



Mühlenkreiskliniken (AÖR)



Strukturierter Qualitätsbericht
nach § 137 SGB V
für das Berichtsjahr 2006
für das
Krankenhaus Rahden

Herausgeber:
Mühlenkreiskliniken
Friedrichstrasse 17
32427 Minden

I. Inhaltsverzeichnis

.....	
I. Inhaltsverzeichnis	2
II. Einleitung	7
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses.....	8
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	8
A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	8
A-3 Standortnummer.....	8
A-4 Name und Art des Krankenhausträgers.....	8
A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus.....	8
A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses	9
A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	9
A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses	9
A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses.....	10
A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses	11
A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V	11
A-13 Fallzahl des Krankenhauses.....	11
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	12
B-1.1 Innere Medizin.....	12
B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Inneren Medizin	12
B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Inneren Medizin	13
B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Inneren Medizin.....	13
B-1.5 Fallzahlen der Inneren Medizin.....	14
B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD	14
B-1.7 Prozeduren nach OPS.....	14
B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	15
B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V	15
B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaften.....	15
B-1.11 Apparative Ausstattung	15
B-1.12 Personelle Ausstattung.....	16
B-1.12.1 Ärzte	16
B-1.12.2 Pflegepersonal.....	16
B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal.....	16

B-2.1 Allgemein Chirurgie.....	17
B-2.2 Versorgungsschwerpunkte der Allgemein Chirurgie	17
B-2.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Allgemein Chirurgie	17
B-2.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Allgemein Chirurgie.....	18
B-2.5 Fallzahlen der Allgemein Chirurgie.....	18
B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD	18
B-2.7 Prozeduren nach OPS.....	19
B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	19
B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V	20
B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaften.....	20
B-2.11 Apparative Ausstattung	20
B-2.12 Personelle Ausstattung.....	21
B-2.12.1 Ärzte	21
B-2.12.2 Pflegepersonal.....	21
B-2.12.3 Spezielles therapeutisches Personal.....	21
B-3.1 Orthopädie	22
B-3.2 Versorgungsschwerpunkte der Orthopädie.....	22
B-3.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Orthopädie	23
B-3.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Orthopädie	23
B-3.5 Fallzahlen der Orthopädie	23
B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD	24
B-3.7 Prozeduren nach OPS.....	24
B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	25
B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V	25
B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaften.....	25
B-3.11 Apparative Ausstattung	25
B-3.12 Personelle Ausstattung.....	26
B-3.12.1 Ärzte	26
B-3.12.2 Pflegepersonal.....	26
B-3.12.3 Spezielles therapeutisches Personal.....	26
B-4.1 Anästhesie	27
B-4.2 Versorgungsschwerpunkte der Anästhesie.....	27
B-4.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Anästhesie.....	27
B-4.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Anästhesie	27
B-4.5 Fallzahlen der Anästhesie	27
B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD	28

B-4.7 Prozeduren nach OPS.....	28
B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	28
B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V	28
B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaften.....	28
B-4.11 Apparative Ausstattung	28
B-4.12 Personelle Ausstattung.....	29
B-4.12.1 Ärzte	29
B-4.12.2 Pflegepersonal.....	29
B-4.12.3 Spezielles therapeutisches Personal.....	29
C Qualitätssicherung	30
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren).....	30
C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate	30
C-1.2 Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren...31	
C-1.2 A Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren	31
C-1.2 A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt31	
C-1.2 A.II Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind	33
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	34
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137 f SGB V	34
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	34
C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V34	
C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelungen)	34
D Qualitätsmanagement	35
D-1 Qualitätspolitik.....	35
D-1.1 Leitbild.....	35
D-1.2 Qualitätsmanagement-Grundsätze	36
D-1.2.1 Patientenorientierung	36
D-1.2.1.1 medizinisches Leistungsspektrum	36
D-1.2.1.2 nichtmedizinische Dienste am Patienten.....	36
D-1.2.1.3 neue Strukturen im Gesundheitswesen	36

D-1.2.2	Mitarbeiterorientierung.....	37
D-1.2.2.1	Aus- und Weiterbildung	37
D-1.2.2.2	Fortbildung	37
D-1.3	Wirtschaftlichkeit	37
D-1.4	Prozessorientierung	38
D-1.5	Umgang mit Fehlern - Zentrales Beschwerdemanagement	38
D-1.6	Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation.....	39
D-2	Qualitätsziele	40
D-2.1	strategisch/operativ	40
D-2.1.1	bestmögliche medizinische Leistungserbringung.....	40
D-2.2	Messung und Evaluation der Zielerreichung.....	41
D-2.3	Kommunikation der Ziele und Zielerreichung.....	41
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	42
D-3	Aufbau Qualitätsmanagement.....	42
D-3.1	Qualitätsmanager	42
D-3.2	ständige Arbeitsgruppen.....	42
D-3.3	themenbezogene (abteilungsübergreifende) Arbeitsgruppen	43
D-3.4	EQS/BQS.....	43
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	44
D-4.1	Zentrumsbildung in den Mühlenkreiskliniken	44
D-4.1.1	Darmzentrum.....	44
D-4.2	Qualitätszirkel.....	44
D-4.2.1	Qualitätszirkel Darmzentrum	44
D-4.3	Medizin-Controlling.....	44
D-4.3.1	Struktur.....	44
D-4.3.2	Organisation.....	44
D-4.3.3	Kommunikation.....	45
D-4.3.3.1	Kommunikation abteilungsintern.....	45
D-4.3.3.2	Kommunikation abteilungsübergreifend.....	45
D-4.3.4	Schulung und Fortbildung abteilungsübergreifend.....	45
D-4.4	Berichtswesen.....	46
D-4.4.1	Controlling.....	46
D-4.4.2	Medizin-Controlling.....	46
D-4.5	Persönliche Kontakte	46
D-4.5.1	Fallbezogene Kontakte.....	46
D-4.5.2	Klinikbezogene Kontakte	46

D-4.6	Betriebliches Vorschlagswesen	47
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	48
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	48
D-5.1	Projekt Neubau	48
D-5.1.1	Hintergrund und Ausmaß des Problems (Ist-Analyse)	48
D-5.1.2	Zielformulierung.....	48
D-5.1.3	Maßnahmen und Umsetzung	48
D-5.2	Projekt Einführung Darmzentrum	48
D-5.2.1	Hintergrund und Ausmaß des Problems (Ist-Analyse)	48
D-5.2.2	Zielformulierung.....	48
D-5.2.3	Maßnahmen und Umsetzung	49
D-5.2.4	Evaluation der Zielerreichung	49
D-5.3	Projekt Pilotinstallation der DALE-UV-Lösung (DALE steht für D atenaustausch mit L eistungserbringern in der gesetzlichen U nfallversicherung) ..	49
D-5.3.1	Hintergrund und Zielformulierung	49
D-5.3.2	Maßnahmen und Umsetzung	49
D-5.4	Projekt Integration der Anästhesiedokumentation in das zentrale OP- Managementsystem	50
D-5.4.1	Hintergrund	50
D-5.4.2	Zielformulierung.....	50
D-5.4.3	Maßnahmen und Umsetzung	50
D-5.4.4	Evaluation der Zielerreichung	50
D-5.5	Projekt Entlassmanagement.....	50
D-5.5.1	Hintergrund	50
D-5.5.2	Zielformulierung.....	50
D-5.5.3	Maßnahmen und Umsetzung	50
D-5.5.4	Evaluation der Zielerreichung	51
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	52
D-6.1	Krankenhaus Rahden.....	52

II. Einleitung

Das Krankenhaus in Rahden ist ein Haus der Grundversorgung, dessen erste Baupläne auf das Jahr 1883 zurückgehen und dessen Fertigstellung 1901 erfolgte. Nach zahlreichen Um- und Erweiterungsbauten erhielt 1946 das bisherige Amtspflegehaus den Namen "Amtskrankenhaus Rahden". Über 70 Jahre lang stand das Haus in der Trägerschaft des früheren Amtes Rahden. Durch das starke Anwachsen der Bevölkerung, insbesondere in Espelkamp, wurde das Krankenhaus Rahden ein wesentliches Haus zur Sicherung der stationären Versorgung im Kreis.

