



Strukturierter Qualitätsbericht

für das Berichtsjahr 2004

für das Krankenhaus Hessische Berglandklinik Koller GmbH

Version 1.0

Herausgeber:

Hessische Berglandklinik Koller GmbH

Landstraße 4

35080 Bad Endbach

Inhaltsverzeichnis

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	5
A-1.7 B Mindestens Top 30 DRG	6
A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote	7
A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	7
A-2.0 Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	7
A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten	8
A-2.1.1 Apparative Ausstattung	8
A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten	8
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	9
B-1.1 Name der Fachabteilung:	9
B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:	9
B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:	9
B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:	9
B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG	10
B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr	10
B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr	11

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	12
B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V	12
B-2.2 Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen	12
B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen	12
B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst	13
B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst	14
C-Qualitätssicherung	15
C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	15
C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V	16
C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	16
C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)	16
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	17
C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	20
Systemteil	21
D-Qualitätspolitik	21
E-Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	24
E-1 Qualitätsmanagement	24
E-2 Qualitätsbewertung	25
E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	26
F-Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	28
G-Weitergehende Informationen	32

Basisteil

A-Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

Straße: Landstraße 4
 PLZ und Ort: 35080 Bad Endbach
 Postfach:
 Postfach-PLZ und Ort:
 E-Mail-Adresse: verwaltung@hess-berglandklinik.de
 Internetadresse: www.berglandklinik.de

A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen: 260620501

A-1.3 Name des Krankenhausträgers

Krankenhausträger: Hessische Berglandklinik Koller GmbH

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

Akad. Lehrkrankenhaus: (Nein) (bitte auswählen: Ja/Nein)

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

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

Anzahl Betten. 104

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten: 1337

Ambulante Patienten: 0

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
0100	Innere Medizin	104	1.337	Hauptabteilung	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	I41	Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	488
2	I40	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	186
3	F45	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	182
4	E41	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	76
5	G51	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	61
6	B42	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit äußerst schwerer CC	39
7	F65	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose	18
8	I62	Frakturen an Becken und Schenkelhals	18
9	K43	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	18
10	F21	Andere OR-Prozeduren am Kreislaufsystem	16
11	H60	Leberzirrhose und alkoholische Hepatitis	13
12	W40	Frührehabilitation bei Polytrauma	12
13	J64	Infektion/Entzündung der Haut und Unterhaut	10
14	W61	Politrauma ohne signifikante Eingriffe	10
15	I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich	9
16	I75	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk	9
17	J60	Hautulkus	8
18	R61	Lymphom und nicht akute Leukämie	8
19	J65	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma	7
20	F62	Herzinsuffizienz und Schock	6
21	B61	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks	5
22	H61	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas	5
23	H62	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildungen	5
24	I28	Andere Eingriffe am Bindegewebe	5
25	J03	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion	5
26	J08	Andere Hauttransplantation und /oder Debridement	5
27	L60	Niereninsuffizienz	5
28	L62	Neubildungen der Harnorgane ohne Strahlentherapie	5
29	X63	Folgen einer medizinischen Behandlung	5
30	J62	Bösartige Neubildungen der Mamma	4

A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote

(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Unser Versorgungsauftrag umfasst die konservative und postoperative Frührehabilitation, physikalische Medizin und Geriatrie

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? (bitte auswählen: Ja / Nein)

A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Es werden keine ambulanten Behandlungen durchgeführt.

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

Nicht vorhanden.

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			JA	
Magnetresonanztomographie (MRT)			JA	
Herzkatheterlabor			JA	
Szintigraphie			JA	
Positronenemissionstomographie (PET)			JA	
Elektroenzephalogramm (EEG)			JA	
Angiographie			JA	
Schlaflabor			JA	
Röntgen	JA			
Labor	JA			
Belastungs-/Langzeit-/EKG	JA			
Ultraschall	JA			
Überwachungseinheiten	JA			

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Leistungsbereich	Vorhanden	
	JA	NEIN
Physiotherapie	JA	
Dialyse		NEIN
Logopädie	JA	
Ergotherapie	JA	
Schmerztherapie	JA	
Eigenblutspende		NEIN
Gruppenpsychotherapie	JA	
Einzelspsychotherapie	JA	
Psychoedukation	JA	
Thrombolyse		NEIN
Bestrahlung		NEIN
Physikalische Therapie	JA	
Bewegungsbad	JA	

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Innere Medizin

(Frührehabilitation und Geriatrie)

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Frührehabilitative Komplexbehandlung

Geriatriische frührehabilitative Komplexbehandlung

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Die Hessische Berglandklinik bietet folgende Behandlungsschwerpunkte:

