



Qualitätsbericht

Qualitätsbericht



2004

HELIOS
William Harvey Klinik
Bad Nauheim



2
QUALITÄTSBEREICH 2004





Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Kontakte	5
Einleitung	6
Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	7
Fachabteilungen	
Gefäßchirurgie	13
Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	17
Qualitätssicherung	19
Qualitätspolitik	21
Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	24
Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	30
Weitergehende Informationen	33
Klinikjahresbericht	34
Zahlen – Daten – Fakten	35
Klinik-Spezial	39
Ausblick 2005	42
Informationsschriften	43
So erreichen Sie uns	43
Impressum	43



Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Patientinnen und Patienten,

auch 2004 galt es für die deutschen Krankenhäuser erneut, sich auf Veränderungen des Gesundheitsmarktes einzustellen. Die Abrechnungen nach Fallpauschalen (dem DRG-System) hat dazu geführt, dass Untersuchungen und Behandlungen schneller in die Wege geleitet werden und die Liegezeiten sinken.

Anders als von manchen Kritikern befürchtet, kam es dabei nicht zu Nachteilen für die Patienten. HELIOS hat gezeigt, dass sogar das Gegenteil der Fall ist: Um die gleiche Behandlung wie früher in kürzerer Zeit durchzuführen, bedarf es eines Qualitätsmanagements – und das kommt jedem Patienten zugute. Wer die HELIOS Kliniken kennt, weiß, dass wir dies bereits seit Jahren erfolgreich praktizieren und regelmäßig dokumentieren. Daher freuen wir uns, dass die Politik jetzt mit dem künftig von jeder Klinik verlangten Qualitätsbericht unserem Vorbild folgt. Verglichen mit unseren Vorstellungen von Transparenz, zu denen auch die Dokumentation der Todeszahlen gehört, sind die staatlich verordneten Qualitätsberichte allerdings erst der Anfang. Der vorliegende Qualitätsbericht 2004 gibt Ihnen einen Überblick über die medizinischen Leistun-

gen und Ergebnisse der HELIOS William Harvey Klinik sowie über unser Qualitätsmanagement. Unsere Klinik ist ein Fachkrankenhaus für Gefäßerkrankungen, in dem Patienten mit arteriellen und venösen Erkrankungen sowie Lymphkranke- kungen spezialisiert behandelt werden. Ziel unserer Arbeit ist es, regionaler und überregionaler Ansprechpartner für Patienten mit Gefäßerkrankungen zu sein und unsere Patienten medizinisch und pflegerisch hochwertig zu versorgen. Darüber hinaus wollen wir, dass sich alle Patienten während ihres Aufenthalts bei uns wohlfühlen. Hierfür engagieren sich unsere Mitarbeiter täglich rund um die Uhr.

Jörg Schwarzer, Verwaltungsleiter

Dr. med. Gerhard Salzmännchen, Ärztlicher Direktor



Kontakte

Namen der Geschäftsführung

Jörg Schwarzer - Verwaltungsleiter

Dr. med. Gerhard Salzmann - Ärztlicher Direktor

Roswitha Stoll - Pflegedienstleitung

Bereich	Name	Tel. Sekretariat
Verwaltungsleiter	Jörg Schwarzer	06032-707/951
Ärztlicher Direktor und Chefarzt Gefäßchirurgie	Dr. med. Gerhard Salzmann	06032-707/910
Leitender Arzt Gefäßchirurgie	Dr. med. Hans-Werner Nestle	06032-707/910
Leitender Arzt Innere Medizin - Angiologie - Intensivmedizin	Dr. med. Karlfried Kainer	06032-707/910
Chefarzt Anästhesiologie - Notfallmedizin - Schmerztherapie	Dr. med. Klaus-Peter Ratthey	06032-707/910
Chefarzt Rehabilitationswesen	Dr. med. Reimund Prokein	06032-707/910





Einleitung

In der Vereinbarung zum strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss, bestehend aus der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Spitzenverbänden der Deutschen Krankenkassen unter Beteiligung der Bundesärztekammer sowie des deutschen Pflegerates die Veröffentlichung eines Qualitätsberichtes in zweijährigem Abstand durch alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser zur Information von Kassen, Patienten und einweisenden Ärzten beschlossen.

Für alle HELIOS Kliniken ist die Veröffentlichung von medizinischen Jahresberichten eine seit Jahren geübte Selbstverständlichkeit. Unser Konzern ist beispielgebend im Bereich des Qualitätsmanagements. Somit wird die HELIOS William Harvey Klinik als Bestandteil der HELIOS Kliniken GmbH die bisherige Tradition aufgrund der neuen gesetzlichen Vorgaben in leicht veränderter Form fortsetzen, ohne auf Erreichtes zu verzichten. Unsere Jahresberichte waren auch bisher schon umfassender als es die neue gesetzliche Vorgabe fordert. Wir werden für den Patienten und unsere einweisenden Ärzte wesentliche Informationen wie beispielsweise die Krankenhaussterblichkeit für wichtige Krankheitsbilder und Operationsverfahren auch in Zukunft weiter veröffentlichen. Dazu ergänzen wir den gesetzlich geforderten Bericht um wesentlich weiter reichende Angaben.

Im vorliegenden Qualitätsbericht sind die umfangreichen Aktivitäten zur Qualitätssicherung auf Krankenhaus- und Konzernebene nur sehr kurz dargestellt. Der Grund dafür liegt in der Beschränkung des Umfangs dieses Berichts durch die Vertragspartner in der „Vereinbarung zum strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 SGB V“. Der interessierte Leser kann sich in

unserem ebenfalls jährlich erscheinenden Medizinischen Jahresbericht ausführlich über die konzernweit standardisierten Projekte und vor allem über die Ergebnisse unserer Qualitätspolitik informieren. Die Schilderung der strukturellen Veränderungen innerhalb des Qualitätsmanagements erscheint uns zur Information über die Qualität der im Berichtsjahr geleisteten Arbeit als unzureichend. Daher haben wir spezielle Parameter der Ergebnisqualität, wie z. B. die Sterblichkeit, in unseren Bericht aufgenommen.

Anhand von Zahlen, Fakten, Texten und Bildern enthält der vorliegende neue Qualitätsbericht zahlreiche Informationen zu unserer Klinik, die dem Leser eine umfangreiche Darstellung der Aktivitäten im Jahr 2004 geben. Die Veröffentlichung der Ergebnisse unserer Qualitätspolitik ermöglicht dem Leser, die Verbesserung der Qualität der geleisteten Arbeit in der HELIOS William Harvey Klinik anhand von konkreten Zahlen nachzuvollziehen. Die angegebenen Daten sind identisch mit dem nach § 21 KHEntgG übermittelten Datensatz, Stand März 2005.



Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

Die HELIOS William Harvey Klinik ist spezialisiert auf Akutbehandlungen und Rehabilitationsverfahren für Krankheiten der Arterien, der Venen und der Lymphgefäße. Jedes Jahr vertrauen sich mehr als 15.000 Patienten mit Krampfaderleiden, Arterienverschlüssen, entzündlichen Gefäßerkrankungen, Lymphödemen u.ä. unserem Haus und der „Kassen- und Privatärztlichen Ambulanz“ unseres ärztlichen Direktors, Dr. med. Gerhard Salzmann, sowie unseres leitenden Gefäßchirurgen, Dr. med Hans-Werner Nestle an.

Zur optimalen Versorgung der Patienten bietet unsere Klinik von der ambulanten Diagnostik und Therapie bis hin zur stationären Akutbehandlung und Rehabilitation alle sinnvollen und notwendigen Untersuchungs- und Therapiemöglichkeiten bei Gefäßleiden an. Hierzu arbeiten ärztliche Kollegen der Fachdisziplinen Chirurgie, Innere Medizin, Anästhesie und Radiologie interdisziplinär eng zusammen.

Die Klinik liegt rund 30 km nördlich von Frankfurt/Main in der Jugendstil-Kurstadt Bad Nauheim. Unser Haus umfasst 86 Akut- und 170 Rehabilitationsbetten. Seit Mitte des Jahres 1999 ist die HELIOS William Harvey Klinik in der HELIOS Kliniken GmbH vertreten.

Anschrift:

HELIOS William Harvey Klinik
Am Kaiserberg 6
61321 Bad Nauheim
postmaster@badnauheim.helios-kliniken.de
www.helios-kliniken.de/badnauheim

Institutionskennzeichen des Krankenhauses:

260612077

Name des Krankenhausträgers:

Klinik Oberwald KG

Akademisches Lehrkrankenhaus:

Nein

Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V:

86

Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten 2.685

Ambulante Patienten 18.330

Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl stationäre Fälle	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)	Poliklinik/ Ambulanz ja (j)/ nein(n)
1800	Gefäßchirurgie	86	2.685	HA	Ja



Mindestens Top-30-DRGs (nach absoluter Fallzahl) des Gesamt-krankenhauses im Berichtsjahr mit Angabe der Sterblichkeiten

Von insgesamt 824 im DRG-Katalog 2004 aufgeführten DRGs werden in der HELIOS William Harvey Klinik 95 DRGs erbracht.

Rang	DRG 3-stellig	Text	Fallzahl	Todes- fälle Bad NH 2004 Anzahl	Erwartete Todesfälle Deutsch- land (3M)
1	F20	Entfernung von Krampfadern	1.488	0	0,2
2	F14	Operationen an Blutgefäßen ohne Herz-Lungen-Maschine, jedoch nicht: große Wiederherstellungsoperationen	217	3	4,3
3	F08	Große Operationen an Blutgefäßen ohne Herz-Lungen-Maschine (z. B. Operationen an der Bauchaorta oder sonstigen großen Schlagadern)	207	4	6,7
4	Z64	Nachbeobachtung nach ambulanten gefäßinterventionellen Maßnahmen	144	0	0,2
5	F65	Konservative Therapie von Erkrankungen der Blutgefäße an Armen oder Beinen	127	1	4,3
6	B04	Operationen an den Halsgefäßen (z. B. Operationen bei Verengung der Halsschlagader)	117	0	0,5
7	F63	Venengefäßverschlüsse (v. a. an den Beinen)	52	0	0,3
8	F19	Sonstige Eingriffe mit einem Katheter (z. B. Aufdehnung von Blutgefäßen im Bauchraum mit einem Ballon)	33	0	0,2
9	F28	Beinamputation aufgrund einer Kreislauferkrankung	33	3	4,6
10	F21	Sonstige Operationen am Blutkreislaufsystem (z. B. Wundversorgung bei Geschwür)	26	1	1,2
11	J02	Hauttransplantation / Hautersatz an den Beinen bei einem Geschwür oder einer Entzündung	24	0	0,5
12	E61	Verschluss von Lungen-Blutgefäßen (= Lungenembolie, z. B. durch ein verschlepptes Blut- oder Fettgerinnsel)	19	1	2,3
13	K01	Verschiedene Operationen (z. B. Wundversorgung bei Geschwür an den Füßen oder Beinen) bei Komplikationen der Zuckerkrankheit (= Diabetes)	19	2	0,8
14	F11	Beinamputation aufgrund einer Kreislauferkrankung mit Operation an Blutgefäßen	17	1	2,6
15	F13	Amputationen an Händen, Armen oder Fußzehen aufgrund einer Kreislauferkrankung	17	0	0,3
16	J64	Infektion / Entzündung der Haut oder Unterhaut	17	0	0,1
17	K60	Zuckerkrankheit (=Diabetes)	11	1	0,1
18	T61	Infektion nach Operation oder Unfall	9	0	0,1
19	K09	Untersuchungen und Behandlungen bei Hormon-, Ernährungs- oder Stoffwechselstörungen (z. B. Blutwäsche; Blutgefäßuntersuchungen)	6	0	0,0
20	B06	Operationen bei Lähmung, deren Ursache im Gehirn liegt (= zerebrale Lähmung), Muskelschwundkrankung oder sonstiger Nervenerkrankung	5	0	0,1
21	F73	kurzdauernde Bewusstlosigkeit, Ohnmacht	5	0	0,0
22	I20	Operationen am Fuß	5	0	0,0
23	J11	Sonstige Operationen der Haut, Unterhaut oder weiblichen Brust	5	0	0,0
24	J60	Offenes Hautgeschwür	5	0	0,2
25	J67	Leichte bis moderate Hautkrankheit (z. B. Nesselsucht, d.h. durch Quaddeln charakterisierte Hauterkrankung)	5	0	0,0
26	F75	Sonstige Krankheiten des Kreislaufsystems (z. B. Herzschwäche durch Aussackung einer / beider Herzkammern (= dilative Kardiomyopathie))	4	0	0,2
27	T01	Operationen (z. B. chirurgische Wundsäuberung) bei übertragbaren oder durch Parasiten hervorgerufene Krankheiten	4	0	0,1
28	F62	Herzermüdung, d. h. Unvermögen des Herzens, den erforderlichen Blutauswurf aufzubringen (= Herzinsuffizienz) oder Kreislaufkollaps	3	0	0,3
29	F66	Verkalkung / Verhärtung der Herzkranzgefäße	3	0	0,1
30	I27	Operationen am Weichteilgewebe (z. B. an Gelenkbändern und Sehnen sowie an Schleimbeuteln)	3	0	0,0