1956 übernahm der Kreis Lübbecke auf Anregung der Landesregierung das Amtskrankenhaus Rahden in seine Trägerschaft. Mit Abschluss der umfangreichen Sanierungsarbeiten Anfang der 90er Jahre erreichte das Krankenhaus einen Stand, der den neuesten und modernsten Anforderungen gerecht wird. Im Jahr 2001 konnte das Krankenhaus Rahden sein 100jähriges Bestehen feiern.

Ab dem 01.01.1999 wurde das Krankenhaus Rahden zusammen mit dem Krankenhaus Lübbecke und dem Klinikum Minden unter dem Namen "Zweckverband Kliniken im Mühlenkreis" geführt.

Zum 01.07.2006 wurde eine Anstalt des öffentlichen Rechts (AÖR) gegründet, die unter dem Namen „Mühlenkreiskliniken (AÖR)“ (MKK) firmiert. Hierbei handelt es sich um einen Zusammenschluss der Krankenhäuser des Kreises Minden Lübbecke mit folgenden Krankenhäusern: Klinikum Minden, Krankenhaus Lübbecke, Krankenhaus Bad Oeynhausen und Krankenhaus Rahden und den Tochterunternehmen Auguste Viktoria Klinik Bad Oeynhausen GmbH und der Mühlenkreis Speisenservice und Gebäudelogistik und Service GmbH.

Der Kreis Minden-Lübbecke mit über 320.000 Einwohnern und einem breiten Spektrum an Handel, Wirtschaft und Industrie ist der nördlichste Kreis im Lande Nordrhein-Westfalen. Mit seinen 41 Wasser-, Wind- und Roßmühlen an der "Westfälischen Mühlenstraße" gelegen ist er als "Mühlenkreis" weit über seine Grenzen hinaus bekannt. Mit dem Gebrauch dieses Namens in Bezug auf die Kliniken wird auf den Versorgungsraum hingewiesen.

Verantwortlich:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Verwaltungsdirektor Mario Hartmann		05741-35-1001	05741-35-2721	info@krankenhaus-luebbecke.de

Links:

www.mkk-nrw.de

Die Krankenhausleitung, vertreten durch den Verwaltungsdirektor Mario Hartmann, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhausname	Krankenhaus Rahden
Straße / Hausnummer	Hohe Mühle 3
PLZ / Ort	32369 Rahden
Telefon	05771/708-0
Telefax	05771/708-844
Web	www.mkk-nrw.de
E-Mail	info@krankenhaus-rahden.de

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen	260570738
-------------------------	-----------

A-3 Standortnummer

Standortnummer	00
----------------	----

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	Kreis Minden-Lübbecke
Art	Öffentlich

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Ja	<input checked="" type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>
Name der Universität	Medizinische Hochschule Hannover

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Nr.	§ 301 Schlüssel	Fachabteilung	Abteilungsart
1	0100	Innere Medizin	HA
2	1500	Allgemeinchirurgie	HA
3	2300	Orthopädie	BA
4	---	Anästhesie	HA

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Im Krankenhaus Rahden ist keine Psychiatrie vorhanden.

Ja

Nein

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Das Krankenhaus Rahden hat keine fachabteilungsübergreifenden Versorgungsschwerpunkte.

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP01	Akupressur	---
MP03	Angehörigenbetreuung / -beratung / -seminare	---
MP04	Atemgymnastik	---
MP06	Basale Stimulation	---
MP07	Beratung / Betreuung durch Sozialarbeiter	---
MP10	Bewegungsbad / Wassergymnastik	---
MP11	Bewegungstherapie	---
MP12	Bobath-Therapie	---
MP13	Diabetiker-Schulung	---
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	---
MP15	Entlassungsmanagement	---
MP16	Ergotherapie	---
MP17	Fallmanagement / Case Management / Primary Nursing / Bezugspflege	---
MP18	Fußreflexzonenmassage	---
MP21	Kinästhetik	---

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP22	Kontinenztraining / Inkontinenzberatung	---
MP24	Lymphdrainage	---
MP25	Massage	---
MP26	Medizinische Fußpflege	---
MP27	Musiktherapie	---
MP29	Osteopathie / Chiropraktik	---
MP31	Physikalische Therapie	---
MP32	Physiotherapie / Krankengymnastik	---
MP35	Rückenschule / Haltungsschulung	---
MP37	Schmerztherapie / -management	---
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	---
MP45	Stomatherapie und -beratung	---
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	---
MP49	Wirbelsäulengymnastik	---
MP51	Wundmanagement	---
MP52	Zusammenarbeit mit / Kontakt zu Selbsthilfegruppen	---
MP00	Stoma-Selbsthilfegruppe	---
MP00	Koronarsportgruppe	---

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot	Kommentar / Erläuterung
	Räumlichkeiten	
SA01	Aufenthaltsräume	---
SA02	Ein-Bett-Zimmer	---
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	---
SA04	Fernsehraum	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	---
SA09	Unterbringung Begleitperson	---
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	---
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	---
	Ausstattung der Patientenzimmer	
SA12	Balkon / Terrasse	---
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	---
SA14	Fernsehgerät am Bett / im Zimmer	---
SA15	Internetanschluss am Bett / im Zimmer	
SA16	Kühlschrank	---
SA17	Rundfunkempfang am Bett	---
SA18	Telefon	---
SA19	Wertfach / Tresor am Bett / im Zimmer	Nicht in allen Räumen vorhanden
	Verpflegung	
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	---
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)	---

Nr.	Serviceangebot	Kommentar / Erläuterung
	Ausstattung/ Besondere Serviceangebote des Krankenhauses	
SA22	Bibliothek	---
SA23	Cafeteria	---
SA27	Internetzugang	---
SA28	Kiosk / Einkaufsmöglichkeiten	---
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	---
SA33	Parkanlage	---
SA36	Schwimmbad	Bewegungsbad
SA38	Wäscheservice	---
	Persönliche Betreuung	
SA39	Besuchsdienst / "Grüne Damen"	---
SA41	Dolmetscherdienste	---
SA42	Seelsorge	---

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

- Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover, Vorlesungen in Hannover für alle Semester, Seminare und praktische Einführungen in die klinische Tätigkeit im Krankenhaus Rahden
- Teilnahme an Multicenter-Studien, Klinische Forschung in vielen Fachgebieten, Vergabe von Promotionsarbeiten
- Krankenpflegeschule (angeschlossen an das Krankenhaus Lübbecke)
- Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivmedizin
- OP-Fachweiterbildung

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V

Anzahl der Betten

127

A-13 Fallzahl des Krankenhauses

Vollstationäre Fallzahl

3.606

Ambulante Fallzahl
Quartalszählweise

3.828

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1.1 Innere Medizin

Name der Fachabteilung	Innere Medizin
Chefarzt	Dr. med. Dierk Schulte
Straße / Hausnummer	Hohe Mühle 3
PLZ / Ort	32369 Rahden
Telefon	05771/708-604
Telefax	05771/708-158
Web	www.mkk-nrw.de
E-Mail	medizinische.klinik@krankenhaus-rahden.de
Hauptabteilung	<input checked="" type="checkbox"/>
Belegabteilung	<input type="checkbox"/>
Gemischt	<input type="checkbox"/>

B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Inneren Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innerer Medizin	Kommentar / Erläuterung
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	---
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	---
VI03	Diagnostik und Therapie sonstiger Formen der Herzkrankheit	---
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	---
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	---
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	---
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	---
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	---
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	---
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (Diabetes, Schilddrüse, ..)	---
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darmtraktes	---

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innerer Medizin	Kommentar / Erläuterung
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	---
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	---
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	---
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	---
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	---
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	---
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	---
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	---
VI20	Intensivmedizin	---
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	---
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	---
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	---
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	---

B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Inneren Medizin

Dieser Abteilung stehen alle medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des gesamten Krankenhauses zur Verfügung. Die entsprechende Tabelle finden Sie unter Gliederungspunkt A-9.

B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Inneren Medizin

Dieser Abteilung stehen alle nicht-medizinischen Serviceangebote des gesamten Krankenhauses zur Verfügung. Die entsprechende Tabelle finden Sie unter Gliederungspunkt A-10.

