



## **Strukturierter Qualitätsbericht**

**für das Berichtsjahr 2004**

für das Krankenhaus **Hospital zum heiligen Geist**

vom

25. August 2005

Herausgeber:

Das

Direktorium des Krankenhauses Hospital zum heiligen Geist

Lange Straße 4 - 6, D-60311 Frankfurt am Main

der

Stiftung Hospital zum heiligen Geist

Steinbacher Hohl 2 - 26, D-60488 Frankfurt am Main

(vgl. **A-1.3**!)



Hinweis:

*Änderung der Rechtsform zum 01. Januar 2005*

Hospital zum heiligen Geist GmbH  
- gemeinnützige Gesellschaft -  
Lange Straße 4 - 6  
D-60311 Frankfurt am Main

Geschäftsführer:	Joachim Kiefer und Siegfried Twelker
Aufsichtsratsvorsitzender:	Nikolaus Burggraf
HRB:	74860 - Amtsgericht Frankfurt am Main
Umsatzsteuer-ID:	DE241941059
Steuer-Nr.:	045 250 8342 4
Gesellschafter:	Hospital zum heiligen Geist Stiftung des Öffentlichen Rechts

## Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Inhaltsverzeichnis	3
<b>Vorwort</b>	<b>5</b>
<b>Basisteil</b>	<b>6</b>
A    Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	6
A-1.1  Allgemeine Merkmale des Krankenhauses	6
A-1.2  Institutionskennzeichen des Krankenhauses	6
A-1.3  Name des Krankenhausträgers	6
A-1.4  Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?	6
A-1.5  Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108 / 109 SGB V	6
A-1.6  Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:	7
A-1.7A  Fachabteilungen	7
A-1.7B  Top 30 DRG	8
A-1.8  Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote	9
A-1.8.1  Besondere Versorgungsschwerpunkte	9
A-1.8.2  Besondere Leistungsangebote	10
A-1.9  Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	11
A-2.0  Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangsarztverfahren der Berufs- genossenschaft?	11
A-2.1  Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten	12
A-2.1.1  Apparative Ausstattung	12
A-2.1.2  Therapeutische Möglichkeiten	12
B-1    Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	13
B-1.1  Name der Fachabteilung:	13
B-1.2  Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:	13
B-1.3  Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:	13
B-1.4  Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:	13

B-1.5	Top-10 DRG	14
B-1.6	Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr	14
B-1.7	Die 10 häufigsten Operationen / Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr	15
B-2	Fachabteilungsübergreifende Struktur- & Leistungsdaten des Krankenhauses	24
B-2.1	Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V	24
B-2.2	Top-5 der ambulanten Operationen	24
B-2.3	Sonstige ambulante Leistungen	24
B-2.4	Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst	25
B-2.5	Personalqualifikation im Pflegedienst	25
C	Qualitätssicherung	26
C-1	Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	26
C-2	Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V	27
C-3	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	27
C-4	Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease - Management - Programmen	27
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	28
C-5.2	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	31
	<b>Systemteil</b>	<b>32</b>
D	Qualitätspolitik	32
E	Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	35
E-1	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus	35
E-2	Qualitätsbewertung	35
E-3	Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	40
F	Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	46
G	Weitergehende Informationen	35

## **Vorwort**

Als "Öffentliche Stiftung" und mit Beginn des Jahres 2005 in Form einer Gemeinnützigen Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist das Hospital zum heiligen Geist das älteste seiner Art in Frankfurt am Main. Seit fast 800 Jahren repräsentiert es einen Teil der Geschichte der Stadt. Die Frage nach dem Prozess der Hospitalgründung in Frankfurt am Main führt hinein in die Welt des hohen Mittelalters, in eine Zeit tief greifenden geistigen, politischen und sozialen Wandels. Die Gründung des Hospitals zum heiligen Geist geht bis in die ersten Jahre des 13. Jahrhunderts zurück. Die erste urkundliche Erwähnung stammt aus dem Jahr 1267.

Bis zum Jahr 1839 stand das mittelalterliche Krankenhaus am Main, dann wurde es abgerissen, und das neue Hospital zum heiligen Geist an der Lange Straße gebaut, das seinerzeit zu den modernsten in Deutschland zählte.

Aus der zentralen Lage des Hospitals zum heiligen Geist in der Lange Straße ergibt sich die heutige Aufgabenstellung für die Versorgung der Patienten – unserer Kunden.

Das Haus stellt heute einen Ort dar, an dem die Ärztinnen und Ärzte, die Pflegerinnen und Pfleger besonders intensiv die physischen und psychischen Leiden der Menschen erleben, die sich häufig in allen Bereichen ergeben. Mitten in der Großstadt gelegen, hat das Krankenhaus die Aufgabe, die Patienten eines solchen Gemeinwesens nicht nur mit ihren körperlichen, sondern auch psychischen und sozialen Nöten aufzufangen und zu versorgen.

Entsprechend seiner zentralen Innenstadtlage hat sich das Hospital zum heiligen Geist zu einem Zentrum zur Behandlung von Notfallpatienten entwickelt. Nach den Umstrukturierungen der letzten Jahre und Schaffung eines großen Intensiv- und Notfallbereichs verfügt das Krankenhaus auch heute über modernste apparativ-technische und personelle Voraussetzungen zur Versorgung schwerkranker Menschen.

In Paragraph 137 des Sozialgesetzbuches V "Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern" (SGB V) macht der Bundesgesetzgeber den rund 2.200 deutschen Akutkrankenhäusern jetzt erstmals verbindlich die Auflage, alle zwei Jahre einen strukturierten Qualitätsbericht zu verfassen – beginnend mit dem Jahr 2004. Das Hospital zum heiligen Geist erfüllt mit seinem nachfolgenden Qualitätsbericht diese gesetzliche Vorgabe und die damit einhergehenden Ausführungsbestimmungen umfassend.

Der strukturierte Qualitätsbericht vermittelt einen Überblick über das Leistungsspektrum und die Leistungsfähigkeit unseres Krankenhauses. Er schafft Transparenz und Überprüfbarkeit in der deutschen Krankenhauslandschaft. Der Qualitätsbericht ist somit auch ein Instrument zur Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit eines Krankenhauses im harten Klinikwettbewerb.

Das Hospital zum heiligen Geist ist ein Akutkrankenhaus der Regelversorgung und Akademisches Lehrkrankenhaus der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main. Das Krankenhaus Hospital zum heiligen Geist hat einen Versorgungsauftrag nach § 108 / 109 SGB V und ist ausgewiesener Notfallstandort für das Versorgungsgebiet Frankfurt am Main / Offenbach.

## **Basisteil**

### **A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**

#### **A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses**

[Hospital zum heiligen Geist](#)  
Straße: [Lange Straße 4 - 6](#)  
PLZ und Ort: [D-60311 Frankfurt am Main](#)  
Telefon: [0 69 - 21 96 0](#)  
Fax: [0 69 - 21 96 22 88](#)  
E-Mail-Adresse: [info@hospital-zum-heiligen-geist.de](mailto:info@hospital-zum-heiligen-geist.de)  
Internetadresse: <http://www.hospital-zum-heiligen-geist.de>

#### **A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses**

Institutionskennzeichen: [260610133](#)

#### **A-1.3 Name des Krankenhausträgers**

Krankenhausträger: [Stiftung Hospital zum heiligen Geist](#) (bis 31.12.2004)  
[Hospital zum heiligen Geist GmbH](#) (ab 01.01.2005)  
- gemeinnützige Gesellschaft -

#### **A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?**

[Das Hospital zum heiligen Geist ist akademisches Lehrkrankenhaus der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main.](#)

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

Anzahl Betten: [306 stationäre Betten](#)  
[10 tagesklinische Plätze](#)

**A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:**

Stationäre Patienten: 10.053  
 Ambulante Patienten: 18.751

**A- 1.7 A Fachabteilungen**

FA-Kode § 301 SGB V	Name der Fachabteilung <sup>1</sup>	Zahl der Betten	Zahl der stationären Fälle	HA (Hauptabteilung) oder BA (Belegabteilung)	Poliklinik/ Ambulanz ja/nein
10100	Innere Medizin	122	3.505	HA	ja
11500	Allgemeine Chirurgie	100	2.809	HA	ja
12400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	53	3.441	HA	ja
13100	Psychosomatik	31	193	HA	ja
33100	Psychosomatik (Tagesklinik)	10	105	HA	ja

<sup>1</sup> Die Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin, Schmerztherapie und das Radiologische Zentralinstitut (RZI) sind nicht bettenführende Hauptabteilungen des Krankenhauses und werden in dieser Übersicht nicht aufgeführt. (vgl. B-1.1 !)

Das Krankenhaus Hospital zum heiligen Geist verfügt über jeweils 5 medizinische und 5 operative Intensivplätze die zu gleichen Teilen der Medizinischen Klinik und der Chirurgischen Klinik zugeordnet sind. Die operative Intensiveinheit mit ihren 5 Intensivplätzen steht unter Leitung des Chefarztes der Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin, Schmerztherapie.