Die Sterblichkeit als Qualitätsparameter

Die Sterblichkeit ist einer der wichtigsten Parameter der medizinischen Ergebnisqualität. Sie ist das Wichtigste für den Patienten, einer der wesentlichen Outcome-Parameter in wissenschaftlichen Studien und – dies mag in diesem Zusammenhang seltsam klingen – vor allem sicher messbar. Bei vielen der so genannten „weichen“ Qualitätsparameter sind wir auf die genaue Erfassung durch die Kliniken angewiesen. Wundinfektionen, Nahtinsuffizienzen und andere Komplikationen müssen, damit sie aus-



wertbar werden, von denen, die daran gemessen werden sollen, kodiert werden. Wir bezweifeln, dass dies zuverlässig geschieht. Auch in den HELIOS-Kliniken werten wir viele derartige „weiche“ Qualitätsparameter aus. Wir stellen aber in vielen Fällen fest, dass die Anzahl der kodierten Komplikationen im Vergleich zu den oft bekannten zu erwartenden Komplikationsraten nicht plausibel ist. Dies muss nicht daran liegen, dass Komplikationen vorsätzlich nicht

kodiert werden. In vielen Fällen wird bei der Kodierung, die überwiegend bei der Entlassung des Patienten erfolgt, nicht an die Kodierung einer zwischenzeitlich erfolgreich behandelten Komplikation gedacht.

Aus diesen Gründen verfolgen wir zwar auch „weiche“ Qualitätsparameter, richten unser Hauptaugenmerk jedoch auf die Sterblichkeit. Da alle Todesfälle standesamtlich gemeldet werden müssen, ist ihre zuverlässige Erfassung sichergestellt. In die Auswertung der Routinedaten, die für den Abrechnungs- und Verwaltungsprozess erfasst werden, gehen alle Todesfälle ein. Dies unterscheidet das Verfahren positiv von Registern oder z.B. der Erfassung über die BQS, wo insbesondere bei Eingriffen mit niedrigem Sterberisiko das (letztlich nicht nachweisbare) „Weglassen“



einiger weniger kritischer Fälle die Ergebnisse erheblich verfälschen kann. Aus diesen genannten Gründen haben wir uns entschlossen, Angaben über die Sterblichkeit in unseren Qualitätsbericht aufzunehmen.



Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte werden vom Krankenhaus wahrgenommen?

Bezeichnung

Interdisziplinäres Gefäßzentrum mit den Bereichen Akutbehandlung und Rehabilitation

Welche serviceorientierten Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen?

Bezeichnung

Aufenthaltsräume

Beschwerdemanagement

Beschwerdestellen

Besondere Verpflegung möglich (vegetarisch, Diät, kosher...)

Bibliothek

Bringdienste

Cafeteria

Diät- und Ernährungsberatung

Fernsehanschluss am Bett/im Zimmer

Fernsehgerät am Bett/im Zimmer

Fernsehraum auf der Station

Fortbildungsangebote für Patienten bzw. Öffentlichkeit

Freie wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)

Friseur im Haus

Fußpflege im Haus

Internetzugang

Kiosk/Einkaufsmöglichkeiten

Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten

Kompressionsstrumpfvorsorgung

Orthopädietechnik

Parkanlagen

Patientenbetreuung und Sozialberatung

Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und operativen Verfahren

Patientenspeiseraum mit Büfettangebot

Privatklinik

Seelsorge

Telefon

Unterbringung Begleitperson

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus

Bezeichnung
Gefäßchirurgische Ermächtigungsambulanz, Dr. med. Gerhard Salzmann
Gefäßchirurgische Ermächtigungsambulanz, Dr. med. Hans-Werner Nestle
Ambulanz für Ultraschalldiagnostik, Dr. med. Reimund Prokein
Ambulante Eigenblutspende, Dr. med. Klaus-Peter Ratthey
Radiologische Gemeinschaftspraxis, Dr. med. Heino Meents und Partner
Ambulante Rehabilitation
Ambulante Krankengymnastik
Ambulante Lymphtherapie

Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte § 116 SGB V

Nein

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

Keine Abteilung

Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung § 116 a SGB V

nein

Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

Die Radiologieleistungen für unsere ambulanten und stationären Patienten werden von einer radiologischen Gemeinschaftspraxis erbracht, die in die Räumlichkeiten unserer Klinik integriert ist und in Bad Nauheim noch weitere Standorte unterhält.

- Einbringen von Cava-Filtern bei Thrombosen
- Kernspintomographie, Computertomographie, Nuklearmedizin, Mammographie und konventionelle Radiologie werden an weiteren Standorten in Bad Nauheim genutzt

Das Leistungsspektrum umfasst unter anderem:

- Computergestützte Darstellung der Arterien und Venen
- Beseitigung von Gefäßverengungen und Verschlüssen mit verschiedenen Kathedertechniken wie Ballondilatation einschl. an den Halschlagadern, Rekanalisationsverfahren, Lysebehandlung





Apparative Ausstattung der Klinik

Bezeichnung	Vorhanden	Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt
Angiographie	Ja	Ja
Computertomographie (CT)	Ja	Ja
Elektroenzephalogramm (EEG)	Nein	Nein
Hämostaseologisches Speziallabor	Ja	Nein
Herzkatheterlabor	Nein	Nein
Magnetresonanztomographie (MRT)	Ja	Ja
moderne Ultraschalldiagnostik	Ja	Ja
Positronenemissionstomographie (PET)	Nein	Nein
Schlaflabor	Nein	Nein
Szintigraphie	Ja	Nein

Therapeutische Möglichkeiten

Bezeichnung	Vorhanden
Abteilung für Rehabilitation	Ja
Balneotherapie	Ja
Bestrahlung	Nein
Dialyse	Nein
Eigenblutspende	Ja
Einzelpsychotherapie	Ja
Ergotherapie	Ja
Gruppenpsychotherapie	Ja
Krankengymnastik	Ja
Lehrküche	Ja
Logopädie	Ja
Lymphtherapie	Ja
Patientenschulungen	Ja
Physiotherapie	Ja
Psychoedukation	Ja
Raucherentwöhnung	Ja
Schmerztherapie	Ja
Thrombolyse	Ja



Fachabteilungen

Gefäßchirurgie

In unserem Hause werden die Patienten interdisziplinär gefäßchirurgisch und internistisch/angiologisch versorgt. Weiterhin verfügen wir über eine interdisziplinäre Intensivstation, die unter der Leitung eines internistischen Intensivmediziners steht.

Unsere Klinik nimmt an der Notfallversorgung des Wetteraukreises teil und ist Bestandteil des MANV (Notfall- bzw. Katastrophenkonzept für den Massenansturm von Verletzten). 3 unserer leitenden Ärzte sind leitende Notärzte des Wetteraukreises.

Gefäßchirurgische Leitung Ärztlicher Direktor und Chefarzt

Dr. med. Gerhard Salzmann

Leitender Arzt

Dr. med. Hans-Werner Nestle

Leistungsspektrum

- Gefäßrekonstruktionen bei Durchblutungsstörungen der Arm-, Bein- und Halsschlagader
- Operationen an der Aorta (Bauchschlagader) und anderen Gefäßen wie an Nieren und Darm
- Kombinierte Gefäßeingriffe mit dem Einsatz von Kathedertechniken (Ballondilatation, Stentimplantation)
- Krampfaderchirurgie stationär und ambulant, stadiengerechtes Krampfaderstripping, endoskopische Verfahren, minimalinvasive Techniken
- Chirurgie des Ulcus cruris, spezielle Operationen bei nicht heilenden Geschwüren (endoskopische paratibiale Fasziotomie, Hauttransplantationen)
- Differenzierte Amputationen im Fuß und Beinbereich
- Therapie des diabetischen Fußsyndroms
- Prästationäre Diagnostik zur Beurteilung des Operationsrisikos von gefäßchirurgischen Eingriffen

Leitung für den Bereich Innere Medizin und Intensivmedizin

Leitender Arzt

Dr. med. Karlfried Kainer

Leistungsspektrum

- Konservative Behandlungsverfahren bei Durchblutungsstörungen
- Diagnose und Therapie von Herz- und Lungenkrankheiten
- Endokrine und Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus
- Interdisziplinäre Intensivstation zur Überwachung nach gefäßchirurgischen Operationen
- Behandlung von Patienten mit Organversagen (Herz, Lunge, Nieren) und Schlaganfall
- Lysetherapie
- Behandlung von Stoffwechsellagestörungen

Leitung für den Bereich Anästhesiologie, Notfallmedizin und Schmerztherapie

Chefarzt

Dr. med. Klaus-Peter Ratthey

Leistungsspektrum

- Allgemeinanästhesie mit Larynxmaske oder Intubationsnarkose
- Regionalanästhesien wie Armplexus-, Spinal- und Periduralanästhesien
- Intensivtherapie nach Gefäßoperationen
- Notfallbehandlung im Rahmen des Notarztdienstes
- Ambulante u. stationäre Schmerztherapie nach Maßnahmen zur Verbesserung der Durchblutung
- Eigenblutspende



Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Bezeichnung
Arzt-Patienten-Seminare
Diabetesschulung
Eigenblutspende
Einzelpsychotherapie
Ergotherapie
Ernährungs-/Diätberatung
Facharzt 24 Std. in der Abteilung
Fortbildungsangebote für Patienten bzw. Öffentlichkeit (z.B. Diabetesschulung, et cet.)
Gruppenpsychotherapie
Logopädie
Physiotherapie
Psychoedukation
Regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen für Hausärzte
Schmerztherapie
Sozialdienst
Thrombolysen
Vermittlungshilfe zu Selbsthilfegruppen

Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Operationen am Blutgefäßsystem

Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Bezeichnung
Allgemeine Sprechstunden
Beratungsangebote für spezifische Patientengruppen
Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und operativen Verfahren
Unterbringungsmöglichkeit von Begleitpersonen
Patientenschulung zur Selbstmessung der Blutgerinnung
Spezielle Gerinnungsdiagnostik und Beratung
Volumetrie zur Messung von Lymphödemen

**Mindestens die Top-10-DRGs (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr**

Rang	DRG 3-stellig	Text	Fallzahl
1	F20	Entfernung von Krampfadern	1.488
2	F14	Operationen an Blutgefäßen ohne Herz-Lungen-Maschine, jedoch nicht: große Wiederherstellungsoperationen	217
3	F08	Große Operationen an Blutgefäßen ohne Herz-Lungen-Maschine (z. B. Operationen an der Bauchschiagader oder sonstigen großen Schiagadern)	207
4	Z64	Nachbeobachtung nach ambulanten gefäßinterventionellen Maßnahmen	144
5	F65	Konservative Therapie von Erkrankungen der Blutgefäße an Armen oder Beinen	127
6	B04	Operationen an den Halsgefäßen (z. B. Operationen bei Verengung der Halsschiagader)	117
7	F63	Venengefäßverschlüsse (v.a. an den Beinen)	52
8	F19	Sonstige Eingriffe mit einem Katheter (z.B. Aufdehnung von Blutgefäßen im Bauchraum mit einem Ballon)	33
9	F28	Beinamputation aufgrund einer Kreislauferkrankung	33
10	F21	Sonstige Operationen am Blutkreislaufsystem (z.B. Wundversorgung bei Geschwür)	26