- Multimorbide, geriatrische Patienten, die mit entgleisten internistischen Erkrankungen kurzfristig nicht mehr führbar sind (infektexazerbierte COPD, entgleister Diabetes, dekompensierte Herzinsuffizienz, exsikkotisch bedingte Niereninsuffizienz usw.)
- Chronische Erkrankungen des Bewegungsapparates mit akut verstärkter Schmerzsymptomatik und folgender Mobilitätseinschränkung/drohender Immobilität (degenerative WS- und Gelenkerkrankungen, Wirbelsäulensinterungen bei Osteoporose, akute BS-Vorfälle)
- Patienten mit pAVK und diabetischer Angio- und Neuropathie mit Wundheilungsstörungen, chronischen Wunden nach operativen Eingriffen oder Amputationen zur prothetischen Versorgung und Gangschulung
- Tumorpatienten nach Operationen und zwischen Chemotherapiezyklen zur Fortsetzung der Behandlung und Schmerztherapie

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Diabetesberatung, Rückenschule, Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Aqua-Gymnastik bei Osteoporose und Wirbelsäulenbeschwerden, Medizinische Trainingstherapie (MTT), Sand-Wärmeliege

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	I41	Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	488
2	I40	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	186
3	F45	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	182
4	E41	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	76
5	G51	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	61
6	B42	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit äußerst schwerer CC	39
7	F65	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose	18
8	I62	Frakturen an Becken und Schenkelhals	18
9	K43	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	18
10	F21	Andere OR-Prozeduren am Kreislaufsystem	16

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

Rang	ICD-10 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	196
2	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	119
3	I70	Atherosklerose	60
4	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	51
5	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	48
6	I50	Herzinsuffizienz	47
7	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	42
8	M54	Rückenschmerzen	41
9	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	36
10	I21	Akuter Myokardinfarkt	34

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 (4-stellig)	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	994
2	8-551	Frührehabilitation	337
3	8-390	Lagerungsbehandlung	223
4	8-650	Elektrotherapie	163
5	5-893	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig	62
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	53
7	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	17
8	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen:	13
9	8-132	Manipulationen an der Harnblase: Spülung	10
10	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	9

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

Rang	EBM- Nummer 4-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1			
2			
3			
4			
5			

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) 0 (Fälle)

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V) 0 (Fälle)

Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V) 0 (Fälle)

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
0100	Innere Medizin	7	4	3
0200	Geriatrie			
0300	Kardiologie			
0400	Nephrologie			
0500	Hämatologie und internistische 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			
2000	Thoraxchirurgie			
2100	Herzchirurgie			
2200	Urologie			
2300	Orthopädie			
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe			
2425	Frauenheilkunde			
2500	Geburtshilfe			
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde			
2700	Augenheilkunde			
2800	Neurologie			
2900	Allgemeine Psychiatrie			
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie			
3100	Psychosomatik/Psycho- therapie			
3200	Nuklearmedizin			
3300	Strahlenheilkunde			
3400	Dermatologie			
3500	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie			
3600	Intensivmedizin			
3700	Sonstige Fachabteilung			

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 2

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 examiniert (3 Jahre)	mit entspr. Fach- weiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Krankenpflege- helfer/-in (1 Jahr)
0100	Innere Medizin	50	80	2	18
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				
2000	Thoraxchirurgie				
2100	Herzchirurgie				
2200	Urologie				
2300	Orthopädie				
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe				
2425	Frauenheilkunde				
2500	Geburtshilfe				
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde				
2700	Augenheilkunde				
2800	Neurologie				
2900	Allgemeine Psychiatrie				
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie				
3100	Psychosomatik/Psycho- therapie				
3200	Nuklearmedizin				
3300	Strahlenheilkunde				
3400	Dermatologie				
3500	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie				
3600	Intensivmedizin				
3700	Sonstige Fachabteilung				
	Gesamt	50	80	2	18

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		Dokumentationsrate	
		JA	NEIN	JA	NEIN	Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie		NEIN				
2	Cholezystektomie		NEIN				
3	Gynäkologische Operationen		NEIN				
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation		NEIN				
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel		NEIN				
6	Herzschrittmacher-Revision		NEIN				
7	Herztransplantation		NEIN				
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)		NEIN				
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel		NEIN				
10	Karotis-Rekonstruktion		NEIN				
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)		NEIN				
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel		NEIN				
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie		NEIN				
14	Koronarangiografie/ Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)		NEIN				
15	Koronarchirurgie		NEIN				
16	Mammchirurgie		NEIN				
17	Perinatalmedizin		NEIN				
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19		NEIN				
19	Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose		NEIN				
20	Gesamt		NEIN				

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:

Gemidas

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

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

Die Klinik nimmt an keinem DMP teil.