**A-1.7 B Mindestens Top 30 DRG**

(nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift)	Fallzahl
1	P67	Gesundes Neugeborenes, Gewicht > 2499 g	864
2	I18	Andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm	791
3	O60	Vaginale Entbindung	636
4	O01	Kaiserschnitt	258
5	F62	Herzmuskelschwäche und Schock	234
6	F43	Herzkatheteruntersuchung, außer bei koronarer Herzerkrankung	225
7	O65	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme	225
8	I03	Eingriffe am Hüftgelenk, Korrektur des Hüftgelenkes oder Ersatz des Hüftgelenkes	195
9	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	183
10	N04	Gebärmutterentfernung außer bei bösartiger Neubildung	181
11	I04	Ersatz des Kniegelenkes	151
12	O40	Fehlgeburt mit Ausschabung	140
13	E65	Chronische Atemwegsverengende Erkrankung	139
14	N07	Andere Eingriffe an Gebärmutter und Eierstöcken außer bei bösartiger Neubildung	139
15	G47	Andere Magenspiegelung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	135
16	G60	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane mit Strahlentherapie	126
17	F15	Herzkatheteruntersuchung mit Dehnung der Herzkranzgefäße und Einsetzen eines Stents	123
18	F73	Kreislaufbeschwerden und Kollaps	122
19	G48	Darmspiegelung	121
20	N10	Diagnostische Ausschabung, Spiegelung der Gebärmutter, Sterilisation, Eileiterdurchblasung	111
21	N06	Wiederherstellende Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	109
22	H08	Endoskopische Gallenblasentfernung (Knopflochchirurgie)	108
23	I13	Eingriffe an Oberarmknochen, Schienbein, Wadenbein und Sprunggelenk	99
24	F10	Herzkatheteruntersuchung mit Dehnung der Herzkranzgefäße bei Herzinfarkt	97
25	F67	Bluthochdruck	94
26	G67	Entzündungen der Speiseröhre, des Magens und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	94
27	F71	Nicht schwere Herzrhythmusstörungen	91
28	F74	Brustschmerzen	83
29	G09	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelbruch	79
30	N05	Eierstockentfernung und umfangreiche Eingriffe an den Eileitern außer bei bösartiger Neubildung	79

## **A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote**

### **A-1.8.1 Besondere Versorgungsschwerpunkte** (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

- Internistische Notfallstation / Intensivstation
- Koronare Herzkrankheiten (Angina Pectoris, Herzinfarkt mit 24-h Katheterbereitschaft; Behandlung nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie 2004)
- Linksherzkathetermessplatz
- Gastrointestinale (Magen-/Darmtrakt) Notfallbehandlung (24-h Bereitschaft bei gastrointestinalen Blutungen)
- Disease Management Program (DMP) Brustkrebs
- Bauch- und Schilddrüsenchirurgie
- Integrierte Versorgung Hüft- und Knieendoprothetik
- Arthroskopische Gelenkchirurgie
- Komplettes Behandlungsspektrum der Psychosomatik
- Intensivtransportwagen (ITW)
- Gefäßchirurgie
- Akute perioperative sowie chronische Schmerztherapie
- Unfallambulanz
- Zulassung für das Durchgangsarztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 1 von 6 Notfallstandorten in Frankfurt am Main
- Pflegeüberleitung

### **A-1.8.2 Besondere Leistungsangebote**

- Aufenthaltsräume
- Beschwerdemanagement und Beschwerdestelle
- Besondere Verpflegung (Diät- und Schonkost, vegetarische Kost)
- Besuchsdienste, Seelsorge und Grüne Damen
- BG-Sprechstunde
- Bibliothek
- Bringdienste und Dolmetscherdienste
- Cafeteria, Kiosk und Einkaufsmöglichkeit
- (Teilweise) DVD-Player im Zimmer
- Fernsehanschluss und -gerät im Zimmer; kostenlos
- Fußpflege im Haus
- Kirchlich-religiöse Einrichtung ("Raum der Stille")
- Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten (begrenzte Anzahl)
- Parkanlage
- Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren und Informationsfilme zu Krankheitsbildern sowie interventionellen / operativen Verfahren
- Regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen für Hausärzte
- Telefon am Bett (Benutzung gegen Entgelt)
- Unterbringung Begleitperson
- Wertfach im Zimmer

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen: - entfällt !

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? (bitte auswählen: ja / nein)

**A-1.9**     ***Ambulante Behandlungsmöglichkeiten***  
(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

- vgl. A-1.7 A
- Ambulantes Operieren
- Interdisziplinäre Ambulanz
- 24-h Notfallaufnahme
- Operation und Arthroskopie der Kniegelenke
- Ambulante Herzkatheteruntersuchungen

**A-2.0**     ***Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangsarztverfahren der  
Berufsgenossenschaft?***

- Allgemeine Chirurgie

## A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

### A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Leistungsbereich	Vorhanden		Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	
	JA	NEIN	JA	NEIN
Angiographie	x		x	
Computertomographie (CT)	x		x	
Elektroenzephalogramm (EEG)	x			x
Herzkatheterlabor	x		x	
Magnetresonanztomograph (MRT)		x		x
Positronenemissionstomographie (PET)		x		x
Schlaflabor		x		x
Szintigraphie		x		x
Videoendoskopie	x		x	

### A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Leistungsbereich	Vorhanden	
	JA	NEIN
aktive Musiktherapie	x	
Bestrahlung		x
Eigenblutspende		x
Einzelpsychotherapie <sup>1</sup>	x	
Ergotherapie	x	
Ernährungstherapie	x	
Gestaltungs- und Kusttherapie	x	
Gruppenpsychotherapie	x	
Konzentrierte Bewegungstherapie	x	
Lichttherapie	x	
Logopädie		x
Notfall-Dialyse	x	
Physiotherapie	x	
Psychoedukation	x	
rezeptive Musiktherapie	x	
Schmerztherapie	x	
Sporttherapie	x	
Thrombolyse	x	

<sup>1</sup> psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Differenzierung

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

**B-1.1 Name der Fachabteilung:** *Innere Medizin* - 122 Betten

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

- Notfallambulanz und Notfallstation mit 25 Intensivtherapieplätzen mit abgestuften Versorgungskonzept inklusive 5 Beatmungsplätzen
- Kardiologische Station mit 22 Betten; davon 5 Monitorüberwachungsplätze sowie Arrhythmiezentrale
- Gastroenterologie

**B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:**

- Akute lebensbedrohliche Erkrankungen aus dem Gesamtgebiet der Inneren Medizin
- Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes (Magen-/Darmtrakt), der Leber, der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse
- Koronare Herzkrankheiten mit Angina Pectoris und Herzinfarkt
- Herzrhythmusstörungen und Herzinsuffizienz
- Sepsis mit Multiorganversagen; inklusive Hämoperfusion
- Respiratorische Insuffizienz mit apparativer Beatmung
- Gastrointestinale Blutungen

**B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:**

- Ambulante diagnostische Koronarangiographie
- Implantation von Medikamenten beschichteten Stents (Drug-Eluting Stent DES)
- Schrittmacher- und ICD-Abfrageprogrammierung
- Infektiologie
- Onkologie - gemeinsame Tumorkonferenz mit dem Tumorzentrum des Krankenhauses Nordwest

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift)	Fallzahl
1	F62	Herzmuskelschwäche und Schock	233
2	F43	Herzkatheteruntersuchung, außer bei koronarer Herzerkrankung	224
3	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	183
4	E65	Chronische Atemwegsverengende Erkrankung	139
5	G47	Anderer Magenspiegelung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	127
6	F15	Herzkatheteruntersuchung mit Dehnung der Herzkranzgefäße und Einsetzen eines Stents	123
7	G60	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane mit Strahlentherapie	121
8	F73	Kreislaufbeschwerden und Kollaps	119
9	G48	Darmspiegelung	101
10	F10	Herzkatheteruntersuchung mit Dehnung der Herzkranzgefäße bei Herzinfarkt	97

**B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr**

Rang	ICD-10 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift)	Fallzahl
1	I20	Herzschmerzen	344
2	I50	Herzschwäche	265
3	I21	Frischer Herzinfarkt	160
4	J18	Lungenentzündung, Erreger nicht näher bezeichnet	151
5	J44	Chronische Atemwegsverengende Erkrankung	139
6	R55	Kreislaufbeschwerden und Kollaps	115
7	C18	Bösartige Tumore des Dickdarms	111
8	R07	Hals- und Brustschmerzen	93
9	I48	Zu schnelles und unregelmäßiges Schlagen der Herzvorhöfe	90
10	I10	Bluthochdruck	84

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierlinien.

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

Rang	OPS (4-stellig)	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift)	Fallzahl
1	1-632	Diagnostische Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm	785
2	1-275	Linksherz-Katheteruntersuchung	628
3	3-200	Computertomographie des Schädels	468
4	1-440	Probeentnahme an oberen Verdauungsorganen	339
5	8-837	Herzkranzgefäßaufdehnung	315
6	1-650	Darmspiegelung	251
7	8-800	Bluttransfusion	213
8	3-225	Computertomographie des Bauches	189
9	8-831	zentraler Venenkatheter	180
10	8-542	Chemotherapie	168

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

**B-1.1 Name der Fachabteilung:** *Allgemeine Chirurgie* - 100 Betten

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

- Allgemeine Chirurgie mit Unfallambulanz
- Sportverletzungen und Arbeitsunfälle (D-Arztverfahren)
- Bauchchirurgie, Laparoskopie und Refluxchirurgie
- Endoprothetik, Minimalinvasive Chirurgie
- Spiegelung der Gelenke, Bauch, Brusthöhle, Mediastinum
- Ambulante Chirurgie
- Gefäßchirurgie

**B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:**

- Visceralchirurgie mit laparoskopischen Eingriffen
- Hüft- und Kniegelenkersatz
- Arthroskopische Gelenkchirurgie, insbesondere an Knie und Schulter

**B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:**

- Gesamtes allgemeinchirurgisches Spektrum, inklusive Hernien- und Schilddrüsenoperationen
- Orthopädische Operationen (*keine* Wirbelsäulenchirurgie)
- Traumatologie mit Osteosynthesen am gesamten Skelett (*nicht* an der Wirbelsäule)