Mindestens die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	ICD-10 3-stellig	Text	Fallzahl
1	I83	Krampfadern der unteren Gliedmaßen	1.480
2	I70	Blutgefäßverkalkung	487
3	Z04	Nachbeobachtung nach ambulanten Gefäßinterventionen	145
4	I65	Verschluss und Verengung von arteriellen Blutgefäßen vor dem Gehirn gelegen ohne daraus folgenden Gehirnfarkt	121
5	I80	Erkrankung venöser Gefäße, Blutgerinnsel, Entzündung, Entzündung mit Blutgerinnselbildung	59
6	E11	Zuckerkrankheit Typ II (Alterszucker)	54
7	I74	Blutgerinnsel eines arteriellen Blutgefäßes und Gefäßverschluss	45
8	T82	Komplikationen bei Gefäßbypässen	45
9	L97	Unterschenkelgeschwür (Ulcus cruris)	38
10	I72	Umschriebene Krankhafte Wandausbuchtung an der Hauptschiagader	22

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

Rang	OPS-301 4-stellig	Text	Fallzahl
1	5-385	Unterbindung, Herausschneiden und Ziehen von Krampfadern	4.970
2	8-836	Geschlossener Gefäßeingriff (durch Haut und Gefäß hindurch)	202
3	5-395	Operation an Blutgefäßen zur Gefäßerweiterung oder Defektdeckung	199
4	5-393	Anlegen eines anderen Umgehungskreislaufes an Blutgefäßen	178
5	5-895	Vollständige und ausgedehntes Ausschneiden von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	110
6	5-893	Chirurgische Wundtoilette (Wunddebridement) und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	89
7	5-394	Erneute Operation (Korrektur) einer Blutgefäßoperation	73
8	5-386	Andere Herausschneiden von (erkrankten) Blutgefäßen und Entnahme von Blutgefäßen zur Verpflanzung	71
9	5-380	Eröffnung eines Gefäßes zur Entfernung eines Gefäßpfropfes und Blutpfropfes	70
10	5-864	Amputation einer unteren Gliedmaße im Gelenk	69





Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Ambulante Operationen nach §115b SGB V Gesamtzahl (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr
Erbrachte Anzahl: 231

Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr

Rang	EBM-Nr.	Text	Fallzahl
1	2862	Crossektomie und/oder Exstirpation der Vena saphena magna, ggf. einschl. der Vena saphena parva, ggf. einschl. Exstirpation oder subfaszialer Ligatur von Seitenastvarizen	113
2	2860	Exstirpation oder subfasziale Ligatur von Seitenastvarizen oder insuffizienten Perforansvenen	45
3	2861	Crossektomie und/oder Exstirpation der Vena saphena parva, ggf. einschl. Exstirpation oder subfaszialer Ligatur von Seitenastvarizen	24
4	2860	Lokale Seitenast-Exhairese	14
5	2860	Exhairese Seitenastvarikose	14

Fachgebiet/Klinken mit Hochschulambulanz gemäß §117 SGB V
Erbrachte Anzahl: entfällt

Psychiatrische Institutsambulanz gemäß §118 SGB V: nein

Sozialpädiatrisches Zentrum gemäß § 119 SGB V: Nein

Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
1800 Gefäßchirurgie	22	11	11
Gesamt	22	11	11

Anzahl Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 5

Die in der Vereinbarung der Selbstverwaltungsgremien geforderten Angaben zu Anzahl und Art der Personalqualifikation pro Fachabteilung halten wir für obsolet. Die moderne Medizin erfordert interdisziplinäre Behandlungskonzepte, die Bildung von an Krankheitsgruppen orientierten Kompetenzzentren und fachübergreifende Orga-

nisationsstrukturen. Dementsprechend sind für uns beispielsweise interdisziplinär genutzte Stationen eine Selbstverständlichkeit. Wir können daher nur über die Gesamtzahl und die Qualifikation aller in unserem Haus beschäftigten Mitarbeiter informieren, da eine Zuordnung zu einzelnen Abteilungen nicht möglich ist.

Mitarbeiter* pro Dienstart

Gesamt	170	100%
Ärztlicher Dienst	27	15,88%
Pflegedienst	63	37,06%
Medizinisch-technischer Dienst	38	22,35%
Funktionsdienst	14	8,24%
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	0	0,00%
Verwaltung	19	11,18%
Sonstiges Personal	9	5,29%

* Personen (Köpfe)
Ohne HELIOS-Catering- und -Service-Mitarbeiter





Qualitätssicherung

Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

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

Leistungsspektrum nimmt die HELIOS William Harvey Klinik an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Leistungsbereich	Leistungs- bereich wird erbracht	Teilnahme an der externen Qualitäts- sicherung	Dokumen- tationsrate Kranken- haus	Dokumen- tationsrate Bundes- Durch- schnitt*
(HCH) Isolierte Aortenklappenchirurgie	Nein	Nein		
(12/1) Cholezystektomie	Nein	Nein		
(15/1) Gynäkologische Operationen	Nein	Nein		
(09/1) Herzschrittmacher-Erstimplantation	Nein	Nein		
(09/2) Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Nein	Nein		
(09/3) Herzschrittmacher-Revision/-Explantation	Nein	Nein		
(HTX) Herztransplantation	Nein	Nein		
(17/1) Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	Nein	Nein		
(17/3) Hüfttotalendoprothesen-Wechsel	Nein	Nein		
(10/2) Karotis-Rekonstruktion	Ja	Ja	97,2 %	95,55 %
(17/5) Knieendoprothesen-Erstimplantation (TEP)	Nein	Nein		
(17/6) Knieendoprothesen-Wechsel	Nein	Nein		
(HCH) Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Nein	Nein		
(21/3) Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	Nein	Nein		
(HCH) Isolierte Koronarchirurgie	Nein	Nein		
(18/1) Mammachirurgie	Nein	Nein		
(16/1) Geburtshilfe	Nein	Nein		
(DEK) Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	Nein	Nein		
(17/2) Hüftendoprothesen-Erstimplantation	Nein	Nein		
Gesamt			97,2 %	95,55 %

Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V

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

Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)

nein

Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease Management-Programmen (DMP)

nein

Mindestmengen

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

Lebertransplantation

Mindestmenge Krankenhaus: 10

Erbracht: Nein

Nierentransplantation

Mindestmenge Krankenhaus: 20

Erbracht: Nein

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus

Mindestmenge Krankenhaus: 5

Mindestmenge pro Arzt: 5

Erbracht: Nein

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas

Mindestmenge Krankenhaus: 5

Mindestmenge pro Arzt: 5

Erbracht: Nein



Stammzelltransplantation

Mindestmenge Krankenhaus: 10

Erbracht: Nein

Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V





Qualitätspolitik

Konzernweites Qualitätsmanagement der HELIOS Kliniken GmbH

Die HELIOS William Harvey Klinik ist Teil der HELIOS Kliniken GmbH und somit in das bundesweit führende, konzernweite Qualitätsmanagementsystem der HELIOS Kliniken GmbH integriert. Die Einbindung in ein über die Grenzen des eigenen Krankenhauses hinausreichendes Qualitätsmanagementsystem ist gegenüber einem nur hausintern etablierten System von erheblichem Vorteil, da vom Haus unabhängige Kontrollmechanismen etabliert werden und durch offene Vergleiche mit anderen Kliniken des Konzerns ein konstruktiver Qualitätswettbewerb gefördert wird.

Die HELIOS Kliniken GmbH hat in den letzten Jahren einen neuartigen Qualitätssicherungsprozess entwickelt und etabliert. Im Mittelpunkt steht das messbare Behandlungsergebnis. Wir messen monatlich die Ergebnisqualität der medizinischen Behandlung in allen Kliniken des Konzerns anhand von jeweils über 400 Kennzahlen. Unsere Erfahrungen mit diesem System sind ausgesprochen positiv. So konnten wir durch Anwendung dieses Qualitätsmanagementsystems die in unseren Konzernzielen formulierten, an externen Standards orientierten Qualitätsvorgaben erreichen bzw. in den meisten Fällen übertreffen. Die Definition medizinischer Ziele und die regelmäßige, zeitnahe Rückmeldung der Ergebnisse an alle Chefärzte des Konzerns führen zu einer intensiven Beschäftigung von Ärzten und Management mit den eigenen Ergebnissen und deren Verbesserung. Verstärkt wird dies durch Transparenz. So publizieren wir die medizinischen Konzernziele und -ergebnisse im Internet unter www.helioskliniken.de. Ausführliche Auswertungen veröffentlichen wir seit 2000 in

unseren Medizinischen Jahresberichten. Ausgehend von unseren Erfahrungen haben wir ein gemeinsames Projekt mit dem AOK Bundesverband begonnen, um Qualitätssicherungsinformationen aus den Routinedaten der Krankenkassen herzuleiten. Dadurch ergeben sich Möglichkeiten, die über ein krankenhausinternes Verfahren weit hinausgehen, indem sich Langzeitergebnisse verfolgen und qualitätsverbessernde Maßnahmen ableiten lassen.

Aus der Sicht unserer Patienten kommt es vor allem auf das Ergebnis der Krankenhausbehandlung an. Jeder Patient erwartet eine fehlerfreie, risikoarme Behandlung, die ihn möglichst gesund macht oder aber – wenn dies nicht möglich ist – seinen Gesundheitszustand bessert bzw. stabilisiert. Bisherige Qualitätssicherungsverfahren in Deutschland zielen vor allem auf die Strukturqualität. Ob eine gute Strukturqualität allerdings auch zu einem guten Ergebnis führt, bleibt offen. Daher steht im Mittelpunkt unserer Qualitätspolitik das messbare Behandlungsergebnis. Damit erfüllen wir bereits jetzt eine aus Patientensicht zentrale Anforderung an den Qualitätsbericht, die im Rahmen des Büros der Patientenbeauftragten für Berlin in Zusammenarbeit mit dem Berliner Selbsthilfeforum chronisch kranker und behinderter Menschen und dem Berliner Arbeitskreis Patienteninformation erarbeitet wurde.

Die wesentlichen Schritte bei der Entwicklung des neuartigen Qualitätssicherungsprozesses im Rahmen der Qualitätspolitik der HELIOS Kliniken GmbH sind:

- die Definition messbarer Ergebnisziele
- die Messung des tatsächlichen Behandlungsergebnisses der Kliniken anhand von Kennzahlen

- eine für alle Beteiligten transparente, regelmäßige monatliche Rückmeldung der Ergebniskennzahlen an die Ärzte und die Geschäftsführung sowie die interne und externe Veröffentlichung der Kennzahlen
- ein mittlerweile gut etablierter interner Prozess zur messbaren Verbesserung der Ergebnisse mit Unterstützung durch interne Peer-Review-Verfahren

Die von uns im Jahr 2000 im HELIOS-Konzern eingeführte Qualitätssicherung mit Routinedaten erfordert keinen zusätzlichen Dokumentationsaufwand vor Ort – was vor allem unsere Ärzte begrüßen, da ihnen somit mehr Zeit für ihre eigentliche Aufgabe, die Betreuung der Patienten, bleibt. Die Daten sind qualitativ sehr verlässlich, da sie direkt aus den zu Abrechnungszwecken in den Klinikinformationssystemen erfassten Informationen gewonnen werden und auch extern durch Krankenkassen und MDK geprüft werden.

Damit ist auch die Auswertung aller behandelten Fälle garantiert. Ergebnisse und Auswertungen können sehr zeitnah, das heißt alle vier Wochen, präsentiert und veröffentlicht werden, was zu einer großen Transparenz und exzellenten Steuerbarkeit führt.