**C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach
§ 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V**

Leistung	OPS der einbezogenen Leistungen	Mindest- menge (pro Jahr) pro KH/ pro Arzt	Leistung wird vom Kranken- haus erbracht Ja/Nein	Erbrachte Menge		Anzahl der Fälle mit Komplika- tion im Berichts- jahr
				pro KH	pro Arzt	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Lebertransplantation		10				
	5-503.0		Nein			
	5-503.1		Nein			
	5-503.2		Nein			
	5-503.3		Nein			
	5-503.x		Nein			
	5-503.y		Nein			
	5-504.0		Nein			
	5-504.1		Nein			
	5-504.2		Nein			
	5-504.x		Nein			
	5-504.y		Nein			
	5.502.0		Nein			
	5-502.1		Nein			
	5-502.2		Nein			
	5-502.3		Nein			
	5-502.5		Nein			
	5-502.x		Nein			
	5-502.y		Nein			
Nierentransplantation		20				
	5-555.0		Nein			
	5-555.1		Nein			
	5-555.2		Nein			
	5-555.3		Nein			
	5-555.4		Nein			
	5-555.5		Nein			
	5-555.x		Nein			
	5-555.y		Nein			

Leistung	OPS der einbezogenen Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH/ pro Arzt	Leistung wird vom Krankenhaus erbracht Ja/Nein	Erbrachte Menge		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH	pro Arzt	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komplexe Eingriff am Organsystem Ösophagus		5/5				
	5-420.00		Nein			
	5-420.01		Nein			
	5-420.10		Nein			
	5-420.11		Nein			
	5-423.0		Nein			
	5-423.1		Nein			
	5-423.2		Nein			
	5-423.3		Nein			
	5-423.x		Nein			
	5-423.y		Nein			
	5-424.0		Nein			
	5-424.1		Nein			
	5-424.2		Nein			
	5-424.x		Nein			
	5-424.y		Nein			
	5-425.0		Nein			
	5-425.1		Nein			
	5-425.2		Nein			
	5-425.x		Nein			
	5-425.y		Nein			
	5-426.0**		Nein			
	5-426.1**		Nein			
	5-426.2**		Nein			
	5-426.x**		Nein			
	5-426.y		Nein			
	5-427.0**		Nein			
	5-427.1**		Nein			
	5-427.2**		Nein			
	5-427.x**		Nein			
5-427.y		Nein				
5-429.2		Nein				
5-438.0**		Nein				
5-438.1**		Nein				
5-438.x**		Nein				

Leistung	OPS der einbezogenen Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH/ pro Arzt	Leistung wird vom Krankenhaus erbracht Ja/Nein	Erbrachte Menge		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH	pro Arzt	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komplexe Eingriff am Organsystem Pankreas		5/5				
	5-521.0		Nein			
	5-521.1		Nein			
	5-521.2		Nein			
	5-523.2		Nein			
	5-523.x		Nein			
	5-524		Nein			
	5-524.0		Nein			
	5-524.1		Nein			
	5-524.2		Nein			
	5-524.3		Nein			
	5-524.x		Nein			
	5-525.0		Nein			
	5-525.1		Nein			
	5-525.2		Nein			
	5-525.3		Nein			
5-525.4		Nein				
5-525.x		Nein				
Stammzelltransplantation		12+/-2 [10-14]				
	5-411.00		Nein			
	5-411.01		Nein			
	5-411.20		Nein			
	5-411.21		Nein			
	5-411.30		Nein			
	5-411.31		Nein			
	5-411.40		Nein			
	5-411.41		Nein			
	5-411.50		Nein			
	5-411.51		Nein			
	5-411.x		Nein			
	5-411.y		Nein			
	8-805.00		Nein			
	8-805.01		Nein			
	8-805.20		Nein			
	8-805.21		Nein			
	8-805.30		Nein			
	8-805.31		Nein			
	8-805.40		Nein			
	8-805.41		Nein			
	8-805.50		Nein			
	8-805.51		Nein			
	8-805.x		Nein			
	8-805.y		Nein			

(Grau unterlegte Felder sind nicht auszufüllen)

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)

entfällt

Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand

entfällt

Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung

entfällt

Systemteil

D-Qualitätspolitik

Der Krankenhausbetrieb begann 1968 mit der Aufnahme in den Hessischen Krankenhausbedarfsplan als Krankenhaus der Grundversorgung. So ist seit über 35 Jahren die Hessische Berglandklinik als Krankenhaus für postoperative und konservative Frührehabilitation, physikalische Therapie und Geriatrie etabliert und in der wohnortnahen beziehungsweise regionalen Versorgung im spezialisierten Bereich Frührehabilitation als langjähriger Partner bekannt.

Gemäß dem Versorgungsauftrag der Hessischen Berglandklinik wird der größte Teil der Patienten (über 85%) aus Häusern höherer Versorgungsstufe, in der Regel der Maximalversorgung (insbesondere Universitätsklinik Marburg und Gießen), übernommen. Es handelt sich dabei meist um ältere, multimorbide Patienten mit einem erlittenen Akutereignis und nachfolgenden Fähigkeitsstörungen oder jüngere mit schweren Krankheitsverläufen und eingetretenen Komplikationen.

Die Sicherstellung einer medizinischen Betreuung auf qualitativ hohem Niveau unter den gegebenen wirtschaftlichen Bedingungen ist die wichtigste Aufgabe unserer Klinik. Um dieses Ziel fortlaufend und langfristig zu erreichen und nachhaltig in die Praxis umzusetzen, wurde ein Qualitätsmanagement eingeführt.