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift)	Fallzahl
1	I18	Andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm	791
2	I03	Eingriffe am Hüftgelenk, Korrektur des Hüftgelenkes oder Ersatz des Hüftgelenkes	194
3	I04	Ersatz des Kniegelenkes	151
4	H08	Endoskopische Gallenblasentfernung (Knopflochchirurgie)	108
5	I13	Eingriffe an Oberarmknochen, Schienbein, Wadenbein und Sprunggelenk	97
6	G09	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelbruch	79
7	B80	Andere Kopfverletzungen	76
8	I23	Lokale Metallentfernung außer an Hüftgelenk und Oberschenkelknochen	57
9	G02	Große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	50
10	I27	Eingriffe am Weichteilgewebe	48

**B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr**

Rang	ICD-10 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift)	Fallzahl
1	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes	384
2	M17	Arthrose des Kniegelenkes	245
3	M16	Arthrose des Hüftgelenkes	149
4	S83	Verrenkung, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	134
5	M94	Sonstige Knorpelkrankheiten	121
6	K80	Gallensteine	117
7	S82	Bruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	95
8	S72	Bruch des Oberschenkelknochens	88
9	I70	Arteriosklerose	79
10	K40	Leistenbruch	79

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 Klarschrift)	Fallzahl
1	5-812	Gelenkspiegelung mit Operation	1.327
2	1-697	Gelenkspiegelung	684
3	5-811	Gelenkspiegelung mit Operation an der Gelenkoberfläche	183
4	5-820	Implantation eines künstlichen Hüftgelenkes	181
5	5-785	Implantation von künstlichem Knochenersatz	165
6	8-800	Bluttransfusion	165
7	5-822	Implantation eines künstlichen Kniegelenkes	146
8	5-782	Entfernung erkranktem Knochengewebe	139
9	5-511	Gallenblasenentfernung	128
10	5-787	Metallentfernung	101

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

**B-1.1 Name der Fachabteilung:** **Frauenheilkunde und Geburtshilfe** - 53 Betten

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

- Geburtshilfe
- Operative Gynäkologie
- Minimalinvasive Chirurgie

**B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:**

- Geburtshilfliche Schmerztherapie
- Spontangeburt, Kaiserschnitte und vaginal-operative Entbindungen
- Erkrankungen des Unterleibes und der Brust
- Operationen des weiblichen Beckenbodens sowie endoskopische Operationsverfahren
- Behandlung von Brustkrebs mit plastischer Brustrekonstruktion

**B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:**

- Ambulantes Operieren
- Grosses Auswahlangebot für die optimale Geburtsposition; Geburtswanne, Geburtshocker und Rundbett
- Rückbildungsgymnastik, geburtsbegleitende Schwangerschaftsvorbereitung, Babymassage und Stillberatung
- Familienzimmer mit Wasserbett

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift)	Fallzahl
1	P67	Gesundes Neugeborenes, Gewicht > 2499 g	864
2	O60	Vaginale Entbindung	635
3	O01	Kaiserschnitt	258
4	O65	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme	222
5	N04	Gebärmutterentfernung außer bei bösartiger Neubildung	181
6	O40	Fehlgeburt mit Ausschabung	140
7	N07	Andere Eingriffe an Gebärmutter und Eierstöcken außer bei bösartiger Neubildung	138
8	N10	Diagnostische Ausschabung, Spiegelung der Gebärmutter, Sterilisation, Eileiterdouchblasung	111
9	N06	Wiederherstellende Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	109
10	N05	Eierstockentfernung und umfangreiche Eingriffe an den Eileitern außer bei bösartiger Neubildung	78

**B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr**

Rang	ICD-10 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift)	Fallzahl
1	O82	Geburt eines Einlings durch Kaiserschnitt	241
2	D25	Myom der Gebärmutter	179
3	O42	Vorzeitiger Blasensprung	149
4	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Feten	135
5	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	123
6	O48	Übertragene Schwangerschaft	121
7	O80	Spontangeburt eines Einlings	102
8	N81	Gebärmuttervorfall bei der Frau	81
9	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	77
10	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Eierstocks, der Eileiter	66

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 Klarschrift)	Fallzahl
1	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	380
2	5-738	Dammschnitt	336
3	1-672	Gebärmutterspiegelung	286
4	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	241
5	5-740	Kaiserschnitt	240
6	5-683	Totaloperation	199
7	5-469	Operationen am Darm	192
8	1-471	Probeentnahme an der Gebärmutterschleimhaut	182
9	5-651	Entfernung von Eierstockgewebe	165
10	5-690	Ausschabung	151

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

**B-1.1** *Name der Fachabteilung:* **Psychosomatik** - 31 Betten  
10 tagesklinische Plätze

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

- Gesamter Leistungskatalog der modernen Psychosomatik

**B-1.3** *Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:*

- Somatoforme Störungen
- Essstörungen
- Somatoforme Schmerzen

**B-1.4** *Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:*

- Psychosomatische Konsil- und Liäsondienste
- Psychosomatische Ambulanz

**B-1.5** Trifft für die Psychosomatische Klinik nicht zu.

**B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr**

Rang	ICD-10 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift)	Fallzahl
1	F33	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	70
2	F45	Somatisierungsstörung	49
3	F50	Magersucht	32
4	F32	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	9
5	F40	Platzangst mit Panikattacken	8
6	F60	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	5
7	F43	Posttraumatische Belastungsstörung	4
8	F41	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	3
9	F42	Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang	3
10	F44	Dissoziative Krampfanfälle	2

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

**B-1.7** [Trifft für die Psychosomatische Klinik nicht zu.](#)

## B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### B-2.1 *Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V*

Gesamtzahl im Berichtsjahr: 103

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

Rang	EBM- Nummer 4-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift)	Fallzahl
1	2363	Entfernung von Osteosynthesematerial (z.B.Platten)	24
2	1104	Abrasio der Gebärmutterhöhle und des Gebärmutterhalskanals	22
3	1111	Hysteroskopie	5
4	0741	Gastroskopie und / oder partielle Duodenoskopie	4
5	2445	Arthroskopische Operationen	4

### 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
		<b>Köpfe</b>		
10100	Innere Medizin	16,00	10,00	6,00
11500	Allgemeine Chirurgie (inkl. GFCH)	14,00	5,00	9,00
12400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	11,00	7,00	4,00
13100 / 33100	Psychosomatik (inkl. Tagesklinik)	10,00	6,00	4,00
nicht betten- führend	Intensivmedizin (Anästhesie & ITW)	15,00	8,00	7,00
nicht betten- führend	Radiologie (RZI)	3,00	0,00	3,00
	<b>Gesamt</b>	<b>69,00</b>	<b>36,00</b>	<b>33,00</b>

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 5

**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)
		<b>Köpfe</b>			
10100	Innere Medizin	94,00	72,00	1,00	7,00
11500	Allgemeine Chirurgie (inkl. GFCH)	68,00	84,00	3,00	3,00
12400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	41,00	59,00	0,00	7,00
13100 / 33100	Psychosomatik (inkl. Tagesklinik)	16,00	100,00	10,00	0,00
nicht betten- führend	Intensivmedizin (Anästhesie & ITW)	10,00	30,00	25,00	20,00
nicht betten- führend	Radiologie (RZI)	0,00	-	-	-
	<b>Gesamt <sup>1</sup></b>	<b>229,00</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

<sup>1</sup> Nicht enthalten und berücksichtigt sind die Bereiche "Medizinisch-Technischer-Dienst" (Köpfe = 38) und "Pflegedirektion / BÄD / Zentralsterilisation" (Köpfe = 8).

## 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		x		x	-	
2	Cholezystektomie	x		x		100,00%	100,00%
3	Gynäkologische Operationen	x		x		91,91%	94,65%
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation		x		x	-	
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel		x		x	-	
6	Herzschrittmacher-Revision		x		x	-	
7	Herztransplantation		x		x	-	
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	x		x		100,00%	95,85%
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	x		x		92,31%	97,38%
10	Karotis-Rekonstruktion	x		x		100,00%	95,55%
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	x		x		100,00%	98,59%
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	x		x		100,00%	97,38%
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie		x		x	-	
14	Koronarangiografie/ Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	x		x		96,56%	99,96%
15	Koronarchirurgie		x		x	-	
16	Mammachirurgie	x		x		100,00%	91,68%
17	Geburtshilfe (Perinatalmedizin)	x		x		99,78%	99,31%
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	x			x	-	
19	Hüft-Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose	x		x		100,00%	98,44%
	<b>Gesamt</b>					<b>98,23%</b>	<b>97,16%</b>

## **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 folgende verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart (vgl. Seite 44):

- Schlaganfall (Erfasst werden alle akut aufgetretenen ischämischen Hirninfarkte, intrazerebrale Blutungen und transitorisch ischämische Attacken (TIA) mit stationärer Aufnahme bzw. Übernahme innerhalb von 7 Tagen nach akutem Ereignis.)
- Projekt "Operative Gynäkologie" auf Landesebene in Hessen

Die Fallzahlen in diesen beiden Punkten dürfen aufgrund ihrer auf Hessen begrenzten Aussagekraft weder zur Darstellung der Dokumentationsrate noch für den Vergleich der Dokumentationsraten Krankenhaus und Bundesdurchschnitt verwendet werden. (vgl. Seite 26)

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

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

- Brustkrebs

Qualitätskriterien, an denen die Arbeit des Brustzentrums gemessen wird:

- Regelmäßige Überprüfung der Prozessqualität durch ein internes Qualitätsmanagementsystem
- Anwendung eines Dokumentationssystems, das Auskunft gibt über Qualitätsindikatoren der Versorgung
- Teilnahme an Therapiestudien
- Kontinuierliche Weiterbildung der Mitarbeiter des Brustzentrums (Seminare, Fortbildungen, Kongresse)
- Regelmäßige Evaluation der Patientinnenzufriedenheit