Auf der Basis der Erfahrungen mit der Auswertung medizinischer Daten hat unser Krankenhaus als Mitglied der HELIOS Kliniken GmbH erstmals in Deutschland medizinische Unternehmensziele definiert. Prinzipielles Ziel ist es, mit Hilfe fokussierter Unternehmensziele:

1. die Qualität beeinflussbarer Behandlungsprozesse weiter zu verbessern,
2. die Umsetzung von Innovationen im Konzern zu verfolgen und zu beschleunigen,

3. erkannte Qualitätsdefizite in bestimmten Bereichen zu beseitigen und
4. mindestens die Qualität der Vergleichsgruppe zu erreichen bzw. zu überschreiten.



An der Formulierung der jährlich neu definierten Unternehmensziele sind die Geschäftsführung, der Medizinische Beirat und die jeweiligen medizinischen Fachgruppen des Konzerns beteiligt. Zusammenfassend lassen sich die Erfolgsfakto-



ren der Qualitätspolitik der HELIOS Kliniken GmbH folgendermaßen beschreiben:

- Die Veröffentlichung aller, auch der schlechten Ergebniskennzahlen verbunden mit einer kompletten internen Transparenz hat die Bemühungen zur Verbesserung innerhalb des Konzerns forciert und einen internen Qualitätswettbewerb ausgelöst. Im Gegensatz zu den offiziellen Qualitätssicherungsverfahren erhält in den HELIOS Kliniken nicht nur der betroffene Chefarzt selbst seine Ergebnisse, sondern alle Chefarzte des Konzerns sowie alle Geschäftsführungsebenen.
- Das Qualitätsmanagement ist nicht allein Sache der Ärzte. Die Verwaltungsleiter und alle Geschäftsführungsebenen sind für die Qualitätsergebnisse mitverantwortlich.
- Das Kennzahlensystem wurde ergänzt durch ein internes Peer-Review-Verfahren, in dem bei fraglichen Ergebnissen vor Ort anhand der Aktenlage Problemfälle untersucht, Schwachstellen analysiert und ggf. Verbesserungsmaßnahmen definiert und umgesetzt werden.
- Die anfänglich bestehende erhebliche Skepsis hinsichtlich der Kennzahlen („keine hinreichende Risikoadjustierung, schwere Fälle werden nicht erkannt“) konnte gerade aufgrund der Einzelfallanalysen vor Ort durchbrochen werden.
- Das Verfahren wird insbesondere von den beteiligten Ärzten akzeptiert und – im Gegensatz zu vielen der laufenden externen Qualitätssicherungsaktivitäten – als Auseinandersetzung mit tatsächlicher medizinischer Qualität verstanden.
- Die Methodik der Auswertung auf der Basis der Routinedaten ist für alle Beteiligten das beste Verfahren. Die auf Routinedaten basierenden Analysen sind vollständig, behandeln alle betroffenen Kliniken methodisch gleich und verursachen vor allem keinen zusätzlichen Erfassungsaufwand.
- Die relevanten Ergebniskennzahlen sind nicht von der (Daten-)Erfassung abhängig. Kennzahlen, die von der Vollständigkeit der Erhebung bei den Betroffenen abhängen, werden in der Regel nicht angewandt. Dadurch wird vermieden, dass „der Ehrliche der Dumme“ ist. Aus diesem Grunde kommt der Sterblichkeit eine zentrale Position im Kennzahlensystem zu.
- Der Fokus des Qualitätsmanagements liegt bei den medizinischen Ergebnissen. Die Verbesserung der Strukturqualität ist dabei „Mittel zum Zweck“, aber niemals Selbstzweck. Damit hebt sich die Qualitätsstrategie der HELIOS Kliniken von vielen offiziellen Verfahren ab, in denen die Strukturqualität (z. B. Zertifizierung) ohne Ergebnisbezug im Vordergrund steht.
- Die Auswahl der Schwerpunkte für eine Qualitätsverbesserung betraf und betrifft wesentliche, zum Teil sehr komplexe Krankheitsbilder, bei denen Qualitätsprobleme verschiedener Art auftreten können bzw. sichtbar werden. Eine Verbesserung der Sterblichkeit bei diesen Erkrankungen bzw. Prozeduren macht eine umfassende Qualitätsverbesserung der Behandlungsabläufe zwingend erforderlich.

Unser strategisches Ziel für das Berichtsjahr 2004 lautete: Qualitätsführerschaft im Akutklinikmarkt – im Qualitätsbericht und medizinischen Jahresbericht haben wir die Ergebnisse unserer Arbeit dokumentiert.



Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

Aufbau eines einrichtungs- internen Qualitätsmanagements

Organisationsstruktur des konzerneigenen Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement der HELIOS William Harvey Klinik ist in seiner Organisationsstruktur untrennbar mit dem Qualitätsmanagement des gesamten Konzerns verbunden. Daher können wir den Aufbau unserer Organisationsstrukturen nur im Zusammenhang mit dem konzernweiten Qualitätsmanagementsystem darstellen.

Das Qualitätsmanagement der HELIOS William Harvey Klinik wie in allen anderen HELIOS-Kliniken ist eine gemeinsame Aufgabe der leitenden Ärzte und der Geschäftsführung. Auf ärztlicher Seite werden die Aktivitäten im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung durch den medizinischen Beirat und die Fachgruppen in Kooperation mit der Geschäftsführung und dem zentralen Bereich Medizinische Entwicklung vorangetrieben.

Der medizinische Beirat besteht aus vier ernannten Mitgliedern, die alle Chefärzte mit langjähriger Zugehörigkeit zum Konzern sind. Der medizinische Beirat ist an der Definition und Umsetzung der Qualitätsziele beteiligt. Die Mitglieder des medizinischen Beirats, die jeweils einzelne Regionen betreuen, sind insbesondere in neu hinzukommenden Kliniken aktiv, beraten dort die Ärzte in allen Fragen der Konzernintegration und vermitteln die qualitativen Zielsetzungen der HELIOS-Kliniken. Der medizinische Beirat organisiert ferner in Zusammenarbeit mit dem zentralen Bereich Medizinische Entwicklung die – im nächsten Kapitel erläuterten – Peer-Review-Verfahren im Konzern.

Die medizinischen Fachgruppen sind entsprechend den jeweiligen Fachgebieten organisiert. In

den medizinischen Fachgruppen arbeiten jeweils alle leitenden Ärzte eines Fachgebiets aus allen Kliniken des Konzerns zusammen. Fachgruppenleiter ist jeweils einer der Chefärzte. Jeder medizinischen Fachgruppe ist ferner jeweils ein Geschäftsführer aus der erweiterten Geschäftsführung des Konzerns zugeordnet. Der jeweilige Fachgruppenleiter ist zusammen mit dem Geschäftsführer verantwortlich für die im Folgenden kurz skizzierten Aktivitäten der Fachgruppen:

- Festlegung HELIOS-interner Behandlungsleitlinien
- Weiterentwicklung und Umsetzung der Konzernziele
- Definition und Umsetzung weiterer fachgruppenspezifischer medizinischer Ziele
- Organisation des fachgruppeninternen Selbst-Review-Verfahrens
- Diskussion und Nachverfolgung der Ergebnisse der Selbst-Review- und der Peer-Review-Verfahren und der sich daraus ergebenden Verbesserungsmöglichkeiten (gegebenenfalls mit Rückwirkung auf die Leitlinien)
- Zentrale Verfolgung und Nachuntersuchung aller Todesfälle bei bestimmten Eingriffen mit niedrigem Operationsrisiko
- Verfolgung neuer, fachgruppenspezifischer medizinischer Entwicklungen und rasche Umsetzung von Innovationen im eigenen Fachgebiet
- Interdisziplinäre Abstimmung von Behandlungsverfahren und Umsetzung organisatorischer Verbesserungen
- Verbesserung der Weiterbildung im Konzern
- Standardisierung der Verfahrensabläufe, der Verbrauchsmaterialien sowie der Medikamente (in Zusammenarbeit mit den Apotheken und dem zentralen Einkaufsbereich).



In der Fachgruppenarbeit wird Wert darauf gelegt, die medizinischen Ziele so zu definieren, dass eine quantitative Messung über die im Konzern – in der Regel zu Abrechnungszwecken – erhobenen medizinischen Routinedaten möglich ist. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass es sich bei den Zielvereinbarungen nicht allein um Absichtsbekundungen handelt. Soweit irgend möglich wird vielmehr verfolgt, ob und wann interne Festlegungen tatsächlich umgesetzt werden. Dies gilt äquivalent auch für die internen Leitlinien. Auch diese werden daran gemessen, ob sie zu Verbesserungen in den Ergebnissen führen.

Qualitätsbewertung

Die HELIOS Kliniken GmbH hat in Deutschland erstmals Routinedaten zur Messung der Ergebnisqualität eingesetzt. Aufgrund der Umstellung der Abrechnungsverfahren stehen uns alle wichtigen medizinischen Daten des Behandlungsfalles in den Abrechnungssystemen der Kliniken zur Verfügung. Wir exportieren die anonymisierten Datensätze für die Krankenhaufälle, die u. a. die Diagnosen, Prozeduren, demographische Merkmale und Abrechnungsinformationen enthalten und leiten einerseits das betriebswirtschaftliche Controlling, andererseits die Qualitätskennzahlen aus diesen Datensätzen ab. Wir sind so in der Lage, alle Qualitätskennzahlen zu ermitteln, die sich aus den nach ICD und OPS-301 verschlüsselbaren Informationen und den demographischen Daten bzw. aus Kombinationen dieser Merkmale ableiten lassen. Auf diese Weise verfolgen wir derzeit kontinuierlich über 400 statistische Kennzahlen, die die Ergebnisqualität in den verschiedensten Fachgebieten betreffen. Die prioritären Konzernziele 2004 mit derzeit 10 Kennzahlen, in 22 Subziele untergliedert, sind eine Teilmenge dieser Gesamtanalyse.

Alle Kennzahlen werden monatlich ermittelt, vergleichend über alle Kliniken des Konzerns dargestellt und den Chefärzten aller Kliniken, der Geschäftsführung und den Verwaltungsleitern zur Verfügung gestellt. Auf diese Weise besteht komplette Transparenz, d. h. jeder leitende Arzt kann auch die Ergebnisse seiner Kollegen einsehen. Schon dadurch entsteht hinsichtlich der Qualitätskennzahlen eine konstruktive interne Wettbewerbssituation.

In Deutschland stehen nach Einführung der DRG mit den Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz zwar erstmals sehr umfassende Informationen über alle Krankenhaufälle zur Verfügung. Diese werden aber bisher nur begrenzt genutzt. Die Sterblichkeit wird in der Veröffentlichung der § 21-Statistiken durch das InEK nicht mit publiziert. Aus diesem Grunde kann sich ein Qualitätswettbewerb auf dieser Basis derzeit nicht entwickeln.