Bei dieser Aufgabe orientiert sich das Qualitätsmanagement an seinen wesentlichen Grundsätzen:

- Ausrichtung der Leistungsprozesse an der Patientenbehandlung und damit an dem Kernprozess
- Vermeiden von Irrläufen, Umwegen und Doppelarbeit mit dem Ziel der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssteigerung
- Berufsgruppen- und abteilungsübergreifend, Verbesserung der Effizienz
- Kein Rationalisierungsinstrument, das primär auf Kostensenkung zielt
- Einbeziehung der Zusammenarbeit mit externen Leistungserbringern
- Schaffung von mehr Transparenz zur besseren Steuerung der Leistungsprozesse
- Kein einmaliges Ereignis, sondern ein Einstieg in eine kontinuierliche Verbesserung der Abläufe (PDCA - Zyklus)

Das medizinische Dienstleistungsunternehmen Hessische Berglandklinik versteht sich als patientenfreundliches Krankenhaus. Der Patient mit all seinen Wünschen und Bedürfnissen steht im Mittelpunkt. Kundenwünsche werden von uns erkannt, ernst genommen und nach Möglichkeit erfüllt.

Die Motivation der Mitarbeiter ist unverzichtbare Voraussetzung für den erfolgreichen Behandlungsverlauf. Die Verwendung der begrenzten Ressourcen stellt an die Eigenverantwortung der Mitarbeiter hohe Anforderungen. Die Eigenverantwortlichkeit wird

durch Fortbildungen, Sonderzuwendungen bei überdurchschnittlichem Engagement usw. besonders gefördert.

Der Versorgungsauftrag mit frührehabitativer Komplexbehandlung und geriatrisch frührehabitativer Komplexbehandlung erfordert eine effiziente Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen. Als Instrumente dienen hierzu wöchentliche multiprofessionelle Teambesprechungen, regelmäßige Informationsveranstaltungen für die verschiedenen Abteilungen und betriebsübergreifende Informationsveranstaltungen.

Intern wurde das Krankenhaus mit einem elektronischen Informationssystem ausgestattet, welches raschen und unverzüglichen Zugang zu den relevanten Informationen für alle beteiligten Berufsgruppen bietet. Dabei wurde auf eine entsprechende Patientendatensicherheit mit Wahrung der Intimsphäre besonderer Wert gelegt.

Für den Bereich Sicherheit im Krankenhaus bestehen gesetzliche Vorgaben für Arbeitssicherheit, Brandschutz, Katastrophenschutz, Hygiene, Patientensicherheit, Transfusionen, Umgang, Bereitstellung und Lagerung von Medikamenten sowie Umgang und Anwendung von Medizinprodukten. Die Einhaltung und Umsetzung der vom Gesetzgeber geforderten Richtlinien erfolgt in Form von regelmäßig durchgeführten Kommissionsitzungen, Begehungen und Schulungen der Mitarbeiter. Diese werden durch entsprechende Protokolle bzw. Teilnehmerlisten dokumentiert.

Darüber hinaus wurde im Rahmen einer Großfeuerwehrübung „Feuer Berglandklinik“ mit Beteiligung der übenden Kräfte

- Mitarbeiter der Hessischen Berglandklinik
- Feuerwehren der Großgemeinde Bad Endbach gesamt
- Feuerwehr Gladenbach Mitte
- Zentrale Leitstelle Marburg - Biedenkopf
- öffentlicher Rettungsdienst
- schnelle Einsatzgruppen Gladenbach und Biedenkopf sowie
- technische Einsatzleitung Rettungsdienst

ein elementarer Katastrophenfall durchgespielt.

In der anschließenden Aufarbeitung wurden wesentliche Lösungsvorschläge zur verbesserten Koordination zwischen Rettungsdiensten, Feuerwehr und Hessischen Berglandklinik sowie zur Verbesserung des klinikinternen Alarmierungs- und Evakuierungsplanes entwickelt und umgesetzt.

Darstellung externe Kommunikation

Die Hessische Berglandklinik versteht sich als Glied einer Versorgungskette mit fließenden Übergängen.

Nach erlittenem Akutereignis wie Sturz mit Schenkelhals- oder Wirbelkörperfraktur, Lungenentzündung oder Herzinfarkt erfolgt zunächst die entsprechende spezialisierte Versorgung in einem Haus der Maximalversorgung.

Es schließt sich eine Behandlung in der Hessischen Berglandklinik mit Fortsetzung der medizinischen Therapie und Wiederherstellen einer möglichst großen Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens und der Lebensqualität an.

Nach Entlassung wird die Versorgung durch Niedergelassene Ärzte und, falls nötig, ambulante Dienste fortgesetzt (siehe Projektgruppe Amb. Dienste).