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

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
<b>Lebertransplantation</b>		<b>10</b>	nein			
	5-503.0					
	5-503.1					
	5-503.2					
	5-503.3					
	5-503.x					
	5-503.y					
	5-504.0					
	5-504.1					
	5-504.2					
	5-504.x					
	5-504.y					
	5-502.0					
	5-502.1					
	5-502.2					
	5-502.3					
	5-502.5					
	5-502.x					
	5-502.y					
<b>Nierentransplantation</b>		<b>20</b>	nein			
	5-555.0					
	5-555.1					
	5-555.2					
	5-555.3					
	5-555.4					
	5-555.5					
	5-555.x					
	5-555.y					

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
<b>Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus</b>		<b>5/5</b>	nein			
	5-420.00					
	5-420.01					
	5-420.10					
	5-420.11					
	5-423.0					
	5-423.1					
	5-423.2					
	5-432.3					
	5-423.x					
	5-423.y					
	5-424.0					
	5-424.1					
	5-424.2					
	5-424.x					
	5-424.y					
	5-425.0					
	5-425.1					
	5-425.2					
	5-425.x					
	5-425.y					
	5-426.0**					
	5-426.1**					
	5-426.2**					
	5-426.x**					
	5-426.y					
	5-427.0**					
	5-427.1**					
	5-427.2**					
	5-427.x**					
	5-427.y					
	5-429.2					
	5-438.0**					
	5-438.1**					
	5-438.x**					

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
<b>Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas</b>		<b>5/5</b>	Ja			
	5-521.0		x	1	1	0
	5-521.1					
	5-521.2					
	5-523.2					
	5-523.x		x	1	1	0
	5-524					
	5-524.0		x	1	1	0
	5-524.1		x	4	4	0
	5-524.2					
	5-524.3					
	5-524.x					
	5-525.0					
	5-525.1					
	5-525.2					
	5-525.3					
	5-525.4					
	5-525.x					
<b>Stammzelltransplantation</b>		<b>12+/-2 [10-14]</b>	nein			
	5-411.00					
	5-411.01					
	5-411.20					
	5-411.21					
	5-411.30					
	5-411.31					
	5-411.40					
	5-411.41					
	5-511.50					
	5-411.51					
	5-411.x					
	5-411.y					
	8-805.00					
	8-805.01					
	8-805.20					
	8-805.21					
	8-805.30					
	8-805.21					
	8-805.40					
	8-805.41					
	8-805.50					
	8-805.51					
	8-808.x					
	8-805.y					

(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***

Trifft für das Jahr 2004 auf das Krankenhaus Hospital zum heiligen Geist nicht zu.

[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 gemäß § 6 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 jeweils auch darzustellen, mit welchen ergänzenden Maßnahmen die Versorgungsqualität sichergestellt wird. ]

## Systemteil

### **D**     **Qualitätspolitik**

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

Das Krankenhaus Hospital zum heiligen Geist ist ein urbanes Krankenhaus, im Zentrum der Innenstadt von Frankfurt am Main. Seit dem 13. Jahrhundert sind wir als *“Krankenanstalt im Dienste des Nächsten“* der Tradition verpflichtet. Heute sind wir ein attraktives Kompetenzzentrum für die internistische, chirurgische, frauenheilkundliche und psychosomatische Patientenversorgung.

Wir leisten eine wohnortnahe Krankenversorgung auf hohem medizinischem und pflegerischem Niveau. Ob geplant, akut oder Notfall - 24 Stunden am Tag, sieben Tage in der Woche sind wir uneingeschränkt für unsere Patienten erreichbar.

Eine weitere zentrale Aufgabe des Hospital zum heiligen Geist sehen wir in den Bereichen Lehre und Ausbildung; dies alles zur weiteren Entwicklung unserer fortschrittlichen Patientenversorgung im stationären und ambulanten Bereich. Zur Verbreitung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse sind wir akademisches Lehrkrankenhaus der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main. Darüber hinaus sind wir Mitglied der Frankfurter Klinikallianz.

Dabei stehen die Patienten im Mittelpunkt unserer Arbeit. Unser Krankenhaus, alle Einrichtungen der Stiftung sowie alle unsere Mitarbeiter stehen hierfür, bzw. arbeiten an diesem Ziel. Auf eine wirtschaftliche, professionelle und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit legen wir ganz besonderen Wert.

Unsere Qualitätspolitik ist in Übereinstimmung mit unserem Unternehmensleitbild, dem Pflegeleitbild, der Führungsleitlinie und den Qualitätszielen unseres Krankenhauses im Rahmen der Einrichtungen der Stiftung Hospital zum heiligen Geist festgelegt.

Wir führen zur Zeit das Qualitätsmanagementsystem DIN-EN-ISO 9000:2000 ein. Dies soll uns in die Lage versetzen, unsere Ergebnisqualität geplant zu entwickeln, damit wir unsere strategischen Ziele erreichen. Gleichzeitig legen wir damit die Grundlage für einen kontinuierlichen Qualitätsverbesserungsprozess (= KVP-Regelkreis).

Die Leitung, d. h. das Direktorium, unserer Klinik verpflichtet sich, in regelmäßigen Abständen den Stand der Einführung, die Anwendung und Wirksamkeit des Qualitätsmanagement-Systems (QMS) zu überprüfen. Sollten sich hierbei Fehler oder Abweichungen ergeben, entscheidet sie gemeinsam mit dem Qualitätsmanagement-beauftragten Team (Z-QMB-Team) über notwendige Korrekturmaßnahmen und deren Wirksamkeit.

Durch diese Vorgehensweise wollen wir die positive Weiterentwicklung unseres QMS sichern - dafür stehen wir mit unseren Namen.

### **Was wollen wir erreichen:**

**Die Patienten** stehen im Mittelpunkt unserer Bemühungen: Ihnen bieten wir nahe an ihrem Wohnort mitten in der Stadt Frankfurt am Main die bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung.

**Die Mitarbeiter** tragen durch ihren persönlichen Einsatz zum Erfolg des Unternehmens Hospital zum heiligen Geist bei und sind unser wichtigstes Kapital.

**Das Unternehmen** befindet sich im ständigen Prozess der Anpassung an die jeweils aktuellen Anforderungen. Zwei Vorteile unseres Hospitals helfen dabei:

- Effizienz durch Kompetenz,
- Synergien durch Einbindung in die Stiftungsorganisation.

So sichern wir die Zukunft unseres Krankenhauses die wir mit unseren Patienten und Mitarbeitern gemeinsam gestalten möchten. Zur Sicherung unserer Patientenversorgung und unseres Arbeitsplatzes.

### **Die Patienten:**

- Auf den Gebieten der Kardiologie und Gastroenterologie, der Sportmedizin, der Endoprothetik sowie Bauchchirurgie, der minimalinvasiven Chirurgie wie beispielsweise Mammachirurgie, Beckenbodenrekonstruktion, und der Geburtshilfe, der Psychosomatik und der Schmerztherapie haben wir Spezialisierungen entwickelt.
- Hierbei spielt die schnelle und integrierte Notfallversorgung unserer Patienten eine vorrangige Rolle. Sie ist verankert auf dem Boden einer breiten Regelversorgung auf ständig aktualisiertem Niveau für alle Patienten.
- Wir bieten hohen Komfort und eine moderne Ausstattung.
- Wir arbeiten mit den niedergelassenen Ärzten zusammen, um unseren Patienten ein optimales und synergetisch abgestimmtes Ergebnis zu garantieren. Unsere neue interdisziplinäre Ambulanz ist ein Zeichen dafür.
- Wir übernehmen im Verbund mit den niedergelassenen Ärzten auch nach der Entlassung des Patienten unsere Verantwortung für ihn und für unsere erbrachte Leistung.
- Wir verbessern unsere Tätigkeit ständig, um den Erfolg unseres Hauses zu sichern und arbeiten nach überprüfbaren und objektiven Standards.
- Wir informieren umfassend und nehmen auf die Bedürfnisse der Patienten Rücksicht, unsere Tagesabläufe sind darauf abgestimmt.
- Kritik empfinden wir als Auftrag zur Optimierung.
- Zusammen mit den Krankenkassen und Versicherungen, mit denen wir und unsere Patienten verbunden sind, suchen wir nach optimalen Lösungen.

### **Die Mitarbeiter:**

- Wir beziehen unsere Mitarbeiter in viele Entscheidungen mit ein und leiten mit kooperativem Führungsstil.
- Die Qualifikation unseres Personals steht im Einklang mit den Leistungsanforderungen und wird erreicht durch geförderte Fort- und Weiterbildung.
- Wir übertragen unseren Mitarbeitern entsprechend der Kompetenz Verantwortung.
- Alle Führungskräfte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gehen im gegenseitigen Vertrauen miteinander um und stellen sich konstruktiver Kritik. Diese ist ausdrücklich erwünscht.
- Wir verbessern ständig unsere wechselseitige Kommunikation. Dafür nutzen wir neue Medien. Hier sehen wir eine Möglichkeit noch wirtschaftlicher unsere notwendigen Leistungen zu erbringen.
- „Outsourcing“ verstehen wir immer als ökonomisierende Maßnahme, aber niemals als Abbrechen des Verantwortungsbewusstseins und der Kommunikation.
- Wir informieren unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern über alle wesentliche Entwicklungen des Unternehmens.