B-1.5 Fallzahlen der Inneren Medizin

Die Anzahl der stationären Fälle dieser Fachabteilung beläuft sich für das Jahr 2006 auf:

1.835

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer (3-stellig)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Absolute Fallzahl
1	I50	Herzschwäche (=Herzinsuffizienz)	106
2	I48	Herzrhythmusstörung in den Herzvorhöfen (=Vorhofflattern oder Vorhofflimmern)	94
3	I20	Anfallartige Schmerzen in der Herzgegend mit Beengungsgefühl (=Angina pectoris)	61
4	I63	Hirnininfarkt	59
5	J44	Sonstige chronische Lungenkrankheiten mit erhöhtem Atemwegswiderstand	56
6	K29	Magen- oder Zwölffingerdarmentzündung	55
7	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	55
8	F10	Psychische oder Verhaltensstörungen durch Alkohol	49
9	A09	Durchfall oder Magendarmentzündung, vermutlich infektiösen Ursprungs	46
10	E86	Flüssigkeitsmangel	44

B-1.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer (4-stellig)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Absolute Fallzahl
1	8-930	Kontinuierliche elektronische Überwachung (über Bildschirm) von Atmung, Herz und Kreislauf	297
2	1-632	Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarmes	296
3	1-650	Dickdarmspiegelung	157
4	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe des oberen Verdauungstrakts, der Gallengänge oder der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	109
5	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe des unteren Verdauungstraktes (z.B. des Dickdarmes) bei einer Spiegelung	77
6	8-800	Transfusion von Vollblut, Konzentraten roter Blutkörperchen oder Konzentraten von Blutgerinnungsplättchen	70
7	8-831	Legen, Wechsel oder Entfernung eines Katheters in Venen, die direkt zum Herzen führen	53
8	1-654	Spiegelung des Mastdarmes	48
9	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers oder eines elektrischen Gerätes zur Beseitigung von Kammerflimmern (=Defibrillator)	40
10	8-640	Externe Elektroschocktherapie des Herzrhythmus	40

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistung	Art der Ambulanz
Herzschrittmacherambulanz	Herzschrittmacherkontrolle	---

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V

Rang	OPS-301 Ziffer (4-stellig)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Absolute Fallzahl
1	1-650	Dickdarmspiegelung	69
2	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe des unteren Verdauungstraktes (z.B. des Dickdarmes) bei einer Spiegelung	48
3	8-900	Narkose über eine intravenöse Infusion von Narkosemitteln	11
4	5-452	Entfernen oder Zerstören von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	10
5	8-930	Kontinuierliche elektronische Überwachung (über Bildschirm) von Atmung, Herz und Kreislauf	10
6	8-931	Kontinuierliche elektronische Überwachung (über Bildschirm) von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	< 5

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaften

- Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- Stationäre BG-Zulassung
- Nicht vorhanden

B-1.11 Apparative Ausstattung

In der nachstehenden Tabelle gibt die Fachabteilung an auf welche Geräte regelmäßig zugegriffen wird. Dabei kann es sowohl sein, dass sich der Standort dieser Geräte in der entsprechenden Abteilung befindet oder anderen Fachabteilungen zugewiesen ist.

Nr.	Vorhandene Geräte	Kommentar / Erläuterung
AA03	Belastungs-EKG / Ergometrie	---
AA07	Cell Saver (im Rahmen einer Bluttransfusion)	---
AA08	Computertomograph (CT)	24-h-Notfallverfügbarkeit ist nicht gegeben
AA12	Endoskop	Gastro-, Kolo- und Bronchoskopie
AA19	Kipptisch (z.B. zur Diagnose des orthostatischen Syndroms)	---

Nr.	Vorhandene Geräte	Kommentar / Erläuterung
AA27	Röntgengerät / Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	24-h-Notfallverfügbarkeit ist gegeben
AA28	Schlaflabor	---
AA29	Sonographiegerät / Dopplersonographiegerät	Echokardiographie, Farbdoppler-Echokardiographie, abdominale Sonographie
AA31	Spirometrie / Lungenfunktionsprüfung	---
AA00	Langzeit-EKG	---
AA00	Langzeit-Blutdruckmessgerät	---

B-1.12 Personelle Ausstattung

B-1.12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar / Ergänzung	Fachexpertise der Abteilung
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	7,83 Vollkräfte	---	---
Davon Fachärzte	5 Vollkräfte	---	---
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0 Personen	---	---

B-1.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar / Ergänzung
Pflegekräfte insgesamt	23,17 Vollkräfte	Incl. interdisziplinäre Intensivstation (9,02 VK); zusätzlich 0,43 VK Krankenpflegeschüler/innen
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung)	22,33 Vollkräfte	---
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung)	2,46 Vollkräfte	---

B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Diese Fachabteilung greift auf kein spezielles therapeutisches Pflegepersonal zurück.

B-2.1 Allgemeinchirurgie

Name der Fachabteilung	Allgemeinchirurgie
Chefarzt	Dr. med. Elmar Axnick
Straße / Hausnummer	Hohe Mühle 3
PLZ / Ort	32369 Rahden
Telefon	05771/708-882
Telefax	05771/708-159
Web	www.mkk-nrw.de
E-Mail	chirurgie@krankenhaus-rahden.de
Hauptabteilung	<input checked="" type="checkbox"/>
Belegabteilung	<input type="checkbox"/>
Gemischt	<input type="checkbox"/>

B-2.2 Versorgungsschwerpunkte der Allgemeinchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Allgemeinchirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC55	Minimal-invasive laparoskopische Operationen	Gallenblase, Eingeweide Brüche
VC58	Spezialsprechstunde	Arbeitsunfälle, Schilddrüse, Stoma, Proktologie
VC00	Unfälle des alten Menschen	---

B-2.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Allgemeinchirurgie

Dieser Abteilung stehen alle medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des gesamten Krankenhauses zur Verfügung. Die entsprechende Tabelle finden Sie unter Gliederungspunkt A-9.

Darüber hinaus bietet diese Fachabteilung ihren Patienten zusätzlich noch die in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Leistungen an.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung

B-2.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Allgemeinchirurgie

Dieser Abteilung stehen alle nicht-medizinischen Serviceangebote des gesamten Krankenhauses zur Verfügung. Die entsprechende Tabelle finden Sie unter Gliederungspunkt A-10.

B-2.5 Fallzahlen der Allgemeinchirurgie

Die Anzahl der stationären Fälle dieser Fachabteilung beläuft sich für das Jahr 2006 auf:

1.407

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer (3-stellig)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Absolute Fallzahl
1	S06	Verletzungen innerhalb des Schädels (Gehirnerschütterung)	152
2	S52	Knochenbruch des Unterarmes	81
3	S72	Oberschenkelbruch	77
4	K80	Gallensteinleiden	68
5	K35	Akute Blinddarmentzündung	61
6	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	52
7	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	51
8	K40	Leistenbruch	44
9	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter oder des Oberarmes	38
10	S32	Bruch der Lendenwirbelsäule oder des Beckens	37

B-2.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer (4-stellig)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Absolute Fallzahl
1	5-893	Abtragung abgestorbener Hautzellen (=chirurgische Wundtoilette) oder Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	117
2	5-787	Entfernung von Knochenstabilisierungsmaterial	94
3	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut (z.B. durch Naht)	80
4	5-469	Sonstige Operationen am Darm (z.B. Lösen von Verwachsungen, Aufdehnung von Darmabschnitten)	79
5	5-470	Blinddarmentfernung	76
6	5-790	Stellungskorrektur eines Knochenbruches ohne freie Verbindung des Bruches zur Körperoberfläche (=geschlossene Reposition) oder einer Lösung der Knochenenden von Röhrenknochen mittels Knochenstabilisierungsmaterial (z.B. Drähte, Schrauben, Platten, externe	76
7	5-794	Stellungskorrektur eines mehrteiligen Knochenbruches ohne intakte Weichteilbedeckung (=offene Reposition) im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mittels Knochenstabilisierungsmaterial (z.B. Drähte, Schrauben, Platten, externer Fixateur)	71
8	5-511	Gallenblasenentfernung	64
9	8-800	Transfusion von Vollblut, Konzentraten roter Blutkörperchen oder Konzentraten von Blutgerinnungsplättchen	64
10	5-793	Stellungskorrektur eines einfachen Knochenbruches ohne intakte Weichteilbedeckung (=offene Reposition) im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	49

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistung	Art der Ambulanz
D-Ambulanz	Versorgung berufsgenossenschaftlich versicherter Unfallverletzter	---
KV-Ambulanz	Versorgung Unfallverletzter nach operativ behandelten Frakturen auf Überweisung	---
Privatambulanz	Versorgung Privatversicherter	---
Notfallambulanz	Versorgung von chirurgischen Notfällen	---

