10%	7,5%
Reinterventionsrate	1,8%	1,9%	<=2%	0,2%
Letalität	3,1%	0,3%	Nicht definiert	

Leistenbruchoperationen

Indikator	Asklepios Westklinikum	Hamburg	Referenzbereich	Abweichung zur Referenz
Reinterventionsrate	0%	1,1%	<=3,9%	3,9%
Postoperative Wundinfektionen	1,8%	0,6%	Nicht definiert	
Risikoadjustierte postop. Wundinfektion	0%	0,3%	<=2%	2,0%
Wundhämatom/ Nachblutung	0%	1,2%	<=4,2%	4,2%

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Im Krankenhaus sind folgende ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum durchgeführt worden:

1. Zentrale Aufnahme:

Die bisher getrennten Aufnahmebereiche der Inneren und Chirurgie werden im Neubau 2005 zu einer Zentralen Aufnahme zusammengeführt. Ziel ist es, alle Patienten von Beginn an fachübergreifend zu behandeln und so frühzeitig umfassende Entscheidungen zu Diagnostik und Therapie treffen zu können. Eingebunden in diese Aufnahme ist das Casemanagement (Fallmanagement), dass unmittelbar nach Aufnahme die geplanten Untersuchungen organisiert.

Die Projektgruppe hat ein umfassendes Konzept der Arbeitsabläufe und Verantwortlichkeiten für diesen neuen Bereich entwickelt.

Bestandteil des Projektes ist auch der Ausbau der sogenannten digitalen Patientenakte. Alle Anmeldungen zu Untersuchungen sollen zukünftig über das digitale Krankenhausinformationssystem erfolgen ebenso wie die Terminierung aller Untersuchungen und Sprechstunden sowie deren Befundung. Hierdurch soll für alle an der Behandlung Beteiligten sowie die Patienten wesentlich mehr Transparenz und Planungssicherheit geschaffen werden.

2. Ablauforganisation Haupt-OP:

Die Projektgruppe hat eine OP-Leitlinie erarbeitet. Die Abläufe der einzelnen Prozesse innerhalb des OP-Bereiches wurden optimiert mit dem Ziel, die Wechselzeiten und die Einhaltung der Erst-Schnitt-Zeit deutlich zu verbessern. Darüber hinaus wurde bei Einhaltung der Auslastung die Überstundenzahl der Mitarbeiter erheblich gesenkt. Im Funktionsdienst OP und Anästhesie betrug die aufgelaufene Zahl an Überstunden im Januar 1.043. Bis Dezember konnten hiervon 800 Überstunden abgebaut werden. Die Wechselzeit konnte im Laufe des Jahres 2004 von durchschnittlich 48 Minuten auf 40 Minuten gesenkt werden.

Die Projektgruppe erarbeitete weiterhin eine Stellenbeschreibung für die neu geschaffene Stelle des OP-Koordinators. Dieser ist für die Umsetzung der OP-Leitlinie verantwortlich und als Stabsstelle direkt der Geschäftsführung zugeordnet.

3. Reorganisation der Arbeitszeiten im Ärztlichen Dienst der Inneren Medizin

Auf Basis der Rechtssprechung des Europäischen Gerichtshofes zu den Bereitschaftsdiensten wurde im Rahmen dieses Projektes ein völlig neues Arbeitszeitmodell erarbeitet und umgesetzt. Folgende Ziele wurden definiert:

- 48 Std. Höchstarbeitszeit pro Woche bezogen auf 4-monatigen Ausgleichszeitraum
- Einhaltung einer 10-std. tgl. Höchstarbeitszeit (inkl. der Inanspruchnahme in Diensten)
- Einhaltung einer zusammenhängenden Mindestruhezeit von 35 Std. einmal wöchentlich
- Einhaltung der tgl. Mindestruhezeit von 11 Std.
- Kostenneutralität (Personal- / Sachkosten)
- Sicherstellung einer hohen Behandlungsqualität (Facharztstandard auf Intensiv + Aufnahme)
- Sicherstellung einer ausreichenden kontinuierlichen personellen Ausstattung der peripheren Bereiche