### **Das Unternehmen:**

- Unser Weg ist die kontinuierliche Verbesserung und Wirksamkeit im Rahmen des vorgegebenen Systems.
- Wir gehen mit den uns zur Verfügung gestellten Ressourcen sorgsam und verantwortlich um.
- Wir kooperieren bereichsübergreifend zum Nutzen aller beteiligten Berufsgruppen.
- Wir informieren alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die Ziele, Leistungen und Kosten in ihren Bereichen.
- Unsere Leistungen orientieren sich an den Wünschen und Bedürfnissen unserer Patienten und Kunden.
- Unsere Mitarbeiter tragen die Unternehmensentwicklung durch Anregungen und Verbesserungsvorschläge mit und übernehmen Verantwortung.
- Die Vorgesetzten und Leitungen unseres Unternehmens sehen sich als Wegbereiter dieser Aufgaben.
- Wir entwickeln neue Geschäftsfelder, um dadurch die Wirtschaftlichkeit unseres Unternehmens zu verbessern.
- Die Verwirklichung unseres Anspruchs **“Fortschritt aus Tradition im Zentrum der Stadt“** ist unser gemeinsames Ziel.

***Wir erreichen unsere Ziele im Rahmen der Stiftung Hospital zum heiligen Geist und sind den “Stiftern, Gönnern, Pfründnern und Bürgern“ für ihre Unterstützung dankbar. Sie helfen, unsere Einrichtung für das Gemeinwohl zu erhalten.***

## **E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung**

### **E-1 *Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus***

Entsprechend der beschriebenen Aufgaben der Qualitätspolitik des Hospitals zum heiligen Geist hat das Direktorium, gemeinsam mit den anderen Einrichtungen der Stiftung Hospital zum heiligen Geist, beschlossen ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen.

Die DIN-EN-ISO 9000:2000 definiert ein Managementsystem als "System zum Festlegen von Politik und Zielen sowie zum Erreichen dieser Ziele". Sie ist eine internationale Norm, die von der ISO - Internationale Organisation für Normung - einer weltweiten Vereinigung nationaler Normungsinstitute erarbeitet wurde. Sie beschreibt Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem (QM-System).

Die DIN-EN-ISO 9000:2000 ist eine internationale, branchenübergreifende Norm, die einen prozessorientierten Ansatz verfolgt. Sie stellt kein starres QM-System dar, sondern beschreibt Vorgaben und Inhalte, die ein QM-System umfassen soll - sie bildet gleichermaßen einen Rahmen.

Gleichzeitig liefert die Norm Hinweise hinsichtlich einer sinnvollen und zweckmäßigen Anwendung. Wie aber der vorgegebene Rahmen auszufüllen ist, muss in jeder medizinischen Einrichtung, ihren jeweiligen Anforderungen und Gegebenheiten entsprechend, individuell festgelegt werden.

Diese Eigenschaften der Norm DIN-EN-ISO 9000:2000 machen sie ideal für die Einrichtungen der Stiftung Hospital zum heiligen Geist. Aus diesem Grund haben die Entscheidungsträger der Stiftung gemeinsam beschlossen sie in allen Bereichen der Stiftung zu nutzen und einzuführen. Sie hat somit Richtlinienkompetenz - auch für das Hospital zum heiligen Geist - und ist für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hospitals verbindlich.

Mit der Entscheidung für dieses System verbinden wir die Idee, dass es uns im systematischen Umgang mit unseren Ergebnissen, der Evaluierung unserer Abläufe und der Realisierung von Verbesserungspotenzialen in allen Bereichen unseres Krankenhauses hilft.

Dadurch erfüllen wir die Erwartungen unserer Patienten auf Beratung, Heilung, Besserung oder Linderung ihrer Leiden - im Rahmen unserer wirtschaftlichen Möglichkeiten.

Als verantwortliche Leitung (= oberste Leitung) des Hospitals zum heiligen Geist fühlt sich das Direktorium des Krankenhauses verpflichtet, die Vorgaben der DIN-EN-ISO 9000:2000 in allen Bereichen unseres Krankenhauses einzuführen, auszubauen und ständig zu verbessern.

Die Klinikleitung möchte mit diesem QM-System dem ständigen Wandel im Gesundheitswesen, der Einbindung unseres Hauses in das gesellschaftspolitische Umfeld Deutschlands, der Region und der Stadt Frankfurt am Main, den Anforderungen unserer externen und internen Kunden sowie der weiteren Vernetzung der Anbieter von Gesundheitsleistungen Rechnung tragen.

Deshalb befasst sich nunmehr seit zwei Jahren je ein Vertreter der klassischen Berufsgruppen im Krankenhaus (Arzt, Pflege und Verwaltung) mit der Einführung und Umsetzung dieses praxisnahen QM-Systems an unserem Hause.

Die "oberste Leitung" des Krankenhauses, das Direktorium, ist gleichzeitig das Zentrale Qualitätsmanagementbeauftragten-Team (Z-QMB-Team) der Klinik.

#### Dieses hat die Aufgaben:

- Das QM-System der DIN-EN-ISO 9000:2000 in allen Bereichen des Krankenhauses einzuführen, im Qualitätsmanagementhandbuch zu beschreiben und die Mitarbeiter des Krankenhauses zu schulen und zu informieren.
- Festlegung und Überwachung der Qualitätspolitik, der Bewertung der Prozesse, der Einrichtung der Qualitätszirkel und -konferenzen, der Ausbildung der QM-Manager und QM-Beauftragten und der Durchführung der internen und externen Audits.
- Die Kundenanforderungen feststellen, beschreiben und in Prozessen abbilden zu lassen, mit dem Ziel: Erhöhung der Kundenzufriedenheit.
- Verpflichtung zur ständigen Verbesserung des QM-Systems.
- Durchführung der Managementbewertung bzw. von Folgemaßnahmen vorangegangener Managementbewertungen.
- Festlegung wie wir mit den Rückmeldungen (Beschwerden, Lob, Verbesserungsvorschläge) von Kunden umgehen.
- Überwachung des Status von Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen.
- Empfehlung von Verbesserungen.
- Koordination und Sicherstellung der Kommunikation im Krankenhaus.
- Strukturen festzulegen um Fehler zu beheben bzw. zu vermeiden.

Um diese vielfältigen Aufgaben zu steuern, umzusetzen und zu leiten, stehen diesem Team im QM-Lenkungsausschuss das Direktorium des Krankenhauses, soweit es nicht Mitglied des Z-QMB-Teams ist und der Personalrat, als Mitarbeitervertretung, zur Seite.

Zusammen mit dem QM-Info-Ausschuss (Konferenz der Chefärzte der Klinik) stellen diese drei Zirkel die QM-Projektstruktur des Hospitals zum heiligen Geist dar.

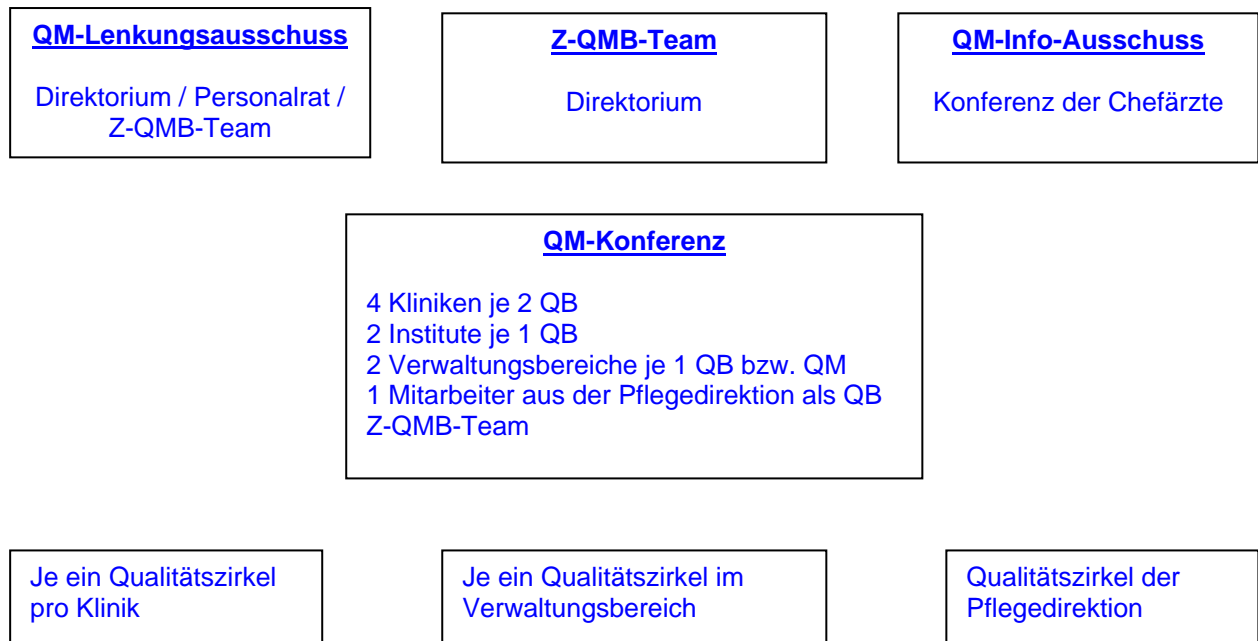
Ein weiteres Strukturmerkmal zur Einführung, Fort- und Weiterentwicklung des QM-Systems am Hospital zum heiligen Geist ist die QM-Konferenz.

Sie setzt sich zusammen aus jeweils vier Kliniken mit je zwei Qualitätsmanagement-Beauftragten (QB), zwei Institute mit je einem QB, zwei Verwaltungsbereichen mit je einem QB bzw. Qualitätsmanager (QM), einem Mitarbeiter aus der Pflegedirektion als QB und dem Z-QMB-Team zusammen.