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V

Rang	OPS-301 Ziffer (4-stellig)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Absolute Fallzahl
1	5-787	Entfernung von Knochenstabilisierungsmaterial	27
2	5-378	Entfernung, Wechsel oder Korrektur eines Herzschrittmachers oder elektrischen Gerätes zur Beseitigung von Kammerflimmern (=Defibrillator)	9
3	5-530	Verschluss von Eingeweidebrüchen (=Hernien), die im Leistenbereich austreten	8
4	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Zusatzmaterialien	< 5
5	5-895	Ausgedehntes Entfernen von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 5
6	5-056	Operation mit Auflösung von Nervenzellen oder Druckentlastung von Nerven (z.B. bei chronischen Schmerzen)	< 5
7	5-863	Handamputation an der Gelenklinie	< 5
8	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 5
9	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	< 5
10	5-790	Stellungskorrektur eines Knochenbruches ohne freie Verbindung des Bruches zur Körperoberfläche (=geschlossene Reposition) oder einer Lösung der Knochenenden von Röhrenknochen mittels Knochenstabilisierungsmaterial (z.B. Drähte, Schrauben, Platten)	< 5

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaften

- Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- Stationäre BG-Zulassung
- Nicht vorhanden

B-2.11 Apparative Ausstattung

In der nachstehenden Tabelle gibt die Fachabteilung an auf welche Geräte regelmäßig zugegriffen wird. Dabei kann es sowohl sein, dass sich der Standort dieser Geräte in der entsprechenden Abteilung befindet oder anderen Fachabteilungen zugewiesen ist.

Nr.	Vorhandene Geräte	Kommentar / Erläuterung
AA07	Cell Saver (im Rahmen einer Bluttransfusion)	---
AA08	Computertomograph (CT)	24-h-Notfallverfügbarkeit ist nicht ggb.
AA27	Röntgengerät / Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	24-h-Notfallverfügbarkeit ist gegeben
AA29	Sonographiegerät / Dopplersonographiegerät	---

B-2.12 Personelle Ausstattung

B-2.12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar / Ergänzung	Fachexpertise der Abteilung
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	7,14 Vollkräfte	---	---
Davon Fachärzte	3,04 Vollkräfte	---	Chirurgie, Unfallchirurgie, Visceralchirurgie
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0 Personen	---	---

B-2.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar / Ergänzung
Pflegekräfte insgesamt	27,78 Vollkräfte	Incl. interdisziplinäre Intensivstation (4,57 VK); zusätzlich 0,43 VK Krankenpflegeschüler/innen
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung)	27,27 Vollkräfte	---
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung)	1,25 Vollkräfte	---

B-2.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Diese Fachabteilung greift auf kein spezielles therapeutisches Pflegepersonal zurück.

B-3.1 Orthopädie

Name der Fachabteilung	Orthopädie
Belegarzt	Dr. med. Al Nassre
Straße / Hausnummer	Hohe Mühle 3
PLZ / Ort	32369 Rahden
Telefon Station	05771/708-101
Telefon Kliniksekretariat	05771/708-609
Telefax	05771/708-844
Web	www.mkk-nrw.de
E-Mail	orthopaedie@krankenhaus-rahden.de
Hauptabteilung	<input type="checkbox"/>
Belegabteilung	<input checked="" type="checkbox"/>
Gemischt	<input type="checkbox"/>

B-3.2 Versorgungsschwerpunkte der Orthopädie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie	Kommentar / Erläuterung
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	Arthroskopie und Prothetik, gelenkerhaltende Maßnahmen, Achsenkorrektur, Beckenosteotomie, Arthrodesen
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	---
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	Spondylodese, Non-Fusion, Kyphoplastie bzw. Vertebroplastie
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	Stationäre Schmerztherapie (Wurzelblockaden, Cauldalanästhesie)
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	Bandscheiben, Hals- und Lendenwirbelsäule, Bandscheibenprothesen
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	---
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	---
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	---
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	---
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	---
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	Gutartige Tumore
VO12	Kinderorthopädie	---
VO13	Spezialprechstunde	---

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie	Kommentar / Erläuterung
VO00	Sporttraumatologie	Instabilität am Fuß- und Kniegelenk (Kreuzbandplastik), Instabilität der Schulter
VO00	Fußchirurgie	Korrektur von Fußdeformität
VO00	Rheumachirurgie	Synovektomie, Arthrodesen

B-3.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Orthopädie

Dieser Abteilung stehen alle medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des gesamten Krankenhauses zur Verfügung. Die entsprechende Tabelle finden Sie unter Gliederungspunkt A-9.

Darüber hinaus bietet diese Fachabteilung ihren Patienten zusätzlich noch die in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Leistungen an.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP08	Berufsberatung / Rehabilitationsberatung	---
MP28	Naturheilverfahren	---
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen	---
MP49	Wirbelsäulengymnastik	---
MP50	Wochenbettgymnastik	---

B-3.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Orthopädie

Dieser Abteilung stehen alle nicht-medizinischen Serviceangebote des gesamten Krankenhauses zur Verfügung. Die entsprechende Tabelle finden Sie unter Gliederungspunkt A-10.

B-3.5 Fallzahlen der Orthopädie

Die Anzahl der stationären Fallzahlen dieser Fachabteilung belaufen sich für das Jahr 2006 auf:

364

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10 Ziffer (3-stellig)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Absolute Fallzahl
1	M51	Sonstige Bandscheibenschäden (v.a. im Lendenwirbelsäulenbereich)	68
2	M17	Chronischer Kniegelenksverschleiß mit zunehmender Gelenkversteifung (=Gonarthrose)	66
3	M16	Chronischer Hüftgelenksverschleiß mit zunehmender Gelenkversteifung (=Coxarthrose)	41
4	M54	Rückenschmerzen	35
5	M75	Verletzung oder Krankheit der Schulter (z.B. Sehnenentzündung)	22
6	M22	Krankheiten der Kniescheibe (=Patella)	20
7	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	15
8	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate	15
9	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	14
10	M48	Sonstige Wirbelsäulenschleißkrankheiten (v.a. Verengung des Wirbelkanals im Nacken- oder Lendenwirbelbereich)	10

B-3.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer (4-stellig)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Absolute Fallzahl
1	5-812	Operation am Gelenkknorpel oder an den sichelförmigen Knorpelscheiben (=Menisken) mittels Gelenkspiegel (=Arthroskop)	183
2	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut mittels Gelenkspiegel (=Arthroskop)	77
3	5-032	Operatives Freilegen eines Zugangs zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein oder zum Steißbein	49
4	5-831	Entfernen von erkranktem Bandscheibengewebe	49
5	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln oder wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	43
6	5-820	Einsetzen eines Gelenkersatzes (=Gelenkendoprothese) am Hüftgelenk	42
7	5-033	Einschneiden des Wirbelkanals (z.B. zur Druckentlastung)	36
8	5-788	Operationen an den Mittelfußknochen oder d. Zehengliedern	32
9	5-784	Knochen transplantation und -transposition (Hinweis: bei der Transposition wird ein gefäßgestieltes Transplantat verwendet im Gegensatz zu einem freien Transplantat)	31
10	5-783	Entnahme eines Knochen transplantates	30

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten werden nur in der Praxis des Belegarztes angeboten.

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V

Rang	OPS-301 Ziffer (4-stellig)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Absolute Fallzahl
1	5-782	Entfernung von erkranktem Knochengewebe	< 5
2	5-056	Operation mit Auflösung von Nervenzellen oder Druckentlastung von Nerven (z.B. bei chronischen Schmerzen)	< 5
3	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	< 5
4	5-829	Resektionsarthroplastik Gelenke Fuß	< 5
5	5-852	Herausschneiden von Muskel, Sehne und Faszie	< 5
6	5-849	Herausschneiden eines Überbeines an der Hand	< 5
7	5-788	Operationen an den Mittelfußknochen oder den Zehengliedern	< 5
8	5-787	Entfernung von Knochenstabilisierungsmaterial	< 5
9	5-786	Operative Vereinigung von Knochenfragmenten durch Anbringen von Knochenstabilisierungsmaterial (z.B. Drähte, Schrauben, Platten, externer Fixateur) innerhalb oder außerhalb des Knochens	< 5

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaften

- Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- Stationäre BG-Zulassung
- Nicht vorhanden

B-3.11 Apparative Ausstattung

In der nachstehenden Tabelle gibt die Fachabteilung an auf welche Geräte regelmäßig zugegriffen wird. Dabei kann es sowohl sein, dass sich der Standort dieser Geräte in der entsprechenden Abteilung befindet oder anderen Fachabteilungen zugewiesen ist.