Das neue Arbeitszeitmodell konnte unter Wahrung der definierten Ziele umgesetzt werden. In den Bereichen Zentrale Aufnahme und Intensivstation wurden Schichtdienste eingeführt. Die wöchentliche Arbeitszeit der ärztlichen Mitarbeiter wurde auf 38,5 Stunden reduziert. Die Kontinuität der ärztlichen Betreuung auf den Stationen wurde dadurch verbessert, dass die Ärzte keine Nachtdienste mit anschließendem Freizeitausgleich mehr erbringen. Nach erfolgreicher Einführung wurde 2004 ein entsprechendes Modell für die Chirurgie entwickelt.

Eine Projektgruppe entwickelt 2005 ein neues Arbeitszeitmodell für die Psychiatrie.

4. Belegungsmanagement

Aufgrund der Neubau- und Umbaumaßnahmen stehen 2004 + 2005 weniger stationäre Betten zur Verfügung. Vor diesem Hintergrund wurde das Projekt Belegungsmanagement durchgeführt mit folgender Zielsetzung:

Sicherstellung einer adäquaten Unterbringung aller stationären Patienten (auch in Hochbelegungsphasen) unter Nutzung aller vorhandenen Ressourcen mit Berücksichtigung:

- des Behandlungsauftrags / der Kompetenzen
- der Wünsche der Patienten
- des Versichertenstatus

Folgende Verbesserungsmaßnahmen wurden erarbeitet:

- Festlegung der täglichen Belegkapazitäten für elektive + Notfallpatienten auf allen somatischen Stationen als Grundlage der Entlassungs- + Einbestellungsplanung sowie der OP-Planung.
- Festlegung der Kommunikationswege bezüglich Verlegungen.
- Prozessablauforganisation bei Bettenengpässen mit Festlegung der Verantwortlichkeiten
- Festlegungen zur transparenten Dokumentation der aktuellen Belegungssituation
Dokumentation von auftretenden Problemen in Störungsprotokollen

Der Verfahrensstandard Belegungsmanagement wurde am 23.3. verabschiedet und zum 1.4.04 zeitgerecht in Kraft gesetzt. Evaluationstreffen der Projektgruppe am 30.9.04 ergab, dass die adäquate Unterbringung aller Patienten nach Schließung einer Station gewährleistet war. Folgende Schwierigkeiten bestehen noch: Einhaltung der festgelegten Kommunikationsstrukturen, Kenntlichmachung zur Entlassung anstehender Patienten durch Pflegekräfte erfolgt häufig nicht.

Der vorgesehene Krisenstab bei anhaltender Bettennot musste bisher nicht einberufen werden

5. Einarbeitung neuer Mitarbeiter

Ziel des Projektes war die Einführung eines geregelten klinikweit einheitlichen Verfahrens zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Das entwickelte Verfahren basiert auf der Tätigkeit von Mentoren. Diese sind Mitarbeiter, die auf freiwilliger Basis neue Mitarbeiter ihrer Bereiche innerhalb von 4 Wochen strukturiert in der Einarbeitung begleiten. Die Einweisung erfolgt anhand von spezifischen Checklisten durch die jeweiligen Verantwortlichen. Der Mentor koordiniert den Einweisungsablauf und die Termine. Die Erfüllung der einzelnen Punkte wird dokumentiert. Als Beispiele seien genannt:

- Vorstellung von Organigramm und Leitbild
- Vorstellung im Arbeitsbereich, bei Kollegen und Vorgesetzten
- Einweisung in Standards
- Vorstellung des Qualitätsmanagements
- Einweisung in die Arbeitsschutzorganisation
- Unterweisung zum Datenschutz

Die Personalabteilung prüft, ob alle neuen Mitarbeiter dieses strukturierte Verfahren innerhalb von 4 Wochen vollständig durchlaufen.