Hausärzte weisen bei kritischen Schwellenüberschreitungen bei Patienten mit chronischen Erkrankungen diese zur Mitbehandlung / Intensivierung der Therapie in die Hessische Berglandklinik ein.

Durch die Strukturierung des Aufnahmesekretariates ist eine sehr hohe Erreichbarkeit der ärztlichen Mitarbeiter der Hessischen Berglandklinik sichergestellt, so dass anstehende Fragen rasch geklärt werden können.

Bei Entlassung wird dem weiterbetreuenden Hausarzt im Bedarfsfall eine frühe Information über die aktuelle Medikation mit Generikaangabe etc. per Fax zugesandt.

Bei sehr schwierigen Entlassungssituationen wurde eine Vereinbarung mit der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen - getroffen, dass nach Absprache Fachpflegekräfte der Krankenkasse frühzeitig mit einbezogen werden.

E-Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Qualitätsmanagement

Im Sommer 1999 beschloss die Geschäftsführung der Hessischen Berglandklinik ein umfassendes Qualitätsmanagement zur besseren Nutzung der bestehenden Initiativen, Bündelung der Kräfte und systematischen Durchführung notwendiger Veränderungsprozesse einzuführen, welches über die gesetzlichen Verpflichtungen hinaus reicht.

Ein besonderer Schwerpunkt wurde dabei auf die Einführung von Projektmanagement gelegt, um erkannte Probleme (Störstellen) effektiv bearbeiten zu können.

Dabei wurde folgender Ansatz für die Einführung und Steuerung von Qualitätsmanagement gewählt:

Die Lenkungsgruppe ist das zentrale Steuerungsinstrument.

Sie setzt sich aus Mitgliedern der Geschäftsführung, Vertretern der relevanten Berufsgruppen (ärztlicher Dienst, Pflegedienst und Physiotherapie / Ergotherapie) und einem Vertreter des Betriebsrates zusammen.

Der von der Geschäftsführung benannte QMB (Qualitätsmanagementbeauftragter) hat eine beratende und koordinierende Funktion als ständiger Gast.

Die Arbeitsweise ist folgende:

Die Lenkungsgruppe erteilt einen Projektauftrag an eine Projektgruppe und nimmt die Resultate der Arbeit entgegen. Die Projektgruppe besteht aus einem Projektgruppenleiter sowie Projektgruppenmitarbeitern. Sie hat einen klaren Auftrag, die Arbeit ist zeitlich begrenzt. Im Bedarfsfall können zur Unterstützung kurzzeitig zusätzliche Arbeitsgruppen eingerichtet werden.

Um den sich verändernden Bedingungen im Gesundheitswesen auf qualitativ hochwertigem Niveau und mit entsprechender Kosteneffizienz gerecht zu werden, entschied sich die Lenkungsgruppe zunächst, auf den Kernprozess Patientenbehandlung ein besonderes Augenmerk zu legen. Mittels interdisziplinär zusammengesetzter Projektgruppen wurde die Phase A – Aufnahme des Patienten – und die Phase C – Entlassung des Patienten – aufgearbeitet. Dabei erfolgte eine Darstellung in Flussdiagrammen, die entsprechenden Störstellen wurden systematisch identifiziert und aufgearbeitet.

Im Rahmen dieser Aktivitäten kam es zu einer Reorganisation der Aufnahmeabläufe. Durch eine Minimierung von Störfaktoren konnte die Behandlungskontinuität qualitativ erheblich verbessert werden.

Zurzeit beschäftigt sich eine Projektgruppe mit der Phase B – Behandlungsprozess.

E-2 Qualitätsbewertung

Im Rahmen der durchgeführten Tätigkeiten der Projektgruppen entstand der Wunsch, das gesamte Krankenhaus einer Selbstbewertung zu unterziehen.

Die Lenkungsgruppe entschied sich zu einem Vorgehen nach dem EFQM (European Foundation for Quality Management) - Modell.

Ziel dabei war es, in einer umfassenden Art und Weise den Ist-Zustand der Klinik mit Stärken und Schwächen (Störstellen) festzustellen.

Dabei wird die Klinik in neun Bereiche, sogenannte Kriterien (K1 – K9), unterteilt. Nach Auswahl und Schulung einer entsprechenden Zahl von Mitarbeitern wurden die einzelnen Kriterien mit sogenannten Kriterienbeauftragten und -mitarbeitern besetzt.

Die Kriterien sind folgendermaßen definiert:

- K1: Medizinische, pflegerische und administrative Krankenhausführung
- K2: Strategie und Planung
- K3: Mitarbeiterorientierung
- K4: Partnerschaften und Ressourcen
- K5: Qualitätssysteme und Prozesse
- K6: Kundenzufriedenheit
- K7: Mitarbeiterzufriedenheit
- K8: Gesellschaftliche Verantwortung und Image
- K9: Geschäftsergebnisse

Mit der Bearbeitung der einzelnen Kriterien, u.a. mit Interviews einer Vielzahl von Mitarbeitern und Führungskräften, wurde ein erster EFQM - Selbstbewertungsbericht erstellt. Dieser enthält vielfältigste Informationen und Aussagen zum Ist-Zustand sowie zu den vorhandenen Stärken und Verbesserungspotentialen der Klinik. Er diente als Grundlage für eine gemeinsame Diskussion im Rahmen eines eintägigen Workshops von Kriterienbeauftragten, Mitgliedern der Lenkungsgruppe und der Geschäftsführung.