Sie bilden zusammen je einen Qualitätszirkel (QZ) pro Klinik und Funktionsbereich, ein QZ für den Verwaltungsbereich und ein QZ für die übergreifende Pflege, realisiert bei der Pflegedirektion des Krankenhauses.

Zusammenfassung:

Interne Qualitätsmanagement-Projektstruktur Hospital zum heiligen Geist



Das Krankenhaus verfügt über einen ehrenamtlichen Patientenfürsprecher, der unabhängig von der Struktur des Hauses, die Interessen der Patienten gegenüber der Geschäftsleitung vertritt.

Mit der Einführung des QM-Systems im Hospital zum heiligen Geist auf der Basis der DIN-EN-ISO 9000:2000 werden alle qualitätsrelevanten Funktionen, Prozesse und Verantwortungen festgelegt. Die Prozesse werden in Organisationsanweisungen (OA) festgeschrieben. Die Gliederung der Dokumentation des QM-Systems besteht aus drei Teilen:

- Qualitätsmanagementhandbuch
- Organisationsanweisungen
- Arbeitsanweisungen, Dienstanweisungen, Standards, etc.

Das Qualitätsmanagementhandbuch (QMH) beschreibt das QM-System entsprechend der Norm. Wir alle gemeinsam sorgen dafür, dass unser Krankenhaus, dessen Anfänge bis in das 13. Jahrhundert zurückverfolgt werden können, auch in Zukunft als Krankenhaus der Regelversorgung besteht.

## **E-2 Qualitätsbewertung**

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

In der DIN-EN-ISO 9000:2000 wird im Teil 5.6. - Managementbewertung - definiert, dass die oberste Leitung das QM-System der Organisation in geplanten Abständen zu bewerten hat, um „...dessen fortdauernde Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit sicherzustellen“. Diese Bewertung muss die Bewertung von Möglichkeiten für Verbesserungen des und den Änderungsbedarf für das QM-System einschließlich der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele enthalten. Aufzeichnungen über die Managementbewertung müssen aufrechterhalten werden.

Dieser Aufgabe stellt sich das Z-QMB-Team des Krankenhauses durch die...

- Durchführung von internen und externen Audits inklusive der Auswertung der Ergebnisse.
- Auswertung von Kundeninformationen (z. B. Beschwerden, Kundenbefragungen).
- Festlegung der Prozesse und Übereinstimmungsüberprüfung der erbrachten Dienstleistung mit den Vorgaben und Zielen (Verweis auf Kapitel 7 der Norm Produktrealisierung).
- Festsetzung von Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen (Verweis auf Kapitel 8.5. der Norm Verbesserung).
- Festlegung von Folgemaßnahmen vorangegangener Managementbewertungen (d. h. Maßnahmen werden beschlossen, umgesetzt, auf ihre Wirksamkeit geprüft um dann wiederum “neue“ Folgemaßnahmen nach sich zu ziehen usw.).
- Einplanung der Auswirkungen sonstiger Einflüsse und Veränderungen, die sich auf das QM-System auswirken können (wie z. B. Umstrukturierungen von Abteilungen; Wechsel der Führung; Einführung neuer Abrechnungen; Outsourcing von Bereichen; Änderung der Rechtsform, Einführung neuer EDV-Systeme, etc.).

Die notwendigen Anregungen bzw. Verbesserungen kommen dabei auch von QM-Beauftragten, Mitarbeitern, Patienten, Zuweisern, Krankenkassen, externen Beratern, Fachgesellschaften, niedergelassenen Ärzten, externen Krankenhäusern, Partnern oder aus der Politik.

Die Ergebnisse dieser “Managementbewertungen“ müssen Entscheidungen und Maßnahmen zur laufenden Verbesserung der Wirksamkeit des QM-Systems und seiner Prozesse, eine Produkt- bzw. Dienstleistungsverbesserung in Bezug auf die Kundenanforderungen und beim Bedarf an den Ressourcen (= Wirtschaftlichkeit) nach sich ziehen.

Anschließend erstellen die beteiligten Mitarbeiter einen Maßnahmenplan zur Erreichung all dieser “neuen“ Ziele. Dabei entwickeln sie den “verbesserten“ Prozess bzw. die Dienstleistung und planen die damit einhergehenden personellen und sachlichen Mittel.

Durch geeignete und eindeutige Kommunikation werden die neuen Festlegungen an alle beteiligten Mitarbeitergruppen weitergegeben.

Mittels Überprüfung, Messung - z. B. der beschriebenen Kennzahlen - und interne und externe Audits - wird das Ergebnis laufend kontrolliert.

Die Durchführung der Audits ist geplant, wobei der Status und die Bedeutung der zu auditierenden Prozesse und Bereiche sowie die Ergebnisse früherer Audits berücksichtigt werden.

Die Auditkriterien, der Auditumfang, die Audithäufigkeit und die Auditmethoden sind festgelegt. Die Auditoren bewahren Objektivität und Unparteilichkeit. Durch die Regelung, dass Auditoren ihre eigene Tätigkeit nicht auditieren dürfen, wird die Unabhängigkeit dieses Prozesses sichergestellt.

Mittels dokumentiertem Verfahren werden die Ergebnisse festgehalten, die Verbesserungspotentiale beschrieben und die laufende Anpassung der zu verändernden Prozesse geplant. Eine "To-Do-Liste" inklusive neuer Zielplanung wird erstellt.

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

### **Vertrag über die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung**

*[gekürzte Fassung]*

#### **Präambel**

Die Sicherung und Verbesserung der Qualität jeglichen Handelns im Krankenhaus ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine patientengerechte, bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte und wirtschaftliche Versorgung auf hohem Leistungsniveau. Als Teil dieser umfassenden Aufgabenstellung beteiligen sich die Krankenhäuser in Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtung (§ 137 i. V. m. § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V) an den dort vorgesehenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Die Vertragspartner vereinbaren eine enge Zusammenarbeit zur Schaffung von organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen für die Erarbeitung, Sicherung und Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen Versorgung des Patienten.

#### **§ 1 Zielsetzung**

Dieser Vertrag dient der Durchführung externer Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 137 i. V. m. § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V).

#### **§ 2 Grundsätze**

I. Die nach § 137 SGB V notwendigen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen werden von den Vertragspartnern einvernehmlich erarbeitet, durchgeführt, ausgewertet und weiterentwickelt. Sie sind darauf gerichtet, die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu beurteilen, zu sichern und ggf. zu verbessern.

II. Die externen Qualitätssicherungsmaßnahmen erfolgen durch standardisierte Dokumentationen einschlägiger Daten bestimmter Patientengruppen sowie durch eine externe statistische Auswertung dieser Daten.

III. Die Verantwortung für die im Zusammenhang mit Qualitätssicherungsmaßnahmen zu erfassenden Daten von Patienten und Personen, die in der ärztlichen und pflegerischen Versorgung tätig werden, obliegt der Krankenhausleitung. Für die Vollständigkeit und Validität der Daten trägt der leitende Abteilungsarzt bzw. die leitende Pflegekraft die Verantwortung.

IV. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherungsmaßnahmen werden, soweit sie sich auf Leistungen des Krankenhauses beziehen, zusammen mit aussagefähigen Vergleichswerten der Krankenhausleitung mitgeteilt.

V. Die in den Krankenhäusern bereits freiwillig durchgeführten Maßnahmen der internen Qualitätssicherung, ihre Erweiterung, Förderung und Weiterentwicklung, bleiben von den Maßnahmen unberührt.

### **§ 3 Aufgaben**

I. Die Landesärztekammer und die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe werden ihren Sachverstand in allen Fragen der Beurteilung qualifizierter ärztlicher bzw. pflegerischer Tätigkeiten, ihre Erfahrungen mit bisher schon praktizierten Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie die organisatorischen Voraussetzungen für die Durchführung von externen Qualitätssicherungsmaßnahmen einbringen. Sie werden ihre Mitglieder über die fachliche Problematik und die damit im Zusammenhang stehenden medizinischen und pflegerelevanten Fragen und Hintergründe informieren und die Beteiligung an der Qualitätssicherung fördern.

II. Die Vertragspartner werden ihre Mitglieder über die fachliche Problematik und die damit in Zusammenhang stehenden Fragen und Hintergründe informieren. Die Krankenhausgesellschaft wird darüber hinaus die Beteiligung der Krankenhäuser an der Qualitätssicherung nachhaltig fördern.

III. Die Vertragspartner verständigen sich darauf, dass die in der Anlage aufgelisteten Qualitätssicherungsmaßnahmen weiter- bzw. durchgeführt werden. Sobald in weiteren Bereichen die Voraussetzungen für die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen geschaffen werden können, soll diese Liste der Qualitätssicherungsmaßnahmen erweitert werden.

### **§ 4 Lenkungsausschuss**

I. Zur Initiierung, Planung, Koordinierung, Durchführung und Weiterentwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie zur Entscheidung über Grundsatzfragen der im Rahmen der routinemäßigen Anwendung von Qualitätssicherungsmaßnahmen anfallenden Arbeiten wird ein Lenkungsausschuss gebildet. Der Lenkungsausschuss entscheidet unter Berücksichtigung der von den Fachausschüssen aufbereiteten Ergebnisse und Vorschläge über erforderliche Maßnahmen und Empfehlungen.

II. Der Lenkungsausschuss besteht aus 12 Mitgliedern, von denen die Krankenhausgesellschaft und die Krankenkassenverbände je 6 Mitglieder bestellen. Unter den von der Krankenhausgesellschaft bestellten Mitgliedern sollen zwei von der Landesärztekammer benannte Krankenhausärzte sowie zwei von den Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe gemeinsam benannte leitende Pflegekräfte und unter den von den Krankenkassenverbänden bestellten Mitgliedern ein Arzt und eine Pflegekraft des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sein.