6. Nachbeobachtung von Patienten nach Spiegelungen des Magens oder Dickdarmes

Bei endoskopischen Untersuchungen (Spiegelungen) des Magens oder Dickdarmes kommen vermehrt moderne Medikamente zum Einsatz, die den Patienten während der Untersuchung in einen leichten Schlaf versetzen („Sanfte Endoskopie“). Im Anschluss an die Untersuchung resultiert hieraus ein erhöhter Überwachungsbedarf der Patienten.

In der Projektgruppe wurde mit allen Beteiligten (Ärzte und Schwestern der Endoskopie, Transportpflegern) ein Verfahren festgelegt, welches eine angemessene Überwachung dieser Patienten sicherstellt. Im Neubau wurde für diese Patienten ein spezieller Ruheraum unmittelbar neben der Endoskopie konzipiert. Er ist mit dem Aufwachraum des OP's verbunden. Im Anschluß an die Untersuchung werden die Patienten hier überwacht bis sie wieder wach und ansprechbar sind. Anschließend erfolgt der Rücktransport auf die Stationen oder die Entlassung nach Hause bei ambulanten Eingriffen.

7. Integrierte Versorgung

Bereits seit Anfang 2004 entwickeln wir in Kooperation mit anderen spezialisierten Krankenhäusern und niedergelassenen Kollegen ein Modell zur fachübergreifenden Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden. Internationale wissenschaftliche Studien belegen, dass viele Amputationen vermieden werden können, wenn diese Patienten frühzeitig von Spezialisten verschiedener Fachdisziplinen in speziellen Wundambulanzen behandelt werden. Mit den Krankenkassen wollen wir hierzu 2005 einen integrierten Versorgungsvertrag abschließen.

Um die hierfür notwendigen Strukturen an unserem Haus aufzubauen, haben wir 2004 mit dem Aufbau eines Gefäßzentrums begonnen. In fachübergreifend angebotenen Sprechstunden arbeiten Gefäßchirurgen und Angiologen des Hauses mit niedergelassenen Diabetologen und Radiologen zusammen. Diese Zusammenarbeit soll 2005 ausgebaut und erweitert werden.

Weitergehende Informationen

Verantwortliche für den Qualitätsbericht:

Hr. E.Eder (Geschäftsführer)

Hr. J.Glöer (stv. Geschäftsführer)

Hr. S.Berg (Qualitätsmanagementbeauftragter)

Qualitätsbeauftragte:

Hr. Bock / Hr. Angermann / Fr. Bewersdorff PDL

Hr. Bunge, Ltg. Technik

Fr. Böttcher, Pflege Psychosomatik

Fr. Spengler, Pflege Intensiv

Dr. Homann, Oberarzt Psychosomatik

Dr. Jürs, Facharzt Innere & Betriebsrat

Fr. Materna, Pflege Chirurgie

Dr. Lifke, FOA Chirurgie

Dr. Pusback, Stationsarzt Psychiatrie

Hr. Büchner, EDV / Datenschutz

Fr. Seifert, Ergotherapie

Fr. Teschemacher, Physiotherapie

Hr. Theuerkauf-Reuss, Schule

Hr. Schmidt, Pflege interdisziplinär

Beauftragter für externe Qualitätssicherung

Dr. Herberhold, OA Chirurgie

Beschwerdemanagement

Fr. Hildebrand, Controlling

Leitungskräfte

Hr. Eder / Hr. Glöer, Geschäftsführung

Prof. Dr. Dr. Ahrens, Ärztlicher Direktor / Chefarzt Psychosomatik

Hr. Pape, Personalabteilung

Homepage des Asklepios Westklinikums Hamburg

<http://www.asklepios.com/hamburggrissen/>

KTQ-Qualitätsbericht des Asklepios Westklinikums Hamburg:

http://www.ktq.de/ktq_qualitaetsberichte/rub_12.php