In dieser gemeinsamen Diskussion entstanden vier Arbeitsschwerpunkte :

1. Leitbild. Es wurde ein Unternehmensleitbild erarbeitet.
2. Patientenzufriedenheit. Siehe Projekt Patientenbefragung
3. Mitarbeiterorientierung
 - die Zusammenarbeit der Berufsgruppen hat sich deutlich verbessert
 - Fort- und Weiterbildung wird gefördert und genutzt
 - Gute Ideen werden gerne gesehen und sind auch auf dem kleinen Dienstweg möglich

4. Informationsfluss und Prozessoptimierung

Nach abschließender Diskussion der Ergebnisse in der Lenkungsgruppe entschied diese ein weiteres Aufarbeiten der Verbesserungspotentiale mittels FMEA (Fehler-Möglichkeit- und Einfluss-Analyse). Eine entsprechende Projektgruppe führte hier eine Bearbeitung mit kurz-, mittel- und langfristig definierten Veränderungsvorschlägen im Jahre 2004 durch. Dabei erfolgten Maßnahmen nicht nur im Bereich des Kernprozesses Patientenbehandlung, sondern auch bei anderen Prozessen, wie z. B. Küche / Essensversorgung.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass mittels der durchgeführten EFQM-Selbstbewertung der Dialog unter den einzelnen beteiligten Berufsgruppen und das gegenseitige Verständnis erheblich verbessert wurden. Durch Umsetzung vieler erarbeiteter Lösungsvorschläge als Resultat der FMEA – Analyse können etliche Arbeitsabläufe wesentlich effizienter vollzogen werden.

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

Im Rahmen des geriatrischen Versorgungsauftrages nimmt die Hessische Berglandklinik als Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft klinisch-geriatrischer Einrichtungen an dem bundesweiten Qualitätssicherungsprogramm GEMIDAS teil. Mit Beginn der Behandlung erfolgt eine Erhebung mit einem standardisierten geriatrischen Assessment mit Erfassung der Fähigkeiten/Beeinträchtigungen des Patienten in den Bereichen:

1. Mobilität mit Timed up and go und Tinettitest.
2. Selbsthilfefähigkeit mit Barthel-Index.
3. Kognition mit Mini Mental State Examination (MMSE) Test und
4. Emotion mit der geriatrischen Depressionsskala (GDS) sowie ein soziales Assessment zum bisherigen Status.

Die systematisch erhobenen Daten werden quartalsweise zentral ausgewertet. Dabei erfolgt ein Vergleich mit anderen Einrichtungen des gleichen Versorgungsauftrages. Der Barthel-Index erhebt die Selbsthilfefähigkeit/Beeinträchtigung des Patienten speziell in den Bereichen der Aktivitäten des alltäglichen Lebens. Er ist skaliert von 0-100 (0 Punkte = eine vollständig aufgehobene Selbsthilfefähigkeit, 100 Punkte = Alltag ist gut zu bewältigen).

In den vier Quartalen des Jahres 2004 zeigt sich in der Hessischen Berglandklinik ein Durchschnitts-Barthel-Index von 39,73 Punkten bei Aufnahme. Der bundesweite Durchschnittswert liegt bei 40,18, also etwas höher als in der Hessischen Berglandklinik. Im Verlauf der stationären Behandlung kommt es erwartungsgemäß zu einer Verbesserung der Selbsthilfefähigkeiten des Patienten.

In der Hessischen Berglandklinik wird dabei ein Zuwachs von 20,18 Punkten erzielt, im Bundesdurchschnitt dagegen nur 18,45. Damit steht die Hessische Berglandklinik in der Effektivität Barthel-Index-Differenz (also Unterschied zwischen Aufnahme und Entlassung) im bundesweiten Vergleich auf Platz 28 von 71 verglichenen Einrichtungen.

Die kognitiven Fähigkeiten des Patienten werden mit dem Mini Mental Test erhoben. Der Durchschnittsaufnahmewert in der Hessischen Berglandklinik betrug 20,16 Punkte. Der bundesweite Durchschnitt der beteiligten Einrichtungen liegt bei 22,38 Punkten.

Es zeigt sich, dass die Patientenbehandlung hier von schwerer erkrankten Patienten mit deutlicher Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten durch entsprechende Kompetenzen bei den Mitarbeitern solche Behandlungsfortschritte erzielt werden, dass die Hessische Berglandklinik im Punkt Effektivität den Platz 28 von 71 teilnehmenden Kliniken erreicht.