Das zentrale Ziel der Verbesserung der Ergebnisqualität hat auch Vorrang vor der Mindestmengen Diskussion. Die Mindestmengen sind ein Surrogatparameter, der aktuell in Deutschland sehr unkritisch diskutiert wird. Es gibt Eingriffe, bei denen der statistische Zusammenhang zwischen Menge und Ergebnisqualität (in der Regel gemessen über die Sterblichkeit) hoch ist (z. B. Ösophagusoperationen). Bei diesen Eingriffen ist es unbestritten gerechtfertigt, die Zusammenfassung in Zentren zu fördern. Es gibt jedoch Verfahren, bei denen ein statistischer Zusammenhang von Menge und Qualität gemessen über alle Einrichtungen zwar nachweisbar ist, die Streubereiche der Sterblichkeit in Einrichtungen mit niedriger und hoher Fallzahl sich aber sehr weit überschneiden. Es gibt folglich Einrichtungen mit geringerer Fallzahl, die eine sehr gute Ergebnisqualität vorweisen können und umgekehrt Einrichtungen mit hoher Fallzahl, bei

denen sich eine vergleichsweise schlechte Ergebnisqualität zeigt. Es ist daher nicht gerechtfertigt, allein aufgrund der Mengen eine Zentralisierung zu fordern. Es ist vielmehr unverzichtbar, dass gerade die Einrichtungen mit hoher Fallzahl ihre tatsächliche Ergebnisqualität belegen. Dies muss nach unserer Auffassung anhand der Routinedaten geschehen, um zu vergleichbaren Daten zu kommen und die Ausgrenzung von Problemfällen zu verhindern. Es sei hier auch angemerkt, dass geringere Fallzahlen gelegentlich auch ein Indiz für eine vorsichtiger Indikationsstellung sein können. Dies muss nicht die Vermeidung risikoreicher Operationen bedeuten, sondern

Wir bewerten daher die Ergebnisqualität anhand in den HELIOS Kliniken entwickelter Parameter, wie z. B. der DRG-adjustierten relativen Sterblichkeit. Die Sterblichkeit ist einer der wichtigsten Parameter der medizinischen Ergebnisqualität. Sie ist das Wichtigste für den Patienten, sie ist einer der wesentlichen Outcome-Parameter in wissenschaftlichen Studien und sie ist – dies mag in diesem Zusammenhang seltsam klingen – vor allem auch sicher messbar. Bei vielen der so genannten „weichen“ Qualitätsparameter sind wir darauf angewiesen, dass diese von den Kliniken genau erfasst werden. Wundinfektionen, Nahtinsuffizienzen und andere Komplikationen



kann die medizinisch sinnvolle Vermeidung von Eingriffen kennzeichnen, bei denen das Risiko nicht in angemessenem Verhältnis zum zu erwartenden Ergebnis steht. Die Fallzahl kann demnach zwar ein mittelbares Indiz für Qualität sein, muss es aber nicht. Es ist kaum verständlich, warum in Deutschland so viel über die Mindestmengen diskutiert wird. Da die direkte Messung der Ergebnisqualität auf der Basis von Routinedaten auch in Deutschland möglich ist, ist die Diskussion der Surrogatparameter im Prinzip obsolet.

müssen, damit sie auswertbar werden, von denen, die daran gemessen werden sollen, kodiert werden. Wir bezweifeln, dass dies zuverlässig geschieht. Auch in den HELIOS Kliniken messen wir viele derartige „weiche“ Qualitätsparameter. Wir stellen aber in vielen Fällen fest, dass die Anzahl der kodierten Komplikationen im Sinne der oft bekannten zu erwartenden Komplikationsraten nicht plausibel ist. Dies muss nicht daran liegen, dass sie vorsätzlich nicht kodiert werden. In vielen Fällen wird bei der Kodierung, die überwiegend bei der Entlassung des Patienten



ten erfolgt, nicht an die Kodierung einer zwischenzeitlich erfolgreich behandelten Komplikation gedacht.

Aus diesen Gründen verfolgen wir zwar auch „weiche“ Qualitätsparameter, legen unser Hauptaugenmerk auf die Sterblichkeit. Da die Todesfälle standesamtlich gemeldet werden müssen, ist ihre zuverlässige Erfassung sichergestellt. In die Auswertung der Routinedaten, die für den Abrechnungs- und Verwaltungsprozess erfasst werden, gehen alle Todesfälle ein. Dies unterscheidet das Verfahren positiv von Registern oder z. B. der Erfassung über die BQS, wo insbesondere bei Eingriffen mit niedrigem Sterberisiko das (letztlich nicht nachweisbare) „Weglassen“ einiger weniger Fälle die Ergebnisse erheblich verfälschen kann.

Die Bewertung des Qualitätsmanagements an der HELIOS William Harvey Klinik erfolgt also anhand konzerneigener, definierter Ergebnisparameter (Konzernziele, Sterblichkeit), die monatlich analysiert und ausgewertet werden. Festgestellte Qualitätsmängel lassen sich so unverzüglich erkennen und beheben. Die Daten der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V halten wir aus o. g. Gründen für ungeeignet für die Bewertung unseres Qualitätsmanagements.

Ergebnisse der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Alle HELIOS-Kliniken beteiligen sich gemäß den externen Vorschriften an dem Qualitätssicherungsverfahren nach § 137 SGB V, welches über die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) bzw. die Landeseinrichtungen durchgeführt wird.

Dieses Verfahren eignet sich aus verschiedenen Gründen nur wenig für das interne Qualitätsmanagement: Die Rückmeldungen erfolgen nicht

zeitnah und häufig genug (ein monatliches Reporting ist auf diesem Wege nicht zu organisieren). Die Auswertungen erfolgen ferner teilweise landesspezifisch und sind somit nicht konzernweit vergleichbar. Außerdem haben wir aufgrund des Meldeverfahrens prinzipiell Bedenken, ob gerade bei seltenen Ereignissen die Vollständigkeit der Meldungen sichergestellt werden kann. Es ist dabei wenig hilfreich, wenn beispielsweise die BQS für das Modul 17/2 (Hüft-TEP bei Koxarthrose) für die einzelnen Bundesländer für 2003 Vollständigkeitswerte von bis zu 318% angibt (13 der 16 Bundesländer liegen über 100%, der Bundesdurchschnitt liegt bei 112%). Es handelt sich bei diesem diskussionswürdigen Vollständigkeitsbegriff um die Anzahl der Meldungen im Verhältnis zu den Vereinbarungen (V2/V3-Statistik der LKA). Für andere Module ergeben sich ähnliche Werte.

Im Sinne unserer Qualitätsauswertungen, die sich am Ist-Zustand orientieren, kann die Vollständigkeit natürlich nicht über 100% liegen. Die Vollständigkeit in diesem Sinne wäre nur anhand der Routinedaten überprüfbar. Die BQS kann eine solche Prüfung zurzeit nicht durchführen. Wir haben auch Zweifel, ob die Angaben zu den vielen „weichen“, sicher strategieanfälligen Qualitätsindikatoren, die im BQS-Verfahren gemessen werden, immer zutreffend sind.

Dennoch wollen wir versuchen, in Zukunft auch vergleichende Auswertungen dieser Ergebnisse zu gewinnen und darstellbar zu machen.

Momentan halten wir die Veröffentlichung dieser aus der externen Qualitätssicherung gewonnenen Daten für nicht aussagekräftig und verzichten daher auf ihre Darstellung. Wir haben aber die Ergebnisse unseres Qualitätsmanagements anhand des „härtesten“ Ergebnisparameters, der Sterblichkeit, ausführlich dargestellt.



Medizinische Ergebnisqualität: Die HELIOS Konzernziele

Krankenhausindividuelle Kennzahlen der Ergebnisqualität:

Erfüllung der medizinischen Unternehmensziele 2004 in der HELIOS William Harvey Klinik

Medizinische Unternehmensziele für 2005, Kumuliert 01.01.2003 bis 31.12.2004		Ziel	HELIOS Kliniken 2004	Bad Nauheim 2003- 2004	HELIOS Fallzahl (100 %)	Bad Nauheim Fallzahl 2003- 2004 (100 %)
Low-risk-Operationen						
1 Cholezystektomie						
1.1	Anteil laparoskopischer Gallenblasenentfernungen mit OPS 5-511 in DRG H11/H12/H13/H14 ohne Tumorfälle	> 90 % ⁸	92,3 %		5.886	
1.2	Anteil Umstieg von laparoskopischer auf offene Gallenblasenentfernung mit OPS 5-511 in DRG H11/H12/H13/H14 ohne Tumorfälle	< 3 % ⁸	2,9 %		5.886	
1.3	Verweildauer bei unkomplizierten Gallenblasenentfernungen in DRG H13B+H14B (Tage)	< 3 ⁸	4,6		3.868	
1.4	Anteil Todesfälle bei Gallenblasenentfernungen mit OPS 5-511 in DRG H11/H12/H13/H14	< 0,4 % ⁸	0,2 %		6.006	
2 Herniotomie						
2.1	Verweildauer bei Leisten-, Schenkel-, Bauchwand- und Nabelhernie in DRG G09+G24+G25 (Tage)	< 3 ⁸	4,3	7,8	9.203	5
2.2	Anteil Todesfälle bei Leisten-, Schenkel-, Bauchwand- und Nabelhernie in DRG G09+G24+G25	< 0,13 % ⁵	0,2 %	0,0 %	9.203	5
High-risk-Operationen						
3 Kolorektale Operationen						
3.1	Anteil Todesfälle bei kolorektalen Operationen bei Karzinom 2003 bis 2004	< 6 % ⁷	3,9 %		2.394	
4 Aortenaneurysma						
4.1	Anteil Todesfälle bei nicht rupturiertem Aortenaneurysma 2002 bis 2004	< 5 % ⁷	5,2 %	2,2 %	464	89
Schwere Krankheitsbilder mit beeinflussbarer Sterblichkeit						
5 Herzinfarkt						
5.1	Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinfarkt	< 11,1 % ⁶	10,2 %	0,0 %	6.955	2
6 Herzinsuffizienz						
6.1	Anteil Todesfälle bei Herzinsuffizienz in DRG F62A	< 38 % ⁵	33,7 %		294	
6.2	Anteil Todesfälle bei Herzinsuffizienz in DRG F62B	< 13,9 % ⁵	10,6 %	0,0 %	2.568	1
6.3	Anteil Todesfälle bei Herzinsuffizienz in DRG F62C	< 9,9 % ⁵	8,3 %	0,0 %	2.685	2
6.4	Anteil Todesfälle bei Herzinsuffizienz in DRG F62D	< 8,8 % ⁵	5,9 %	0,0 %	1.995	1



Medizinische Unternehmensziele für 2005, Kumuliert 01.01.2003 bis 31.12.2004		Ziel	Bad Nauheim			
			HELIOS Kliniken 2004	Bad Nauheim 2003- 2004	HELIOS Fallzahl (100 %)	Fallzahl 2003- 2004 (100 %)
7	Pneumonien					
7.1	Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie Altersgruppe <15 Jahre	< 0,14 % ⁶	0,1 %		1.593	
7.2	Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie Altersgruppe 15-44 Jahre	< 1,65 % ⁶	2,0 %		637	
7.3	Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie Altersgruppe 45-64 Jahre	< 6,81 % ⁶	6,0 %		1.097	
7.4	Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie Altersgruppe 65-84 Jahre	< 14,12 % ⁶	13,6 %		2.979	
8	Schlaganfall					
8.1	Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose intrazerebrale Blutung (ICD I61)	< 23,1 % ⁶	29,6 %		998	
8.2	Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Hirninfarkt (ICD I63)	< 7,97 % ⁶	8,9 %	0,0 %	6.002	1
8.3	Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall n. n. bez. (ICD I64)	⁹	13,1 %		1.132	
Komplexe, heterogene Krankheitsbilder (Tracer für Peer-Review)						
9	Beatmung					
9.1	Anteil Todesfälle bei Beatmung > 24 Stunden	< 35 % ⁸	34,2 %	22,2 %	6.047	9
10	Sepsis					
10.1	Anteil Todesfälle bei Sepsis in DRG T60	< 25,7 % ⁵	25,4 %	0,0 %	1.662	2

Die Angaben enthalten für die HELIOS William Harvey Klinik Bad Nauheim die Ergebnisse für die kumulierten Fallzahlen von 2003 bis 2004, um auch bei niedrigen Fallzahlen die statistische Streuung zu reduzieren. Die Werte für die HELIOS Kliniken GmbH stellen den (gewichteten) Durchschnitt der Ergebnisse für die 22 deutschen Akutkliniken des Konzerns dar. Die Zielwerte wurden anhand der deutschen Durchschnittswerte oder – wenn verfügbar – anhand internationaler Standards festgelegt.

Ausführliche Informationen zu den HELIOS Konzernzielen, insbesondere eine Erläuterung der Auswahlkriterien, der medizinischen Hintergründe, der Zielwerte und der genauen Definitionen sind im Medizinischen Jahresbericht 2004 der HELIOS Kliniken GmbH, S. 34 ff. zu finden (www.helios-kliniken.de).