Nr.	Vorhandene Geräte	Kommentar / Erläuterung
AA03	Belastungs-EKG / Ergometrie	---
AA07	Cell Saver (im Rahmen einer Bluttransfusion)	---
AA08	Computertomograph (CT)	24-h-Notfallverfügbarkeit ist gegeben
AA27	Röntgengerät / Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	24-h-Notfallverfügbarkeit ist gegeben
AA29	Sonographiegerät / Dopplersonographiegerät	---

B-3.12 Personelle Ausstattung

B-3.12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar / Ergänzung	Fachexpertise der Abteilung
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	--- Vollkräfte	---	---
Davon Fachärzte	--- Vollkräfte	---	---
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	1 Person	---	Orthopädie und Unfallchirurgie, Spezielle Orthopädische Chirurgie, Sportmedizin, Physikalische Therapie, Sonographie des Bewegungsapparates

B-3.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar / Ergänzung
Pflegekräfte insgesamt	10,65 Vollkräfte	Zusätzlich 0,43 VK Krankenpflegeschüler/innen
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung)	10,23 Vollkräfte	---
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung)	0 Vollkräfte	---

B-3.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar / Erläuterung
SP02	Arzthelfer	---
SP15	Masseure / Medizinische Bademeister	---
SP18	Orthopädietechniker	---
SP21	Physiotherapeuten	---

B-4.1 Anästhesie

Name der Fachabteilung	Anästhesie, Intensiv-, Notfall- und Schmerzmedizin
Chefarzt	Dr. med. Michael Fantini
Straße / Hausnummer	Virchowstraße 65
PLZ / Ort	32312 Lübbecke
Telefon	05741/35-1700
Telefax	05741/35-2735
Web	www.mkk-nrw.de
E-Mail	anaesthesie@krankenhaus-luebbecke.de
Hauptabteilung	<input checked="" type="checkbox"/>
Belegabteilung	<input type="checkbox"/>
Gemischt	<input type="checkbox"/>

B-4.2 Versorgungsschwerpunkte der Anästhesie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Anästhesie	Kommentar / Erläuterung
VS00	Regionalanästhesie	---
VS00	EEG-Monitoring	EEG-Überwachung zur Bestimmung und Steuerung der Narkosetiefe
VS00	Interdisziplinäre Intensivmedizin	---
VS00	Perioperative Schmerztherapie	---
VS00	Therapie chronischer Schmerzen	---

B-4.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Anästhesie

Dieser Abteilung stehen alle medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des gesamten Krankenhauses zur Verfügung. Die entsprechende Tabelle finden Sie unter Gliederungspunkt A-9.

B-4.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Anästhesie

Dieser Abteilung stehen alle nicht-medizinischen Serviceangebote des gesamten Krankenhauses zur Verfügung. Die entsprechende Tabelle finden Sie unter Gliederungspunkt A-10.

B-4.5 Fallzahlen der Anästhesie

Für den Qualitätsbericht 2006 sind nur vollstationäre Fallzahlen relevant.

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Diese Fachabteilungen stellt keine Diagnosen nach ICD-10.

B-4.7 Prozeduren nach OPS

Diese Fachabteilungen stellt keine Prozeduren nach OPS 2006.

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Diese Fachabteilung bietet keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten an.

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V

Diese Fachabteilung führte in dem Berichtsjahr 2006 keine ambulanten Operationen durch.

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaften

- Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- Stationäre BG-Zulassung
- Nicht vorhanden

B-4.11 Apparative Ausstattung

In der nachstehenden Tabelle gibt die Fachabteilung an auf welche Geräte regelmäßig zugegriffen wird. Dabei kann es sowohl sein, dass sich der Standort dieser Geräte in der entsprechenden Abteilung befindet oder anderen Fachabteilungen zugewiesen ist.

Nr.	Vorhandene Geräte	Kommentar / Erläuterung
AA07	Cell Saver (im Rahmen einer Bluttransfusion)	---
AA29	Sonographiegerät / Dopplersonographiegerät	---

B-4.12 Personelle Ausstattung

B-4.12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar / Ergänzung	Fachexpertise der Abteilung
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	2,40 Vollkräfte	---	---
Davon Fachärzte	2,10 Vollkräfte	Weiterbildungsbefugnisse Anästhesiologie, Intensivmedizin	Anästhesiologie, Akupunktur, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Spezielle Schmerztherapie
Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0 Personen	---	---

B-4.12.2 Pflegepersonal

Das Personal dieser Fachabteilung ist dem Funktionsdienst zugeordnet und unter dem nächsten Gliederungspunkt aufgeführt.

B-4.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar / Erläuterung
SP00	Funktionsdienst Anästhesie	2,59 Vollkräfte

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)	Kommentar
Ambulant erworbene Pneumonie	31	100,0 %	---
Cholezystektomie	64	100,0 %	---
Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche isolierte Aortenklappenchirurgie, Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Hüft-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel, hüftgelenknahe Femurfraktur, Knie-TEP- Erstimplantation, Knie-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie, isolierte Koronarchirurgie	---	---	Siehe Fußnote ¹
Gynäkologische Operationen	< 20	100,0 %	---
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	< 20	100,0 %	---
Herzschrittmacher-Implantation	40	100,0 %	---
Herzschrittmacher-Revision / Systemwechsel / Explantation	< 20	100,0 %	---
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	41	97,6 %	---
Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel und -komponentenwechsel	< 20	100,0 %	---
Hüftgelenknahe Femurfraktur	51	100,0 %	---
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	< 20	100,0 %	---
Knie-Totalendoprothesen-Wechsel und -komponentenwechsel	< 20	100,0 %	---
Koronarangiographie und perkutane Koronarintervention (PCI)	< 20	100,0 %	---
Gesamt	248	---	---

¹ Da das BQS-Verfahren zur Dekubitusprophylaxe an die Leistungsbereiche isolierte Aortenklappenchirurgie, Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Knie-TEP-Erstimplantation, Knie-TEP-Wechsel, und –komponentenwechsel, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie gekoppelt ist, existieren hier keine gesonderten Angaben über Fallzahlen und Dokumentationsrate. Fallzahl und Dokumentationsrate im Leistungsbereich Dekubitusprophylaxe können aus den Angaben in den jeweiligen Leistungsbereichen abgelesen werden.

C-1.2 Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren

C-1.2 A Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren

C-1.2 A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

1	2	3	4	5	6	7	8
Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI)	Kennzahlbezeichnung	Bewertung durch Strukt. Dialog	Vertrauensbereich	Ergebnis (%)	Zähler / Nenner	Referenzbereich (bundesweit) (%)	Kommentar / Erläuterung
Gallenblasenentfernung: QI 3: Feingewebliche Untersuchung der entfernten Gallenblase	Erhebung eines histologischen Befundes	1	86,9 – 99	95	62 / 65	100	
Herzschrittmachereinsatz : QI 1: Entscheidung für die Herzschrittmacher-Behandlung	Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	8	78,9 – 99	92	36 / 39	90	
Herzschrittmachereinsatz : QI 8: Komplikationen während oder nach der Operation 1	Perioperative Komplikationen: chirurgische Komplikationen	8	0,0 – 9	0		2	
Herzschrittmachereinsatz : QI 8: Komplikationen während oder nach der Operation 3	Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Vorhof	8	0,0 – 16	0		3	
Herzschrittmachereinsatz : QI 8: Komplikationen während oder nach der Operation 2	Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Ventrikel	8	0,0 – 9	0		3	
Herzschrittmachereinsatz : QI 3: Auswahl des Herzschrittmachersystems	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	8	91 – 100	100	39 / 39	90	