F-Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Projektgruppe Kundenzufriedenheit

Die Projektgruppe Kundenzufriedenheit hat einen Fragebogen zur Patientenzufriedenheit über den stationären Aufenthalt entwickelt und zum Einsatz gebracht. Seit 01.02. 2004 erfolgen quartalsweise Auswertungen und nach Diskussion auf Abteilungsleitererebene die Umsetzung von Verbesserungsmöglichkeiten.

Der Fragebogen erfasst auf einer 4 stufigen Skala (sehr gut / gut / befriedigend / unbefriedigend) die Zufriedenheit / Unzufriedenheit in den Bereichen :

- Aufnahme auf Station
- Unterbringung im Zimmer
- Pflegerische Behandlung
- Ärztliche Behandlung
- Durchführung apparativer Maßnahmen
- Physio- / ergotherapeutische Behandlung
- Tätigkeit des Sozialdienstes
- Verpflegung
- Tagesablauf insgesamt
- Zufriedenheit mit dem Behandlungsverlauf insgesamt
- Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis insgesamt

Im Zeitraum vom 01.02.2004 bis 31.12.2004 wurden 1153 Fragebögen ausgegeben. 352 Fragebögen kamen zurück und konnten ausgewertet werden.

Über 92 Prozent der Patienten sind mit der Behandlung zufrieden, sie geben die Wertung gut oder sehr gut ab.

Zur besseren Bearbeitung der vorgebrachten Beschwerdepunkte wurde beschlossen, ein Beschwerdemanagement einzuführen und eine entsprechende Projektgruppe etabliert.

An konkreten Maßnahmen wurden daraufhin u.a. durchgeführt :

- Einrichten einer Freisitzfläche, die auch für Rollstuhlfahrer bequem zu erreichen ist
- Schaffung zweier zusätzlicher Räume für Angehörigen- und Gruppengespräche sowie als Rückzugsmöglichkeit
- Streckung der Essenszeiten

Projekt Überleitungsvisite

Im Rahmen der durchgeführten Prozessoptimierungen, insbesondere der Bearbeitung der Schnittstelle Übernahme/Aufnahme des Patienten kam es neben der erwähnten weitgehenden Umstrukturierung der Verfahrensabläufe zu dem Wunsch, eine intensivere Abstimmung mit zuweisenden Kliniken zu etablieren.

Nach entsprechenden Aktivitäten im Vorfeld seitens der Hessischen Berglandklinik und der Philipps-Universität Marburg in den Bereichen Qualitätsmanagement/Pflegeüberleitung/innerbetriebliche Fortbildung wurde durch die Arbeit einer institutionsübergreifenden multiprofessionellen Projektgruppe die bisher praktizierte Form von regelmäßigen gegenseitigen Konsiliarvisiten um ein strukturiertes Überleitungsvisitenystem zwischen beiden Kliniken erweitert. (siehe Veröffentlichung¹)

Im Rahmen dieses so gestalteten Überleitungsprozesses hat sich in den Bereichen der Inneren Medizin und Chirurgie der Marburger Universitätsklinik eine wöchentlich stattfindende Überleitungsvisite auf 11 Stationen etabliert.

Diese vollzieht sich in insgesamt sechs Teilschritten:

1. Überleitungsvisite

Diese vollzieht sich unter der Teilnahme von Pflegefachkräften und Ärzten beider Einrichtungen in einem gut strukturierten Setting. Unter anderem findet ein zeitnaher fachspezifischer Dialog in zwei Schritten statt: Zuerst ein Austausch zwischen Ärzten und Pflegekräften bei der Einrichtung in einem Besprechungsraum. Im Anschluss daran erfolgt eine gemeinsame Visite mit dem Patienten, der übergeleitet werden soll.

2. Vorab – Dokumentation

Der weiterentwickelte Aufnahmebogen der Hessischen Berglandklinik dient als strukturgebendes Instrument. Hier werden Aufgabenverteilung und -absprachen zwischen den Mitarbeitern beider Kliniken festgehalten. Außerdem enthält er relevante Informationen bezüglich Diagnose, Medikation, Rehabilitationsbedarf und spezifische Bedarfe wie Wundversorgungssysteme etc..

3. Vorbereitung der Patientenbehandlung

Mit Hilfe der Informationen der Vorab Dokumentation werden in der Hessischen Berglandklinik effiziente Vorbereitungen zur Übernahme des Patienten getroffen.

4. Überleitung mit optimierter Dokumentation

Die eigentliche Überleitung findet dann mit einer deutlich optimierten Dokumentation statt. In über 90 % der Fälle liegen Arztbriefe mit detaillierten Vorbefunden und Pflegeberichte mit Detailinformationen über Pflege und individuelle Besonderheiten bereits bei der Übernahme vor.

¹ Karin Bähr-Heintze, Elke Freyenhagen, Hardo Lingad, Stefan Michallik, Matthias Schrappe: Die Überleitungsvisite verknüpft zwei Kliniken zum Wohl des Patienten, in: f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 2/2004

5. Patientenbehandlung

Im Laufe der ersten Behandlungswoche in der Hessischen Berglandklinik entsteht ein Bild des Patienten mit medizinischem und frührehabilitativem Verlauf und weiteren Notwendigkeiten.