Die vorgegebenen Zielwerte beruhen auf:

- 5) Bundesdurchschnitt der Krankenhäuser der 3M-Stichprobe
- 6) Bundesdurchschnitt der deutschen Krankenhäuser laut Statistischem Bundesamt
- 7) Wissenschaftliche Studien (Birkmeyer et al.)
- 8) Eigene Vorgaben nach wissenschaftlichen Studien und internationalen Vergleichen
- 9) Bei Verwendung der unspezifischen Kodierung: Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet, ist die Festlegung eines Zieles aufgrund der Unspezifität nicht sinnvoll. Das Ziel besteht in der durch verbesserte Diagnostik mögliche Eingruppierung in die spezifischeren Gruppen 8.1. bzw. 8.2, bei denen Zieldefinitionen existieren.

Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Qualitätssicherungs-Projekt mit dem AOK-Bundesverband

QM-Projektname	Qualitätssicherungs-Projekt mit dem AOK-Bundesverband
Kurzbeschreibung	Methode der Qualitätsanalyse anhand von Routinedaten
Abteilung	HELIOS Medizinische Entwicklung, AOK-Bundesverband, WiDO, FEISA
Verantwortlicher	PD Dr. med. Thomas Mansky
Projektziel	Verfolgung von Langzeitverläufen zur Gewinnung von Informationen zur Verbesserung der langfristigen Ergebnisqualität
Zeitraum	01.01.2003
Ergebnis/Zwischenstand	Die HELIOS William Harvey Klinik beteiligt sich an einem Projekt, welches in Hinblick auf zukünftige Wege der Qualitätsmessung anhand von Routinedaten neue Möglichkeiten erschließt. Die HELIOS-Kliniken sind wegen der Methode der Qualitätsanalyse mit Routinedaten an den AOK-Bundesverband herangetreten. Einen wesentlichen Vorteil bei der Zusammenarbeit mit einer großen Krankenkasse sehen wir in der Gewinnung von Qualitätsinformationen, die für alle Krankenhäuser nach der gleichen Methodik ausgewertet werden und somit direkt vergleichbar sind. Noch wichtiger ist, dass die Krankenkassen anhand ihrer Routinedaten im Gegensatz zum Krankenhaus auch Langzeitverläufe verfolgen können. Somit können mit begrenztem und durchaus vertretbarem Ressourcenverbrauch Ergebnisse von hervorragender Qualität erzielt werden, die teilweise mit keinem anderen derzeit verfügbaren Verfahren so ökonomisch darstellbar wären. Erste Ergebnisse sind im Medizinischen Jahresbericht der HELIOS Kliniken GmbH 2004 veröffentlicht.

Die DRG-adjustierte relative Sterblichkeit als globale Ergebniskennzahl

QM-Projektname	Die DRG-adjustierte relative Sterblichkeit als globale Ergebniskennzahl
Kurzbeschreibung	Vergleich erwarteter und beobachteter Krankenhaussterblichkeit als Ergebnisparameter für die Qualitätssicherung
Abteilung	Medizinische Entwicklung
Verantwortlicher	PD Dr. med Thomas Mansky
Projektziel	Ergebnisqualitätsbeurteilung
Zeitraum	01.01.2004 bis 31.12.2004
Ergebnis/Zwischenstand	Die Sterblichkeit in verschiedenen Krankenhäusern ist nicht direkt vergleichbar. Um die Qualität beurteilbar machen zu können, muss für die beiden gedachten Kliniken die tatsächliche (beobachtete) Sterblichkeit einer Anzahl an Todesfällen gegenüber gestellt werden, die beispielsweise im deutschen Durchschnitt bei der Behandlung einer gleichen Anzahl vergleichbarer Erkrankungen zu erwarten wären. Man spricht vom Vergleich der beobachteten mit der erwarteten Krankenhaussterblichkeit. Bildet man daraus einen Quotienten (beobachtet/erwartet), so liegt das Ergebnis einer Klinik unter 1, wenn weniger Patienten als im Durchschnitt versterben und über 1 bei höherer Sterblichkeit. Anhand dieses Parameters können wir jährlich die Ergebnisse unserer Prozessoptimierung und die Qualität der in der HELIOS William Harvey Klinik geleisteten Arbeit objektivieren und unsere Ergebnisse mit den aus Benchmarkprojekten gewonnenen Daten zur Deutschland weiten durchschnittlichen Krankenhaussterblichkeit vergleichen.

Konzernziele 2004

QM-Projektname	Konzernziele 2004
Kurzbeschreibung	Die Erreichung einer definierten Kennzahl bei ausgewählten Krankheitsbildern wird von Fachgruppen und Geschäftsführung jährlich als Qualitätsziel vorgegeben
Abteilung	Medizinische Entwicklung
Verantwortlicher	Chefärzte, Geschäftsführung
Projektziel	Erreichen bzw. Verbessern der vorgegebenen Sollwerte
Zeitraum	01.01.2004
Ergebnis/Zwischenstand	Neben den kontinuierlich verfügbaren Statistiken auf der Basis von DRGs, ICD- oder OPS-Kodierungen messen die HELIOS Kliniken derzeit regelmäßig 440 Kennzahlen, die zur Beurteilung der Ergebnisqualität oder zum Teil auch der Mengenentwicklung in medizinisch kritischen Bereichen dienen. Alle diese Kennzahlen werden monatlich in Form von EXCEL-Tabellen an alle Chefärzte, Verwaltungsleiter und Geschäftsführer des Konzerns versandt. Die medizinischen Konzernziele (2004: 11) sind ein herausgehobener Teil dieses Kennzahlensystems. Da es auch in der Qualitätssicherung darauf ankommt, sich auf Management-schwerpunkte zu fixieren, wurden hier besonders wichtige Krankheiten oder Verfahren exemplarisch herausgehoben, bei denen Verbesserungen für besonders dringlich gehalten werden. Die Konzernziele sind so gewählt, dass sie meist über die eigentliche Kennzahl hinaus eine exemplarische Beurteilung eines Bereichs erlauben. Die Ergebnisse der HELIOS William Harvey Klinik finden Sie unter Punkt E4.

Peer-Review- und Selbst-Review-Verfahren

QM-Projektname	Peer-Review-Verfahren
Kurzbeschreibung	Selbst-Review-Verfahren und externe Review-Verfahren zur Analyse von Verbesserungspotentialen anhand von Todesfällen
Abteilung	alle Krankenhausabteilungen
Verantwortlicher	Alle Chefärzte
Projektziel	Erkennen von Optimierungspotentialen in den Behandlungsabläufen anhand von Analysen stattgehabter bzw. real stattfindender Abläufe
Zeitraum	01.01.2004 bis 31.12.2004
Ergebnis/Zwischenstand	In der HELIOS William Harvey Klinik wie auch in allen anderen HELIOS- Kliniken werden zwei Arten interner Fall-Review-Verfahren eingesetzt. Diese Peer-Review-Verfahren orientieren sich an Krankheitsbildern bzw. Operationen, die Gegenstand der Qualitätssicherung sind. Bei dem Verfahren ist der gesamte Behandlungsablauf eines Falles Gegenstand der Analyse, auch wenn bei komplexen Krankheitsbildern mehrere Abteilungen involviert sein können. Dann stehen bei der retrospektiven Durchsicht der Akten und dem Gespräch mit den leitenden Abteilungsärzten die Behandlungsabläufe über alle beteiligten Fachabteilungen hinsichtlich möglicher Verbesserungen zur Debatte. Neben den Peer-Reviews werden regelmäßige Selbst-Reviews innerhalb der einzelnen klinik-übergreifend gebildeten Fachgruppen durchgeführt. Der Qualitätsmanagementprozess läuft hier folgendermaßen ab: <ol style="list-style-type: none"> 1. Problemdefinition 2. Problemanalyse 3. Ursachenforschung 4. Definition von optimalen Behandlungsabläufen (Standards) 5. Umsetzung 6. Kontrolle

Patientenzufriedenheitsbefragung

QM- Projektname	Patientenzufriedenheitsbefragung
Kurzbeschreibung	Seit mehreren Jahren führen wir durch ein externes Unternehmen in regelmäßigen Zeitabständen eine Patientenbefragung durch. Deren Ergebnisse fließen in unsere tägliche Klinikarbeit ein.
Abteilung	Alle Krankenhausabteilungen
Verantwortlicher	Verwaltung
Projektziel	Evaluierung der Patientenzufriedenheit und Verbesserung der Arbeitsabläufe in allen Bereichen Benchmarking der Klinikergebnisse mit bundesweit 256 Krankenhäusern
Zeitraum	01.01.2004 bis 31.12.2004

Arbeitsgruppe der Pflegedienstleitungen HELIOS Region Mitte

QM- Projektname	Arbeitsgruppe der Pflegedienstleitungen HELIOS Region Mitte
Kurzbeschreibung	Erarbeitung eines Fragebogens und Durchführung einer Pilotbefragung zur Betreuungsqualität der Patienten und Einbindung der Ergebnisse in die konzernweit durchgeführte Befragung zur Patientenzufriedenheit in allen HELIOS Kliniken.
Abteilung	Pflegedienst
Verantwortlicher	Roswitha Stoll
Zeitraum	01.01.2004 bis 31.12.2004

Mitarbeit im Arbeitskreis „Angiologie Rhein/Main“

QM- Projektname	Mitarbeit im Arbeitskreis „Angiologie Rhein/Main“
Kurzbeschreibung	Dieser Arbeitskreis beschäftigt sich mit der Qualitätssicherung der Angiologie in der Region Rhein/Main.
Abteilung	Alle Krankenhausabteilungen
Verantwortlicher	Dr. Kainer, Dr. Salzmann, Dr. Nestle
Projektziel	Anpassung der klinischen Angiologie an die EBM (Evidence Based Medicine)
Zeitraum	01.01.2004 bis 31.12.2004

Arbeitskreis „Hämotherapie Rhein/Main“

QM- Projektname	Arbeitskreis „Hämotherapie Rhein/Main“
Kurzbeschreibung	Optimierung der Behandlung mit Blut und Blutbestandteilen, insb. unter dem Gesichtspunkt der Therapiesicherheit (Senkung des Infektionsrisikos).
Abteilung	Alle Krankenhausabteilungen
Verantwortlicher	Dr. Ratthey, Dr. Kainer
Projektziel/Ergebnis	Deutliche Reduktion des Einsatzes von Blutprodukten
Zeitraum	01.01.2004 bis 31.12.2004

Qualitätszirkel „Wetterauer Internisten“

QM- Projektname	Qualitätszirkel „Wetterauer Internisten“
Kurzbeschreibung	Der Zirkel verfolgt das Ziel, evidenz-basierte Therapie und Behandlungsverfahren im Bereich der gesamten Inneren Medizin der Region zu etablieren. Er beschäftigt sich insbesondere auch mit der Schnittstellenproblematik "niedergelassene Internisten".
Abteilung	Alle Krankenhausabteilungen
Verantwortlicher	Dr. Kainer
Zeitraum	01.01.2004 bis 31.12.2004

Mitarbeit in der Sektion „Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Angiologie“

QM- Projektname	Mitarbeit in der Sektion „Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Angiologie“
Kurzbeschreibung	Erarbeitung von Empfehlungen zur Rehabilitation von Patienten mit Gefäßerkrankungen
Abteilung	Akut- und Rehabilitationsklinik
Verantwortlicher	Dr. Kainer, Dr. Prokein
Projektziel	Publikation „Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Angiologie zur Rehabilitation von Patienten mit Gefäßerkrankungen“
Zeitraum	01.01.2002 bis 01.05.2005

Mitarbeit im Qualitätszirkel „Lymphologie“ der KV Hessen

QM- Projektname	Mitarbeit im Qualitätszirkel „Lymphologie“ der KV Hessen
Kurzbeschreibung	Bereichsübergreifender Erfahrungsaustausch in der Diagnose und Therapie von Lymphkrankeungen
Abteilung	Bereich Innere Medizin/Angiologie
Verantwortlicher	Dr. Prokein

Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht: Stefanie Gemende / Dr. Karlfried Kainer

Ansprechpartner:

Bereich	Name	Tel. Sekretariat
Marketing / Presse	Andreas Preis	(0 60 32) 70 79 63
Pflegedienstleitung	Roswitha Stoll	(0 60 32) 70 79 57
Patientenbetreuung	Gerlinde Drescher-Steup Ines Matussek	(0 60 32) 70 79 22

Links: www.helios-kliniken.de/badnauheim



Klinikjahresbericht

Weiterbildungsermächtigungen und Beschäftigung

Folgende Facharztausbildungen können in unserem Haus absolviert werden:

Spezialgebiet	Dauer	Ermächtigter Arzt
Gefäßchirurgie	36 Monate	Dr. med. G. Salzmann
Phlebologie	18 Monate	Dr. med. G. Salzmann
Chirurgie	12 Monate	Dr. med. G. Salzmann
Innere Medizin	12 Monate	Dr. med. K. Kainer, Dr. med. R. Prokein
Anästhesiologie	12 Monate	Dr. med. K.P. Ratthey

Ausbildung und Beschäftigung

Wir bieten folgenden Ausbildungsplatz in unserer Klinik an:

Fach	Anzahl
Arzthelferin	1
Informationskaufmann	1

Der maßgebliche Anteil unserer Arbeitnehmer stammt aus der Umgebung von Bad Nauheim. Dorthin fließen auch 65% unserer Lohn- und Gehaltszahlungen.