III. Die Krankenkassenverbände bestimmen erstmalig den Vorsitzenden, die Krankenhausgesellschaft den Stellvertreter. Der Vorsitzende und sein Stellvertreter wechseln alle zwei Jahre zwischen der Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassenverbänden.

IV. Die Mitglieder des Lenkungsausschusses arbeiten vertrauensvoll zusammen. Der Lenkungsausschuss ist aufgefordert, seine Beschlüsse einvernehmlich zu fassen. Ist eine einvernehmliche Beschlussfassung nicht möglich, trifft er seine Beschlüsse mit einer Mehrheit von drei Vierteln der abgegebenen Stimmen. Der Lenkungsausschuss ist nur beschlussfähig, wenn mindestens 8 der bestellten Mitglieder anwesend sind.

V. Der Lenkungsausschuss tritt mindestens einmal jährlich zusammen. Er ist ferner einzuberufen, wenn einer der Vertragspartner es verlangt. Der Vorsitzende lädt zu den Sitzungen des Lenkungsausschusses ein.

VI. Der Lenkungsausschuss berät über die Ergebnisse und die Validität der ausgewerteten Qualitätssicherungsmaßnahmen. Er veranlasst unter Wahrung der Anonymität des einzelnen Krankenhauses, dass im Fall von Auffälligkeiten oder Besonderheiten, die einzelne Krankenhäuser betreffen, die erforderlichen Maßnahmen durch den Fachausschuss ergriffen werden. Die wesentlichen Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen sind zeitnah zu dokumentieren. Die am Vertrag Beteiligten und die teilnehmenden Krankenhäuser erhalten einen Abdruck der Dokumentation.

VII. Der Lenkungsausschuss erarbeitet auf der Grundlage der Ergebnisse der ausgewerteten Qualitätssicherungsmaßnahmen Vorschläge für Prüfungsgrundsätze im Sinne von § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V. § 5 Fachausschüsse

I. Der Lenkungsausschuss bildet unter Beteiligung der Landesärztekammer und der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe zur Durchführung und Auswertung der Qualitätssicherungsmaßnahmen jeweils einen Fachausschuss.

## **II. Die Fachausschüsse haben insbesondere folgende Aufgaben:**

### **A. Entwicklung der Projektkonzeption**

- Konkretisierung des Untersuchungsgegenstands
- Festlegung der Untersuchungskriterien
- Anwendung bestehender Standards sowie deren Entwicklung bzw. Weiterentwicklung
- Erstellung eines verbindlichen Katalogs der zu dokumentierenden Daten

### **B. Abstimmung der Projektkonzeption mit dem Lenkungsausschuss**

### **C. Durchführung der einzelnen Projekte**

- Plausibilitäts- und Validitätskontrolle der Dokumentation
- Durchführung des Qualitätsvergleichs
- zeitnahe Berichterstattung an den Lenkungsausschuss über die Zwischen- und Endergebnisse der ausgewerteten Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie Erarbeitung von Vorschlägen zur Qualitätsverbesserung

## **§ 6 Projektgeschäftsstelle**

I. Für die organisatorische Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen wird eine Projektgeschäftsstelle bei der Hessischen Krankenhausgesellschaft eingerichtet.

II. Die Projektgeschäftsstelle nimmt an den Sitzungen des Lenkungsausschusses und der Fachausschüsse teil, unterstützt sie in ihrer Arbeit und hat ihre Beschlüsse umzusetzen. Sie hat insbesondere folgende Aufgaben:

- administrative Betreuung des Lenkungsausschusses und der Fachausschüsse;
- Erarbeitung einheitlicher Erhebungsinstrumente und Auswertungsroutinen, soweit diese nicht durch bundesweit eingerichtete federführende Servicestellen realisiert worden sind;
- Überwachung der Beteiligung der Krankenhäuser an den Qualitätssicherungsmaßnahmen;
- Prüfung der übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Fehler sowie Information der übermittelnden Stelle hierüber;
- administrative Beratung der Krankenhäuser;
- Entwicklung und Pflege von Software;
- Aufbereitung der Daten für die Fachausschüsse und den Lenkungsausschuss.

III. Die Projektgeschäftsstelle stellt die aufbereiteten Daten nach Abs. 2 Nr. 7 zur Durchführung des Qualitätsvergleichs in anonymisierter Form zur Verfügung. Vor der Weitergabe dieser Daten an den jeweils zuständigen Fachausschuss erhält das Krankenhaus Gelegenheit, seine Daten auf Plausibilität zu prüfen und gegebenenfalls zu kommentieren.

IV. Die Projektgeschäftsstelle unterrichtet darüber hinaus den jeweiligen Fachausschuss und den Lenkungsausschuss, wenn sich ein Krankenhaus nicht oder nicht vollständig an den Maßnahmen zur Qualitätssicherung beteiligt.

## **§ 7 Datenschutz**

Der Datenschutz und das Patientengeheimnis sind zu beachten, die Bestimmungen über die ärztliche Schweigepflicht bleiben unberührt.

## **§ 8 Kosten**

## **§ 9 Inkrafttreten**

Dieser Vertrag tritt am 1. Juni 1995 in Kraft.

[Ungekürzte Fassung auf - <http://www.gqhnet.de/gqh.php?menu=87> ]



Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen

**DOKUMENTIERTE LEISTUNGEN  
BESCHEINIGUNG FÜR DAS VERFAHRENSJAHR 2004**

*Hospital zum heiligen Geist,  
60311 Frankfurt a. M.*

Ik-Nummer: 260610133

Modul	Bezeichnung des Moduls	Fälle (gesamt) <sup>1</sup>
09/1	Herzschrittmacher-Erstimplantation	0
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	0
09/3	Herzschrittmacher-Revision/Explantation	0
10/2	Carotis-Rekonstruktion	19
12/1	Cholezystektomie	129
15/1	Gynäkologische Operationen <sup>2</sup> Bundesverpflichtende Fälle	511
16/1	Geburtshilfe <sup>3</sup>	910
17/1	Hüftgelenksnahe Femurfraktur	70
17/2	TEP bei Coxarthrose	153
17/3	Hüft-TEP-Wechsel	12
17/5	Knie-Totalendoprothese	101
17/7	Knie-TEP-Wechsel	7
18/1	Mammachirurgie	71
21/3	Koronarangiographie (ggf. mit PTCA)	561
Mds	Minimaldatensätze	0

- <sup>1</sup> nur plausibel dokumentierte Fälle mit Aufnahmedatum zwischen 01.01.2004 und 31.12.2004 und Entlassungsdatum bis 31.01.2005. Die Zahl Null kann sowohl keine Fälle als auch keine Dokumentationsverpflichtung bedeuten.
- <sup>2</sup> nur Hysterektomien, Adnexeingriffe und Konisationen, landesweit verpflichtende Fälle werden in einer gesonderten Mitteilung bescheinigt.
- <sup>3</sup> Angabe der Geburtenzahl (= Mütter)

<b>Methodische Sollstatistik 2004</b>	
Eingangsdatum der Sollstatistik	23.02.2005
Konformitätserklärung beigefügt	ja

**DOKUMENTIERTE LEISTUNGEN DER LANDESPROJEKTE**

**BESCHEINIGUNG FÜR DAS VERFAHRENSJAHR 2004**

*Hospital zum heiligen Geist  
Frankfurt*

<b>Projekt</b>	<b>Anzahl der im Jahr 2004 dokumentierten Leistungen</b>
<b>Gynäkologische Fälle Bund</b> (incl. Kombinationsfälle aus Land und Bund)	511
<b>Zusätzliche Gynäkologische Fälle</b> (Anlage 2 der Umsetzungsvereinbarung auf Landesebene)	468
<b>Schlaganfall Akut</b> (Anlage 1 der Umsetzungsvereinbarung auf Landesebene)	60

## **F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum**

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

<u>Projektbezeichnung</u>	<u>Projektstatus</u>
▪ Arbeitszeiterfassung	läuft
▪ Arbeitszeitmodelle Pflege	abgeschlossen
▪ Standards Endoskopie (Anpassung)	abgeschlossen
▪ Zielvereinbarungsgespräche	abgeschlossen
▪ Pflegestandards (Aktualisierung)	abgeschlossen
▪ Pflegeüberleitung (Überarbeitung)	abgeschlossen
▪ Einarbeitungskonzept (Fortentwicklung)	abgeschlossen
▪ Pflegeleitbild (Überarbeitung)	abgeschlossen
▪ Formularwesen Pflegedienst (Vereinheitlichung)	abgeschlossen
▪ Arbeitszeitmodelle Ärzte	läuft
▪ Erstellung eines Führungsleitfadens	läuft
▪ Erarbeitung eines Unternehmensleitbildes	abgeschlossen
▪ Einführung eines DIN-EN-ISO 9000:2000 Qualitätsmanagementsystems	läuft

### **Evaluation und Qualitätsmanagement in der psychosozialen Versorgung<sup>1</sup>**

Modernes Qualitätsmanagement ist charakterisiert durch eine kontinuierliche Suche nach Gelegenheiten, sich zu verbessern; dies setzt eine dauerhaft akzeptierte Unsicherheit über die Qualität des therapeutischen Handelns in wichtigen alltäglichen Handlungsbereichen voraus. Eine verbesserte Information über die tatsächliche Qualität ihrer Arbeit, die gleichzeitig Hinweise gibt, wie diese Informationen für die eigene klinische Arbeit genutzt werden kann, erleichtert den Therapeuten die Einstellung zur Qualitätssicherung. Vertrauensbildung durch Transparenz nach innen und außen sowie die Motivationssteuerung aller am Behandlungsprozess Beteiligten gewinnen für die Sicherung und den Ausbau der Qualität an Bedeutung.