1	2	3	4	5	6	7	8
Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI)	Kennzahlbezeichnung	Bewertung durch Strukt. Dialog	Vertrauensbereich	Ergebnis (%)	Zähler / Nenner	Referenzbereich (bundesweit) (%)	Kommentar / Erläuterung
Herzschrittmachereinsatz : QI 5: Entscheidung für die Herzschrittmacher-Behandlung und die Auswahl des Herzschrittmachersystems	Leitlinienkonforme Indikationsstellung und leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	8	78,9 – 99	92	36 / 39	80	
Gallenblasenentfernung: QI 2: Klärung der Ursachen für angestaute Gallenflüssigkeit vor der Gallenblasenentfernung	Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	8	15,8 – 100	100		100	
Gallenblasenentfernung: QI 7: Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reinterventionsrate	8	0,0 – 8	0		1,5	
Frauenheilkunde : QI 7: Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Gebärmutterentfernungen	Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	8	0,0 – 0	0		90	
Frauenheilkunde : QI 9: Vorbeugende Medikamentengabe zur Vermeidung von Blutgerinnseln bei Gebärmutterentfernungen	Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie	8	0,0 – 0	0		95	
Hüftgelenkersatz : QI 7: Ausrenkung des künstlichen Hüftgelenkes nach der Operation	Endoprothesenluxation	8	0,0 – 9	0		5	
Hüftgelenkersatz : QI 11: Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reinterventionen wegen Komplikation	8	0,0 – 9	0		9	
Hüftgelenkersatz : QI 8: Entzündung des Operationsbereichs nach der Operation	Postoperative Wundinfektion	8	0,0 – 9	0		3	
Kniegelenkersatz : QI 10: Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reinterventionen wegen Komplikation	8	0,0 – 84	0		6	

1	2	3	4	5	6	7	8
Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI)	Kennzahlbezeichnung	Bewertung durch Strukt. Dialog	Vertrauensbereich	Ergebnis (%)	Zähler / Nenner	Referenzbereich (bundesweit) (%)	Kommentar / Erläuterung
Kniegelenkersatz : QI 7: Entzündung des Operationsbereichs nach der Operation	Postoperative Wundinfektion	8	0,0 – 84	0		2	
Herzkatheteruntersuchung und –behandlung : QI 1: Entscheidung für die Herzkatheteruntersuchung	Indikation zur Koronangiographie – Ischämiezeichen	8	2,5 – 100	100		80	
Herzkatheteruntersuchung und –behandlung : QI 3: Entscheidung für die Herzkatheterbehandlung	Indikation zur PCI	8	0,0 – 0	0		10	
Herzkatheteruntersuchung und –behandlung : QI 4: Wiederherstellung der Durchblutung der Herzkranzgefäße	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI: Alle PCI mit Indikation akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h	8	0,0 – 0	0		85	

C-1.2 A.II Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind

Da der strukturierte Dialog für alle unter diesem Gliederungspunkt aufzuführenden Qualitätsindikatoren bereits abgeschlossen ist, befinden sich alle Angaben in der vorigen Tabelle unter C-1.2 A.I

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

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

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137 f SGB V

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

DMP	Kommentar / Erläuterung
Diabetes mellitus Typ 2	---
Koronare Herzkrankheit (KHK)	---

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Für das Jahr 2006 wurde an keinen sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung teilgenommen.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Leistungsbereich	Mindestmenge (im Berichtsjahr 2006)	Erbrachte Menge (im Berichtsjahr 2006)	Ausnahmeregelung (bitte ggf. ankreuzen und unter C-6 erläutern)
Knie-TEP	50	2	---

C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelungen)

Entfällt.

D Qualitätsmanagement

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass wir in unserer Darstellung auf die ausdrückliche Benennung auch der weiblichen Form verzichten, um eine bessere Lesbarkeit zu ermöglichen.

D-1 Qualitätspolitik

Die Krankenhäuser der „Mühlenkreiskliniken“ (Anstalt öffentlichen Rechts²) arbeiten im Dienstleistungsbereich des Gesundheitswesens durch Menschen am Menschen und stellen menschliche Stärken und Fähigkeiten ebenso in den Mittelpunkt ihrer Arbeit wie den Umgang mit menschlichen Schwächen.

D-1.1 Leitbild

Unser Leitbild bezieht unsere Patienten, Kunden und alle Beschäftigten ein. Es bildet die Richtschnur der Weiterentwicklung unserer Kliniken und spiegelt die Grundsätze unserer Qualitätspolitik. Von der Personalkommission als Vertretung unserer Mitarbeiter werden die Ziele der Qualitätspolitik ausdrücklich unterstützt.

Im Sinne eines integrativen Prozesses werden Leitbild und Qualitätspolitik eingeführt und umgesetzt.

Werte in

Menschliche W ertschätzung	unsere Kommunikation
Mitarbeiter O rientierung	unsere Führungsgrundsätze
R egionale Wirtschaftsbedeutung	unsere Zukunftssicherung
T ransparente Organisation	unsere Unternehmenskultur
Personal E ntwicklung	unser Qualitätsfaktor
Patienten N ähe	unser Grundverständnis

² homepage www.mkk-nrw.de

D–1.2 Qualitätsmanagement-Grundsätze

D–1.2.1 Patientenorientierung

D–1.2.1.1 medizinisches Leistungsspektrum

Das Krankenhaus Rahden ist ein Krankenhaus der Grundversorgung. Der ärztliche Dienst ist so geregelt, dass an sieben Tagen der Woche über 24 Stunden auch für die Versorgung von Notfällen ein Facharztstandard gewährleistet werden kann.

Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover nimmt das Krankenhaus Rahden an der Studentenausbildung teil und informiert sich laufend über neue diagnostische und therapeutische Verfahren sowie den aktuellen Stand der medizinischen Forschung.

Zum Leistungsspektrum gehören:

- Sicherstellung der Notarztversorgung im Kreisgebiet Minden-Lübbecke
- Teleradiologie und Telemedizin
- Darmzentrum gegründet 2006³

D–1.2.1.2 nichtmedizinische Dienste am Patienten

Damit wir auch mit denjenigen unserer Patienten, die nicht oder nur eingeschränkt unsere Sprache sprechen, bestmöglich kommunizieren können, steht ein **Dolmetscherdienst** für derzeit rund 30 Sprachen einschließlich der Gebärdensprache zur Verfügung.

Zur Versorgung unserer Patienten mit den meist kleinen Dingen des täglichen Lebens, die nicht zur medizinischen Versorgung gehören, engagieren sich in unserem Klinikum sogenannte „**grüne Damen und Herren**“. Sie besorgen zum Beispiel Zeitungen und Zeitschriften, Bücher (auch aus der **Patientenbibliothek**), Kosmetika und andere Kleinigkeiten aus dem **Kiosk**.

Für die seelische Verarbeitung des Krankheitsgeschehens stehen die katholische und evangelische **Krankenhauseelsorge** mit ihren Geistlichen bereit.

D–1.2.1.3 neue Strukturen im Gesundheitswesen

Patienten wollen und sollen auch vor und nach einem Krankenhausaufenthalt medizinisch optimal versorgt werden. Oft ist dabei eine gemeinsame Behandlung durch Ärzte mehrerer Fachrichtungen sinnvoll, die nach festen Regeln zusammen arbeiten. Noch attraktiver wird das für Patienten, wenn lange Anfahrtswege entfallen und diese Ärzte räumlich nahe beieinander angesiedelt sind. Das Unternehmen Mühlenkreiskliniken weiß um diese Faktoren und trägt ihnen Rechnung durch die Teilnahme an neuen Konzepten:

- Teilnahme an Konzepten zu Disease Management Programmen (Diabetes)

³ siehe auch D-4.1.3 und D5.3

Die Verzahnung mit externen Arbeitsgruppen dient der Verbesserung der Patientenversorgung insbesondere nach der Entlassung aus dem Krankenhaus und ist Teil unseres Entlassmanagements⁴:

- Kooperationsvertrag mit dem Netzwerk NADel e.V. (Netzwerk ambulante Pflegedienste)
- Kooperationsvertrag mit der Rehabilitation Bad Oexen (Klinik für onkologische Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung)
- Kooperationsvorbereitung mit dem Hospiz Veritas in Lübbecke

D-1.2.2 Mitarbeiterorientierung

D-1.2.2.1 Aus- und Weiterbildung

Neben der Facharztweiterbildung für approbierte Ärzte in 20 medizinischen Fachrichtungen werden in den Mühlenkreiskliniken als Akademischem Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover auch Studenten ausgebildet.