	2004	2003
Bad Nauheim	40	57
Friedberg	6	11
Butzbach	15	18
Sonstige	39	14

Prozentualer Anteil der Gehaltszahlungen 2004 in die genannten Städte.



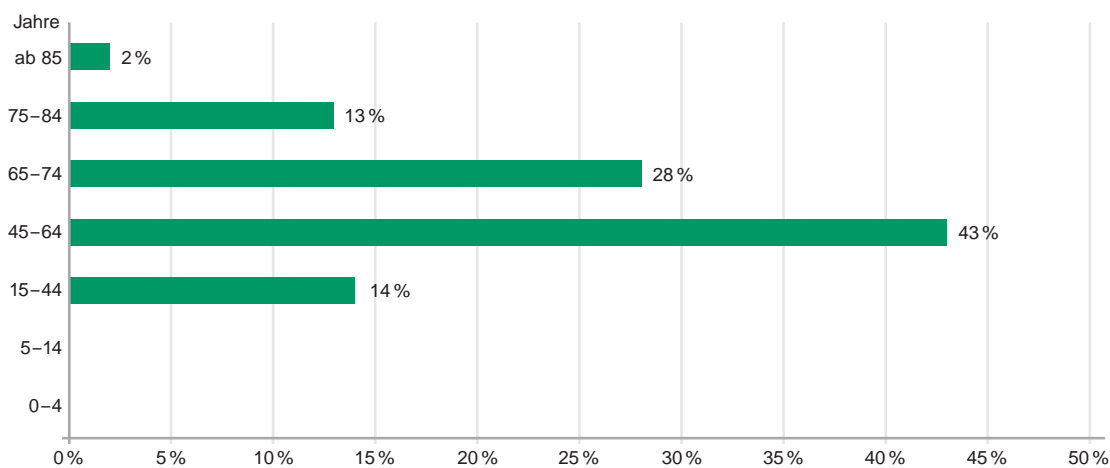
Zahlen – Daten – Fakten

Akutklinik

Wichtigste Kennzahlen

	2004	2003	2002	2001
Betten	86	86	86	86
Fälle	2.711	3.013	3.034	2.813

Altersstruktur der Patienten



Anästhesieleistungen

	2004	2003	2002
Gesamt	3.220	3.671	3.687
Regionalanästhesien	2.898	3108	3.143
davon Spinalanästhesien	2.628	2785	2.864
davon Plexusanästhesien	16	10	18
Vollnarkosen	303	299	283
Schmerztherapie	215	264	261



Einzugsgebiete in %

	2004	2003	2002
Wetterau	30	30	26
Sonstiges Hessen	9	21	24
Andere Bundesländer	8	11	11
Hochtaunus	17	18	16
Frankfurt/Offenbach	7	8	10
Regierungsbezirk Gießen	15	8	8
Regierungsbezirk Main-Taunus	14	4	5

Belegungsanteil der Sozialleistungsträger in %

	2004	2003	2002
AOK	40,75	40,48	40,84
BKK	13,65	13,98	14,11
BEK	13,10	12,55	11,95
DAK	14,93	13,56	15,11
GEK	1,07	1,32	2,10
IKK	1,04	1,19	1,47
TKK	6,33	5,87	5,13
KKH	2,17	2,30	3,18
BKN	2,08	2,15	1,57
Sonstige	4,88	6,60	3,00

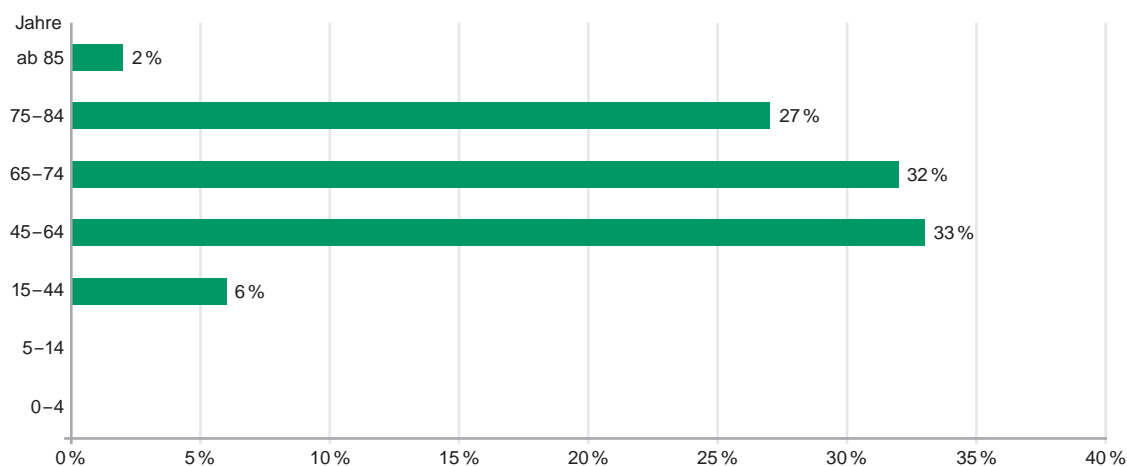
Rehabilitation

Wichtigste Kennzahlen

	2004	2003	2002	2001
Betten	170	170	170	170
Fälle	918	872	765	738
Tage	22.426	20.672	17.539	16.756
Verweildauer in Tagen	24,43	23,71	22,93	22,71

Altersstruktur der Patienten

Altersverteilung der Patienten Reha-Klinik in 2004 in %



Behandlungsindikationen

	2004	2003	2002	2001
Erkrankungen des arteriellen Gefäßsystems und deren Folgen	537	496	470	428
Erkrankungen des venösen Gefäßsystems und deren Folgen	56	81	66	67
Erkrankungen des Lymphgefäßsystems	155	86	88	53
Kardiologische Rehabilitation bei begleitender arterieller Verschlusskrankheit	87	85	79	135
Neurologische Rehabilitation	34	40		
Zustand nach Mamma CA	26	31	34	24
Zustand nach Amputation	18	30	26	21
Allgemeine internistische Rehabilitation	5	23	2	10
Gesamt	918	872	765	738

Einzugsgebiete in %

	2004	2003	2002	2001
Wetterau	18	22%	22%	20%
Regierungsbezirk Gießen	18	7%	10%	7%
Regierungsbezirk Main-Taunus	9	3%	2%	2%
Sonstiges Hessen	10	24%	26%	23%
Andere Bundesländer	19	16%	16%	26%
Hochtaunus	10	13%	13%	12%
Frankfurt/Offenbach	16	15%	11%	10%

Belegungsanteile der Sozialleistungsträger in %

	2004	2003	2002
AOK	36,75	36,47	43,23
BFA	19,71	14,79	15,98
BEK	3,95	8,03	5,55
BKK	9,65	9,98	8,62
DAK	9,72	9,86	8,12
BGN	0,55	0,57	0,63
BKN	1,26	1,72	0,98
GEK	2,09	0,92	1,32
IKK	0,57	1,15	0,84
KKH	1,20	1,26	1,69
LKK	1,36	1,49	1,05
LVA	1,97	2,64	2,41
TKK	2,79	2,98	2,83
Sonstige	8,43	8,14	6,75



Der diabetische Fuß

Alle Läsionen am Fuß eines Diabetikers werden unter dem Begriff des „diabetischen Fußsyndroms“ zusammengefasst. Es kann sich dabei um oberflächliche oder tiefe Ulcera, um Nekrosen unterschiedlicher Lokalisation und Ausdehnung oder um das typische „Mal perforant“ handeln. Häufig bestehen auch schwere Entzündungen, die Sehnen, Gelenkkapseln oder die Knochen selbst betreffen. So vielfältig wie das äußere Erscheinungsbild ist auch das Zusammenwirken verschiedener Ursachen für die Entstehung. Für eine optimale Behandlung ist die enge Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Disziplinen von entscheidender Bedeutung.



Einige Zahlen

- fünf Prozent der deutschen Bevölkerung ist zuckerkrank mit steigender Tendenz
- jeder vierte Diabetiker ist vom „diabetischen Fußsyndrom“ bedroht
- Fußulzera mit bakteriellen Infektionen sind die häufigste Ursache für Beinamputationen
- von den jährlich ca. 30.000 Amputationen in Deutschland werden 50 % bei Diabetikern durchgeführt

- jährlich verliert einer von 200 Diabetikern ein Bein
- das Amputationsrisiko bei Diabetikern im Vergleich zu Nichtdiabetikern ist auf das 100fache erhöht

Ursachen und Entstehung

Mit ca. 80 % Häufigkeit ist die Diabetesbedingte Störung der Nerven (Neuropathie) für die Entstehung der diabetischen Fußulzera die wichtigste Ursache. Zusätzlich besteht bei 70 % der schweren Fälle gleichzeitig eine Diabetesbedingte Gefäßerkrankung (Angiopathie). Verschlimmert wird die Situation durch eine gleichzeitig bestehende diabetische Immunopathie, d. h. eine verminderte Infektabwehr.

So können Bagatellverletzungen wie Druckstellen, kleine Hauteinrisse oder Verletzungen bei der Fußpflege über die Entwicklung eines diabetischen Fußsyndroms zur Gefährdung des gesamten Beines führen.

Diabetische Neuropathie

Durch zuckerbedingte Schädigung der kleinen Versorgungsgefäße und direkte Stoffwechseleffekte an den Strukturen degenerieren die fußversorgenden Nerven. Funktionen wie das Temperatur-, Vibrations- und vor allem das Schmerzempfinden können gestört oder sogar aufgehoben werden. Die gleichzeitige Schädigung der motorischen Nervenfasern führt zur Rückbildung der kleinen Fußmuskeln und zu Fußdeformitäten mit Hammer- und Krallenzehen und Einschränkung der Beweglichkeit. Durch fehlende Funktion der Talg- und Schweißdrüsen wird die Haut trocken und rissig und verliert ihre Schutzfunktion gegen Druckstellen, Verletzungen und Entzündungen. Das typische neuropathische Ulkus ist das „Mal perforant“ an der Fußsohle



auf dem Boden von Fehlbelastungen mit Schwielenbildung. Als Sonderform können diabetisch-neuropathische Knochen- und Gelenksveränderungen auftreten mit Entkalkungen, Frakturen und Luxationen im Bereich der Fußknochen bis zum völligen Zusammenbruch des Längsgewölbes am Fuß.



vorwiegend ischämischen Läsionen betreffen häufiger die Zehen und sind eher schmerzhaft, abhängig von der neuropathischen Komponente. Beim Diabetiker ließen sich in der Niere und am Augenhintergrund pathologische Veränderungen der kleinsten Gefäße nachweisen. Die frühere Annahme, dass auch im Fußbereich derartige Gefäßveränderungen vorkommen wurde durch entsprechende Untersuchungen widerlegt.