6. Feedback

Bei der nächsten Überleitungsvisite kann der o.g. Behandlungsverlauf in einer fallbezogenen Auswertung zwischen den Behandlern beider Institutionen reflektiert werden. Es resultiert ein kontinuierlicher Lernprozess bei allen Beteiligten.

Der Patient und seine Angehörigen sowie beide beteiligten Institutionen profitieren von dieser intensivierten und strukturierten Überleitung. Die Qualität der Informationen und des Informationsflusses hat sich deutlich verbessert. Dadurch ist eine erhebliche Steigerung der Versorgungskontinuität und damit -qualität zu verzeichnen und eine deutliche Minderung der Reibungsverluste an dieser Schnittstelle.

Projekt Behandlungspfadenentwicklung

Im Rahmen des Projektes Überleitungsvisite wurden spezielle Störstellen/Problemkreise deutlich, die ebenfalls im Rahmen interdisziplinärer institutionsübergreifender Projektgruppen bearbeitet wurden.

Hieraus resultiert eine institutionsübergreifende Behandlungspfadenentwicklung für folgende Patientengruppen:

1. Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie mit einer gemeinsamen Leitlinie zur antibiotischen Therapie
2. gefäßchirurgische Patienten mit einer gemeinsamen Leitlinie zur Antikoagulation, MRSA-Prophylaxe und Dekontamination sowie antibiotischen Therapie
3. Patienten mit proximaler Femurfraktur
4. Patienten mit chronischen Wunden / Wundheilungsstörungen mit gemeinsamen Leitlinien einer modernen Wundtherapie

Projektgruppe Notfall

Durch die Projektgruppe Notfall wurde der Wissensstand der Mitarbeiter aktualisiert erhoben und entsprechende Fortbildungswünsche und Notwendigkeiten festgestellt. Es resultierte die Definition eines standardisierten Vorgehens in Notfallsituationen. Eine Verfahrensanleitung in Flussdiagrammform wurde erstellt.

Ein regelmäßig stattfindendes Notfallfortbildungsprogramm wurde eingeführt, welches sowohl der Wiederauffrischung des Kenntnisstandes als auch der Einarbeitung neuer Mitarbeiter dient. Darin sind Schulungseinheiten am technischen Equipment (Monitoring, etc.) enthalten.

Projekt Fortbildung

Orientierend an den Bedürfnissen von Patienten und Mitarbeitern wurde ein festes Fortbildungsprogramm für Mitarbeiter der Hessischen Berglandklinik und Mitarbeiter der ambulanten Dienste der Region aufgebaut.

Themen hierbei sind:

- moderne Wundtherapie (VAC – Systeme, aktive Wundmodulation)
- medikamentöse und nicht medikamentöse Therapieansätze bei Demenz
- Versorgung von Tracheostoma und Port
- Ernährung bei Wundheilungsstörungen, Schluckstörungen, Diarrhoe und Obstipation
- MRSA : Prophylaxe und Dekontamination

Projektgruppe ambulante Dienste

In einer Arbeitsgruppe mit Vertretern der ambulanten Pflegedienste wurde die Schnittstelle Übergang Hessische Berglandklinik/weitere ambulante Versorgung, speziell im Bereich Versorgung chronischer Wunden, bearbeitet. Je nach Notwendigkeit können gemeinsame Pflege-/Wundvisiten sowohl in der Hessischen Berglandklinik als auch im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Es erfolgt eine frühzeitige Abstimmung der verwendeten Verbandsmaterialien. Bei verbesserter Dokumentation, u. a. durch einen neu entwickelten Wunddokumentationsbogen, und die Möglichkeit, digitale Photos auszutauschen, konnte hier die Behandlungskontinuität deutlich verbessert werden.

Derzeit wird an folgenden neuen Projekten gearbeitet:

- Entwicklung eines Leitfadens zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter
- Entwicklung von Pflegestandards
- Prozessoptimierung der Phase B – Patientenbehandlung mit Berücksichtigung verbesserter Dokumentation
- Beschwerdemanagement
- Teilnahme am Modellprojekt Gemidas – QM: Benchmarking in der geriatrischen Patientenversorgung – der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatrischer Einrichtungen e.V.

G-Weitergehende Informationen

Verantwortlicher für den Qualitätsbericht:

Johann B. Koller (Geschäftsführer)

Ansprechpartner:

Dr. med. Hardo Lingad (QMB, Leitender Arzt)

Dipl.-Kaufrau Claudia Koller (Verwaltungsleiterin)

Links:

www.berglanklinik.de

www.therapiezentrum-koller.de

www.insel-badendbach.de

www.bad-endbach.de

www.bag-geriatrie.de

www.geriatrie-hessen-thueringen.de

www.hkg-online.de