Mit der Kranken- und Kinderkrankenpflegeschule, der Schule für MTA und RTA, der Hebammen- und Diätassistentenschule sowie Ausbildungsplätzen für Arzthelfer, Büro- und Informatikkaufleute und Orthopädiemechaniker sind die Mühlenkreiskliniken **größter Ausbildungsbetrieb** im Kreis Minden-Lübbecke.

Selbstverständlich wird auch die Weiterbildung intensiv gefördert: z.B. in Kursen zur basalen Stimulation, der Kinästhetik, in Praxisanleiter- und Stationsleitungskursen, in Qualifikationskursen für Pflegekräfte in der Stroke-Unit und auf der Intensivstation, in der Fachweiterbildung für Anästhesie- und Intensivpflege, im Operationsdienst, der Onkologie und der Nephrologie.

Praktikumsplätze stehen schulbegleitend, berufsfindend und ausbildungsassoziiert sowohl im medizinischen, als auch im Verwaltungsbereich zur Verfügung.

D-1.2.2.2 Fortbildung

Zahlreiche interne und externe Fortbildungsveranstaltungen, sowohl berufsgruppenbezogen, als auch berufsgruppenübergreifend, werden den Mitarbeitern angeboten. Jährlich werden die intern angebotenen Maßnahmen in einem Katalog aufgelistet und den Mitarbeitern zugänglich gemacht⁵.

D-1.3 Wirtschaftlichkeit

Der Zusammenschluss von fünf Krankenhäusern zu den „Mühlenkreiskliniken“ (AöR) soll durch günstigere Einkaufsmöglichkeiten, konsequenten Ausbau von EDV-Anwendungen und straffere Prozessorganisation die Wirtschaftlichkeit der Häuser erhöhen.

⁴ siehe auch D-5.7

⁵ siehe auch homepage www.mkk-nrw.de/Aktuelles/Veranstaltungshinweise

D-1.4 Prozessorientierung

Viele althergebrachte Prozesse der medizinischen Leistungserbringung sind heute überholt – man denke nur an die Forderung der Gesundheitsreform nach mehr ambulanter Leistungserbringung auch im Krankenhaus.

Aufwändige Leistungserfassung auf Papier kann heute z.B. durch EDV-Anwendungen ersetzt und die Bearbeitung damit deutlich beschleunigt werden.

Im Rahmen und zum Zwecke der Prozessreorganisation insbesondere der patientenbezogenen Dokumentations-Abläufe an der Schnittstelle zwischen Klinik und Verwaltung wird seit April 2005 das **Medizin-Controlling**⁶ betrieben.

D-1.5 Umgang mit Fehlern - Zentrales Beschwerdemanagement

Entsprechend seiner hohen Bedeutung für das Unternehmen ist das zentrale Beschwerdemanagement in der Verwaltungsdirektion angesiedelt.

Wir möchten mit unseren Patienten über ihre positiven und negativen Erlebnisse gleichermaßen kommunizieren und haben dazu verschiedene Möglichkeiten etabliert:

- bereits bei der Aufnahme erhält jeder Patient einen **Fragebogen**, der (auch anonym) ausgefüllt und auf der Station, in der Abteilung oder über den gekennzeichneten Briefkasten abgegeben werden kann
- natürlich ist das **direkte Gespräch** mit den Führungskräften in der Pflege und der Medizin möglich
- in der Verwaltungsdirektion finden Patienten grundsätzlich ein offenes Ohr und ein engagiertes Bemühen um Verständigung
- der **Patientenfürsprecher**⁷ gemäß § 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) steht selbstverständlich gern zur Verfügung für ein persönliches oder telefonisches Gespräch oder eine schriftliche Äußerung

Wenn Menschen Fehler machen, möchten wir daraus lernen und diese Fehler im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses künftig vermeiden. Wir gehen deshalb jeder Anregung und jeder Beschwerde ausführlich nach und informieren betroffene Mitarbeiter ebenso wie die einsendenden Personen.

Die Bearbeitung und **Auswertung der Patienten-Fragebögen** erfolgt regelmäßig und wird jeweils mit der **Betriebsleitung** kommuniziert.

Eine jährliche **Beschwerdestatistik** ermöglicht, gezielt Maßnahmen zur Schulung von Mitarbeitern und/oder zur Prozessoptimierung einzuleiten.

⁶ siehe D-4.4

⁷ Namen auf der homepage www.mkk-nrw.de unter Stichwort „Patientenfürsprecher“

D-1.6 Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation

Der Bereich Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation ist in der **Pressestelle** häuserübergreifend zentral organisiert und dem Vorstandsvorsitzenden unterstellt. Die Arbeit zeichnet sich durch ein breites Spektrum an regelmäßigen Aktivitäten in den verschiedenen Medien aus. Patienten, Kunden und alle Beschäftigten werden gezielt über das Leistungsspektrum, neue Angebote und aktuelle Entwicklungen in den Kliniken informiert. Zu den Presseaktivitäten gehören u. a.:

- Regelmäßige Presseinformationen, Pressegespräche, Presseprojekte
- Tage der offenen Tür
- Kinderfeste, Benefiz-Veranstaltungen, Jubiläumsveranstaltungen, Examensfeiern
- Projekttag
- Präsentationen auf Messen
- Gruppenführungen
- Zahlreiche Fachvorträge, Ärztetagen, ärztliche und pflegerische Fortbildungen
- Krankenhauszeitschrift "einBlick"
- Informationsflyer themenbezogen
- Festschriften
- Patienteninformationsbroschüren
- Mitarbeiterinformationsbroschüren
- Fortbildungsprogramme
- Sozialbilanzen
- Internet-Auftritte
- Intranet
- Fördervereine

D-2 Qualitätsziele

D–2.1 strategisch/operativ

D–2.1.1 bestmögliche medizinische Leistungserbringung

Das Krankenhaus Rahden als Krankenhaus der Grundversorgung und Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover möchte für seine Patienten eine

- medizinische Leistungserbringung in höchstmöglicher Qualität verwirklichen
- bestmöglich aus- und kontinuierlich weitergebildete Ärzte, Pflegekräfte und nicht-ärztliche Therapeuten vorhalten

Es setzt dabei auf umfassende Aus- und Weiterbildung durch ein breit gefächertes Angebot. Durch die Einführung des Medizin-Controlling erfolgt eine Unterstützung der klinisch tätigen Ärzte bei der formalen Kodierung der erbrachten Leistung für das DRG-System und ihre Entlastung von denjenigen Verwaltungsaufgaben, zu deren Erledigung es grundsätzlichen medizinischen Sachverstandes bedarf.

Eine hohe Qualität der Medizinischen Leistungserbringung soll eine

- hohe Patientenzufriedenheit

nach sich ziehen.

Dabei ist das Krankenhaus sich dessen bewusst, dass nicht nur die rein medizinische Leistung, sondern auch das organisatorische Umfeld eine gewichtige Rolle spielt. So wird durch Maßnahmen zur

- Prozessoptimierung (Patientenfreundlichkeit⁸, Transparenz, Servicefunktion)

mit Hochdruck daran gearbeitet, eine

- gesteigerte Termintreue und
- Synergien in Klinik und Verwaltung

zu erreichen. Eine einwandfreie Termintreue führt zu störungsfreiem Miteinander der Partner im Gesundheitswesen. Im Verhältnis zu den Krankenkassen als unseren Kunden brauchen wir von beiden Seiten Verlässlichkeit und sachbezogene Diskussion.

Durch den Zusammenschluss der derzeit fünf Standorte in einen gemeinsamen Klinikverbund wird sich absehbar **die Wirtschaftlichkeit deutlich erhöhen**, da günstigere Einkaufsmöglichkeiten und eine Einsparung von derzeit mehrfach vorgehaltenen Prozessen und Materialien zur Freisetzung finanzieller und personeller Ressourcen beitragen werden. Hierzu ist vor allem die Prozessorganisation und das darin liegende Optimierungspotential entscheidend.

Klare Zielvorgaben und die zeitnahe Rückmeldung über deren Erreichung bilden wesentliche Elemente der Kommunikation zwischen verschiedenen Unternehmensebenen und Berufsgruppen. Wenn hieran intensiv gearbeitet wird, erleichtert das die zur Gesundheit und Gesunderhaltung des Unternehmens unabdingbare **Motivation zur Innovation** trotz möglicher Anfangsschwierigkeiten und Umgewöhnungsaufwands.