## Das Heidelberger Modell - AQUASI<sup>1</sup>

Dieses Qualitätsmanagementprogramm "Aktives Internes Feedback-orientiertes Qualitätsmanagementsystem" arbeitet mit Informationen zu bestimmten Aspekten der psychotherapeutischen Versorgung; es lässt aber erheblichen Spielraum, mit welchen Instrumenten diese erhoben werden. Hauptzweck dieses Qualitätsmanagementsystems ist die Bereitstellung von Daten, um folgende Kernfragen der Qualität psychotherapeutischer Behandlungen zu erfassen:

a) Wer kommt zur Behandlung? Diese Information wird von der Mehrzahl der gegenwärtigen Benutzer durch die überregionale Basisdokumentation erfasst.

b) Welche therapeutischen Mittel werden in welchem Umfang eingesetzt?

c) Welches Ergebnis wird dabei erzielt?

Da Übereinstimmung besteht, dass in der ambulanten und stationären Psychotherapie psychische, körperlich-funktionelle und interpersonal-soziale Aspekte für die Bewertung des Ergebnisses berücksichtigt werden sollen, werden in AQUASI folgende Instrumente zur Dokumentation eingesetzt:

- Dokumentation: ÜBaDO bzw. Psych-BaDO
- Ergebnisqualität: **Therapeutenperspektive**
- BSS: Beeinträchtigungsschwere-Score
- THE: Direkte Ergebniseinschätzung durch den Therapeuten  
**Patientenperspektive**
- PAE: Direkte Ergebniseinschätzung durch den Patienten
- physisch GBB: Gießener Beschwerdebogen
- psychisch SCL-90-R: SymptomCheckList 90-R
- sozial-interpersonal IIP: Inventar interpersoneller Probleme
- sozial-interpersonal SOZU: Fragebogen zur sozialen Unterstützung
- Lebensqualität LQ: Fragebogen zur Lebenszufriedenheit / Ergänzungen
- ZUF-8: Patientenzufriedenheit
- HA: Therapeutische Arbeitsbeziehung
- EF-45: Ergebnisfragebogen

Die Daten werden zumindest zu zwei Zeitpunkten (Anfang - Ende) der Behandlung erhoben. Die für jeden Patienten individuelle Auswertung erfolgt computergestützt durch einen Bewertungsalgorithmus, in dem schrittweise klinisch plausible Anhaltspunkte, individuelle Verbesserungen und verfügbare Normwerte nach dem Konzept der klinischen Signifikanz berücksichtigt werden.

Insofern eine allgemeine therapieunspezifische Veränderung festgestellt werden soll - und das AQUASI-Programm zielt zunächst einmal auf diese -, ist das Fehlen spezifischer Messinstrumente unproblematisch. Auch die Patienten der ambulanten Therapie werden Werte im SCL-90-R haben, die denen der ambulanten Psychotherapie-Stichproben entsprechen dürften. Mit einem GSI-Wert von 1,0 liegen diese gut untersuchten klinischen Stichproben deutlich über dem Wert der nicht-klinischen Population mit einem Wert von GSI = 0,4. Entsprechend können klinisch signifikante Veränderungen zuverlässig bestimmt werden.

<sup>1</sup> Quelle: Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie, Libauer Straße 17, D-10245 Berlin

## **G Weitergehende Informationen**

### Redaktionell Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Carsten Müller  
stv. Verwaltungsdirektor  
Tel.: (069) 2196 - 2201  
Fax: (069) 2196 - 2288  
e-Mail: mueller.carsten@hohg.de

### Ansprechpartner:

Christel Bruhn  
Bereichsleiterin Personalabteilung  
Tel.: (069) 7601 - 3293  
Fax: (069) 7601 - 3633  
e-Mail: bruhn.christel@sthhg.de

Joachim Kiefer  
Geschäftsführer  
Tel.: (069) 7601 - 3203  
Fax: (069) 7601 - 3680  
e-Mail: kiefer.joachim@sthhg.de

Sonja Eichner  
Patientenfürsprecherin  
Tel.: (069) 2196 - 2733  
Fax: (069) 2196 - 2288  
e-Mail: eichner.sonja@hohg.de

Karin Kiesel-Klaus  
Chefapothekerin Zentralapotheke  
Tel.: (069) 7601 - 3533  
Fax: (069) 7692 - 52  
e-Mail: kiesel.klaus.karin@khnw.de

Prof. Dr. med. Klaus R. Genth  
Chefarzt der Medizinischen Klinik  
Tel.: (069) 2196 - 2420  
Fax: (069) 2196 - 2469  
e-Mail: genth.klaus@hohg.de

Dagmar Lavi  
Pflegedirektorin  
Tel.: (069) 2196 - 2249  
Fax: (069) 2196 - 2189  
e-Mail: lavi.dagmar@hohg.de

Heinz Görz  
Leiter Technik  
Tel.: (069) 2196 - 2251  
Fax: (069) 2196 - 2208  
e-Mail: goerz.heinz@hohg.de

Dr. med. Egon Lieb  
Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe  
Tel.: (069) 2196 - 2142  
Fax: (069) 2196 - 2227  
e-Mail: lieb.egon@hohg.de

Wolf-Rüdiger Heilmann  
Leiter Wirtschaftabteilung  
Tel.: (069) 7601 - 3217  
Fax: (069) 7601 - 3799  
e-Mail: heilmann.wolf@sthhg.de

Dr. med. Farahzad Majidian-Taleghani  
Leiterin Medizin Controlling  
Tel.: (069) 7601 - 4031  
Fax: (069) 7601 - 3480  
e-Mail: majidian.farahzad@hosc.de

Lätitia Hölzer & Gisela Löbbers  
Katholische und Evangelische Seelsorge  
Tel.: (069) 2196 - 2733  
Fax: (069) 2196 - 2288  
e-Mail: seelsorge@sthhg.de

Dr. med. Wolfgang Merkle  
Chefarzt der Psychosomatischen Klinik  
Tel.: (069) 2196 - 2101  
Fax: (069) 2196 - 2103  
e-Mail: merkle.wolfgang@hohg.de

Dr. med. Günter J. A. Messer  
Chefarzt des Radiologischen  
Zentralinstituts  
Tel.: (069) 2196 - 2438  
Fax: (069) 2196 - 2475  
e-Mail: messer.guenter@hohg.de

Dr. med. Gerd Neidhart  
Ärztlicher Direktor  
Chefarzt der Klinik für Anästhesie,  
operative Intensivmedizin,  
Schmerztherapie  
Tel.: (069) 2196 - 2269  
Fax: (069) 2196 - 2159  
e-Mail: neidhart.gerd@hohg.de

Hubert Pfeifer  
Innenrevision  
Tel.: (069) 7601 - 3779  
Fax: (069) 7601 - 3909  
e-Mail: pfeifer.hubert@sthhg.de

Sabine Schaub  
Sozialdienst  
Tel.: (069) 2196 - 2229  
Fax: (069) 2196 - 2128  
e-Mail: schaub.sabine@hohg.de

Udo Schmittner  
Verwaltungsdirektor  
Tel.: (069) 2196 - 2200  
Fax: (069) 2196 - 2288  
e-Mail: schmittner.udo@hohg.de

Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen  
Leiter Sektion Gefäßchirurgie  
Tel.: (069) 2196 - 2211  
Fax: (069) 2196 - 2561  
e-Mail: schmitz-rixen@em-uni-  
frankfurt.de

Heidi Schweizer  
Cafeteria "Pustoblume"  
Tel.: (069) 2196 - 2501  
Fax: -  
e-Mail: -

Bernhard Strohkorb  
Leiter EDV  
Tel.: (069) 7601 - 3916  
Fax: (069) 7601 - 3937  
e-Mail: strohkorb.bernhard@sthhg.de

Prof. Dr. med. Lothar Thomas  
Chefarzt Zentrallabor  
Tel.: (069) 7601 - 3252  
Fax: (069) 7601 - 3647  
e-Mail: thomas.lothar@khnw.de

Monika Uhlig  
Leiterin Finanzcontrolling  
Tel.: (069) 7601 - 3275  
Fax: (069) 7601 - 3287  
e-Mail: uhlig.monika@sthhg.de

Prof. Dr. med. Hannes Wacha  
Chefarzt der Chirurgischen Klinik  
Tel.: (069) 2196 - 2130  
Fax: (069) 2196 - 2506  
e-Mail: wacha.hannes@hohg.de

Dieter Wendling  
Leiter Finanzabteilung  
Tel.: (069) 7601 - 3210  
Fax: (069) 7601 - 3287  
e-Mail: wendling.dieter@sthhg.de

Dr. med. Annette Wittstock  
Leiterin Arbeitsmedizin und -sicherheit  
Tel.: (069) 2196 - 2215  
Fax: (069) 2196 - 2915  
e-Mail: wittstock.annette@sthhg.de

Christa Zimmermann  
Leiterin Patientenmanagement  
Tel.: (069) 2196 - 2208  
Fax: (069) 2196 - 2288  
e-Mail: zimmermann.christa@hohg.de

Links (z.B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage):

<http://www.bqs-online.de>

<http://www.dkgev.de>

<http://www.frankfurter-klinikallianz.de>

<http://www.g-ba.de>

<http://www.g-qb.de>

<http://www.gqhnet.de>

<http://www.hkg-online.de>

<http://www.hospital-zum-heiligen-geist.de>

<http://www.iki-giessen.de>

<http://www.krankenhaus-nordwest.de>

<http://www.laekh.de>

<http://www.stiftung-hospital-zum-heiligen-geist.de>

<http://www.wido.de>



Hospital zum heiligen Geist