Diagnostik und Therapie

Durch eine entsprechende Krankengeschichte, die Untersuchung der Fußläsion unter Beachtung eventueller Fußdeformitäten und eine orientierende neurologische Untersuchung lässt sich die Diagnose eines diabetischen Fußsyndroms relativ leicht stellen. Hauptziel der weiteren Untersu-

Diabetische Angiopathie

Die Veränderungen der peripheren Gefäße betreffen in 70 % die Unterschenkelgefäße. Fast ausschließlich beim Diabetes findet sich eine Sklerose der A. profunda femoris, die primär die Oberschenkelmuskulatur mit Blut versorgt aber das wichtigste Kollateralgefäß am Bein darstellt. Die Verkalkung betrifft die Gefäßwand selbst. Bei der Röntgenaufnahme ohne Kontrastmittel kann man die Gefäßverläufe als Kalkstraßen bis zu den Zehen verfolgen. Durch die Wandverkalkung lassen sich die Gefäße schlecht zusammendrücken und bei der Blutdruckmessung an den Knöchelarterien finden sich falsch-hohe Ergebnisse, die zu Fehleinschätzungen über die Schwere der Durchblutungsstörung führen können. Die



chungen ist die Abschätzung des Anteils und der Schwere der Durchblutungsstörungen, weil dadurch die schlechte Abheilung der Läsionen und die Gefahr der Beinamputation verursacht wird. Deswegen müssen alle dafür geeigneten diagnostischen Möglichkeiten vom Pulstasten bis zur

Röntgenkontrastdarstellung der Arterien (Subtraktionsangiographie, DSA) adäquat eingesetzt werden.

Für die Behandlung des diabetischen Fußgeschwürs gelten folgende gesicherte Maßnahmen:

Chirurgische Infektsanierung durch Ausschneiden der Wunde, Eröffnung von Abszessen oder Phlegmonen und Beseitigung abgestorbener Gewebsanteile. Infizierte Knochenanteile und auch Gelenke müssen im Sinne einer minimal-

Maßnahmen mit Gefäßdilatationen (Aufdehnung der Gefäße) oder gefäßrekonstruktive Operationen. Die früher vermutete Annahme einer Mikroangiopathie im Bereich des diabetischen Fußes hat sich als falsch erwiesen. Die Makroangiopathie der Unterschenkelgefäße lässt sich durch weit peripher angeschlossene Bypässe überbrücken. Viele Arbeitsgruppen haben damit gute Erfolge erzielt. Es konnte nachgewiesen werden, dass Bypässe bei Diabetikern keine schlechteren Erfolgsaussichten haben als bei Nichtdiabetikern.

Das wesentliche Therapieziel ist die Abheilung der Ulzeration und die Wiederherstellung der



möglichen Amputation entfernt werden. Des Weiteren erfolgt eine Infektsanierung durch gezielte Antibiotikagabe und konsequente Entlastung der betroffenen Fußanteile.

Danach hat für die Abheilung die Sicherstellung einer ausreichenden arteriellen Durchblutung oberste Priorität. Hier müssen alle Möglichkeiten der Gefäßmedizin stadiengerecht eingesetzt werden. Dazu gehört der Einsatz von Prostaglandin-Infusionen, die interventionellen radiologischen

Mobilität mit einem funktionsfähigen Fuß und letztlich die Erhaltung möglichst vieler amputationsgefährdeter Beine.



Ausblick 2005

Das Hauptereignis des Jahres 2005 wird das 30-jährige Bestehen der HELIOS William Harvey Klinik sein. Seit 1975 ist die HELIOS William Harvey Klinik als überregionales Kompetenzzentrum für Gefäßerkrankungen etabliert. Der mit der Einführung der Vergütung von Krankenhausleistungen durch Fallpauschalen (DRG) forcierte Ansatz der interdisziplinären Versorgung ist in unserem Haus schon seit Jahrzehnten gelebte Praxis.

die Ärzte aus den Disziplinen Angiologie, Gefäßchirurgie und Radiologie zur Gefäßkonferenz. In diesem interdisziplinären Fachgespräch mit Röntgendemonstration erfolgt die Abstimmung zur Behandlung von Gefäßpatienten.

Eine Besonderheit unseres Hauses ist die direkt angeschlossene Rehaklinik, die ebenfalls auf die Behandlung von Patienten mit Gefäßerkrankungen ausgerichtet ist. Diese Behandlung der kurzen Wege unter einem Dach ist insbesondere für



In unserer Klinik arbeiten verschiedene Disziplinen (Angiologen, Gefäßchirurgen, Radiologen) zusammen, um Patienten mit behandlungsbedürftigen Gefäßerkrankungen eine umfassende Betreuung zukommen zu lassen. Ziel der Zusammenarbeit ist es, zum Wohle der Patienten eine medizinische Versorgung „aus einer Hand“ zu ermöglichen. Sollte sich etwa im Rahmen einer Behandlung durch den Angiologen zeigen, dass eine Operation unumgänglich ist, kann der Patient umgehend dem Gefäßchirurgen vorgestellt werden, der dann den notwendigen operativen Eingriff vornimmt. Regelmäßig treffen sich

Patienten, die beispielsweise nach einer Bypassoperation einer Anschlussheilbehandlung bedürfen, von enormem Nutzen. Der Patient kennt bereits das Umfeld und im Notfall ist der Gefäßchirurg in der Nähe.

Auch künftig wird es das Ziel der HELIOS William Harvey Klinik sein, durch hochwertige Zusammenarbeit der verschiedenen Ärztedisziplinen in den verschiedenen Versorgungsstufen, den Nutzen für Gefäßpatienten zu optimieren.

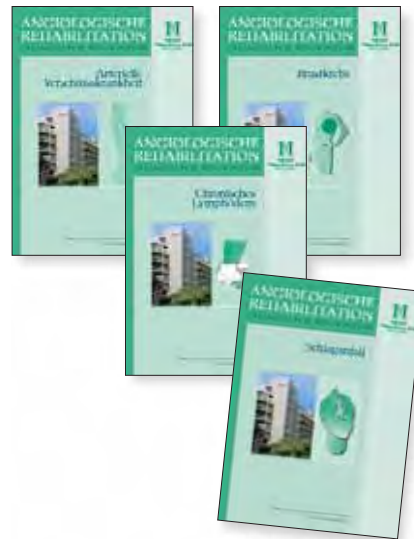


Informationsschriften

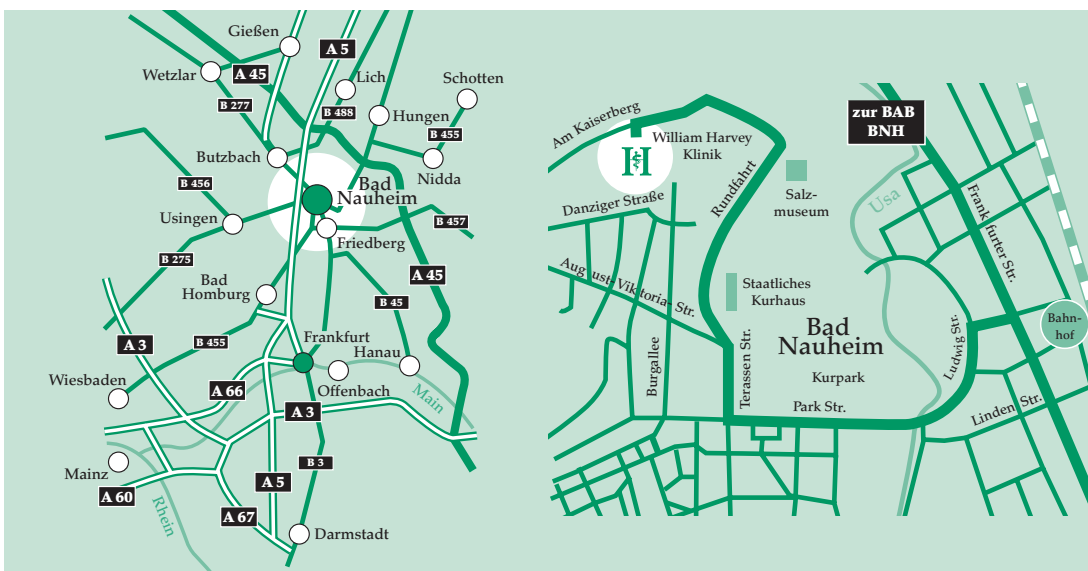
Unser Haus hat für Sie Informationsbroschüren zu verschiedenen medizinischen Schwerpunkten erarbeitet und zusammengestellt.

Folgende Broschüren senden wir Ihnen gerne auf Anfrage kostenlos zu:

Hausprospekt Akut
Hausprospekt Rehabilitation
Qualitätsbericht der Klinik
Qualitätsbericht Angiologie 2002
Angiologische Rehabilitation – Chronisch-venöses Stauungssyndrom
Angiologische Rehabilitation – Arterielle Verschlusskrankheit
Angiologische Rehabilitation – Chronisches Lymphödem
Angiologische Rehabilitation – Brustkrebs
Angiologische Rehabilitation – Schlaganfall



So erreichen Sie uns



Impressum

Herausgeber

HELIOS William Harvey Klinik Bad Nauheim

Jörg Schwarzer
PD Dr. med. Thomas Mansky
Dr. med. Katrin Mügge

Redaktion

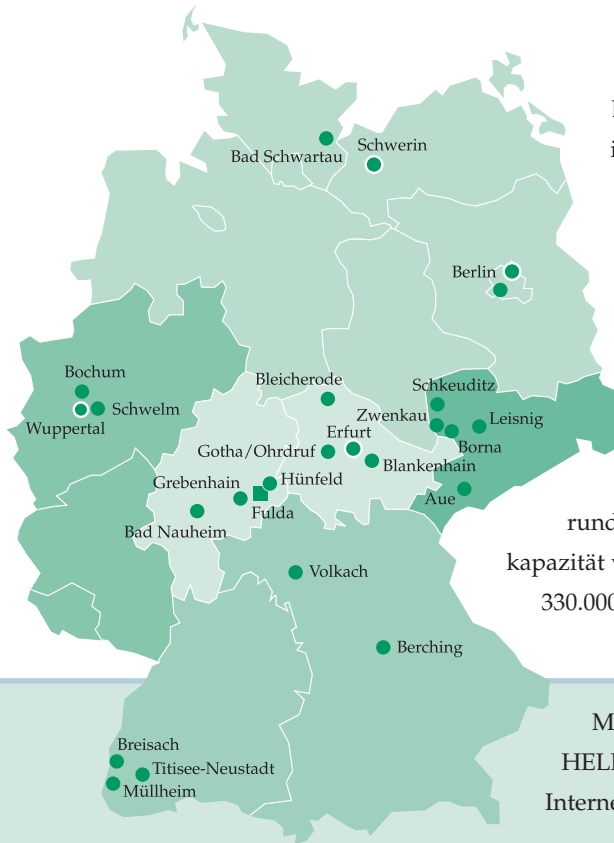
Stefanie Gemende, Dr. Karlfried Kainer

Gestaltung

s-company.de

© HELIOS Kliniken GmbH, Fulda, 2005

Kompetenz in Medizin



Die HELIOS Kliniken GmbH ist einer der großen privaten Träger von Akutkliniken in Deutschland.

Derzeit gehören zum Konzern 24 Kliniken, darunter vier Krankenhäuser der Maximalversorgung in Erfurt, Berlin-Buch, Wuppertal und Schwerin.

Zur Zeit beschäftigt der Konzern rund 18.000 Mitarbeiter bei einer Gesamtkapazität von 9.400 Betten und jährlich über 330.000 stationär behandelten Patienten.

Mehr Informationen über die HELIOS Kliniken GmbH erhalten Sie im Internet unter www.helios-kliniken.de.

HELIOS William Harvey Klinik Bad Nauheim

Am Kaiserberg 6 · 61231 Bad Nauheim

Telefon: +49 60 32/7 07-0 · Fax: +49 60 32/7 07-9 59

E-Mail: postmaster@badnauheim.helios-kliniken.de

Internet: www.helios-kliniken.de/badnauheim