Ein Krankenhausbetrieb, der Lichtblicke und Schattenseiten des eigenen Handelns gleichermaßen sachlich zur Kenntnis nimmt und bearbeitet, wird eine **hohe Mitarbeiterzufriedenheit** erreichen.

⁸ siehe auch D-5.1

denheit erreichen. Eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit wirkt bekanntlich direkt auf die Kunden zurück. Unsere wichtigsten Kunden sind die Patienten.

D–2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung

Ob und wie Zufriedenheit erreicht, oder Fehler gemacht wurden, lässt sich an allgemein verfügbaren Kennzahlen nicht direkt, aber im menschlichen Miteinander vielfältig ablesen:

- direkter Kontakt zwischen Patienten und Medizin (Ärzte und Pflege) bzw. Verwaltung⁹
- Patientenfragebogen⁷
- projektbezogene Mitarbeiterbefragung (unregelmäßig).

Einen Überblick über Veränderungen der medizinischen Leistungserbringung, aber auch indirekte Hinweise auf erreichte Patienten-/Kunden-Zufriedenheit geben Kennzahlen:

- regelmäßige statistische Auswertungen des Controlling zur
 - Belegung
 - DRG-Übersicht mit fachabteilungsbezogener Aussage zu Bewertungsrelation Beatmungszeiten/Intensivbehandlung, Verweildauer
 - Leistungserfassung
- regelmäßige Auswertungen des Medizin-Controlling zur
 - Fallprüfungsfrequenz durch Kostenträger und MDK und
- fallbezogene Berichte des Medizin-Controlling zur
 - formalen und inhaltlichen Kodierqualität

D–2.3 Kommunikation der Ziele und Zielerreichung

Ob Ziele erreicht oder verfehlt wurden, muss an die jeweils mit der Leistungserbringung befassten Personen zurück gemeldet werden, um Prozesse kontinuierlich zu verbessern. Dazu werden im Krankenhaus Rahden eingesetzt:

- monatliches Berichtswesen aus dem Controlling¹⁰
- jährliche Leistungsplanungsgespräche des Controlling mit den klinischen Fachabteilungen in Vorbereitung der Budget- und Entgeltverhandlungen
- monatliche Veranstaltung des Medizin-Controlling für DRG-Beauftragte¹¹ und weitere Interessierte aus verschiedenen Berufsgruppen („Doku-Treffen“)
- tägliche Kontakte und regelmäßige Besprechungen zwischen Kodierassistenten und Ärzten / Pflegekräften auf den Stationen¹²
- ständige und/oder themenbezogene Arbeitsgruppen¹³ und Schulungen
- Einzelgespräche im Rahmen des Beschwerdemanagements⁷

⁹ siehe auch Beschwerdemanagement D-1.5

¹⁰ siehe auch D-4.5.1

¹¹ siehe auch D-4.5.2

¹² siehe auch D-4.4.3

¹³ Details siehe D-3.4

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

D-3 Aufbau Qualitätsmanagement

D-3.1 Qualitätsmanager

Die Position des Qualitätsmanagers ist im Berichtszeitraum weiter vakant, da die besondere Situation des Unternehmens mit der neu gegründeten Anstalt Öffentlichen Rechts, der Neubau-Erstellung in Minden, einer Neubau-Planung für Rahden und der generell angespannten Haushaltslage keine andere Lösung ermöglichte.

Gemäß der Vereinbarung über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Krankenhäuser sollte nach § 4 Abs. 4 auf „Maßnahmen, die mit dem vorhandenen Personal nicht oder nur mit größter Mühe realisiert werden können“ ... „solange verzichtet werden, bis sich vertretbare Lösungen ergeben“.

Als **Interimslösung** bot sich an, eine inhaltliche Bearbeitung von einigen dringlichen Belangen des Qualitätsmanagement durch die als **Qualitätskoordinatorin** ausgebildete Medizin-Controllerin wahrnehmen zu lassen.

Mit der Gründung der „Mühlenkreiskliniken“ als Anstalt öffentlichen Rechts zum 01.07.2006 wurde in der Satzung festgelegt¹⁴, dass neben dem Vorstandsvorsitzenden und seinem Stellvertreter mindestens ein weiteres Vorstandsmitglied zu benennen sei. Die **Position eines „Medizinischen Vorstands“** wurde in 2006 ausgeschrieben für eine Persönlichkeit mit umfassend ausgewiesener Erfahrung im **Qualitätsmanagement**.

Die Besetzung des Medizinischen Vorstands konnte zum 01.06.07 mit Herrn Privat-Dozent Dr. med. Christian Schmidt erfolgen.

D-3.2 ständige Arbeitsgruppen

In zahlreichen Arbeitsgruppen und Kommissionen werden Inhalte eines Qualitätsmanagement bearbeitet:

- Chefarztrunde unter Vorsitz des Ärztlichen Direktors (häuserbezogen)
- Stationsleitungsrunde unter Vorsitz der Pflegedienstleitung (häuserbezogen und häuserübergreifend)
- Abteilungsleiterrunde unter Vorsitz des Geschäftsführers (häuserübergreifend)

Die Vorsitzenden dieser Gremien bilden gemeinsam die Betriebsleitung des Hauses.

Beauftragte und/oder Kommissionen gemäß den gesetzlichen Vorgaben unter betrieblicher Erfordernisse für

- Datenschutz
- Strahlenschutz
- Laserschutz
- Transfusionen
- Hygiene
- Labor
- Arzneimittel
- Pflegemittel

¹⁴ Organigramm des Vorstands der Mühlenkreiskliniken

- Material
- Brandschutz
- Abfall/Gefahrstoffe
- Umwelt
- Arbeitssicherheit
- Drittmittel
- Budget
- Gesundheit und Suchtprävention
- Fortbildung

D–3.3 themenbezogene (abteilungsübergreifende) Arbeitsgruppen

Erfassung pflegenaher Diagnosen durch das Pflegepersonal direkt in der EDV (Umsetzung 2006)

D–3.4 EQS/BQS

Die Bearbeitung der erlösrelevanten Fragebögen zur externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V wird in der Forderungsabrechnung koordiniert und überwacht.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

D-4.1 Zentrumsbildung in den Mühlenkreiskliniken

D-4.1.1 Darmzentrum

Die Einrichtung eines Darmzentrums wurde unter Projektleitung des Klinikum Minden in 2006 begonnen. Details finden Sie unter D5-2.

D-4.2 Qualitätszirkel

D-4.2.1 Qualitätszirkel Darmzentrum

Die Ärztengruppe, die sich im Darmzentrum engagiert, führt **Tumorkonferenzen** durch, in denen jeder Patient besprochen wird – unterschiedlich nach Diagnosen vor oder/und nach einer operativen Therapie.

Dreimal im Jahr findet in der Gastroenterologischen Klinik eine **Fortbildungsveranstaltung** für das Darmzentrum statt, zu der die niedergelassenen Ärzte eingeladen sind.

Am **externen Qualitätszirkel** der niedergelassenen Hausärzte nehmen die im Darmzentrum engagierten Ärzte zweimal im Jahr teil.

D-4.3 Medizin-Controlling

D-4.3.1 Struktur

Mit dem 01.04.2005 wurde die Abteilung Medizin-Controlling im ehemaligen Zweckverband Kliniken im Mühlenkreis gegründet, seinerzeit zuständig für die Häuser Klinikum Minden, Krankenhaus Lübbecke und Krankenhaus Rahden, seit 2006 mittelbar auch für das Krankenhaus Bad Oeynhausen und die Auguste-Viktoria-Klinik in Bad Oeynhausen.

Geleitet und kontinuierlich weitergebildet von einer **Fachärztin** mit 20-jähriger klinischer und mehrjähriger Verwaltungserfahrung im Projekt- und Patientenmanagement begannen 4,5 VK **Kodierassistentinnen**¹⁵ mit ihrer Tätigkeit. Berufsbegleitend erfolgte 2005 die von extern als in-house-Maßnahme durchgeführte Qualifikation im Block- und Wochenendmodell.

D-4.3.2 Organisation

Häuserübergreifend wurden im Medizin-Controlling Arbeitsprozesse zur medizinischen Dokumentation zwischen Klinik und Verwaltung etabliert und im Verlauf weiter angepasst, die Zusammenarbeit mit der Abrechnung und die Bearbeitung von Fallprüfungen durch Kostenträger und MDK wurden strukturiert. Alle Arbeitsabläufe zwischen den Abteilungen wurden durch schriftlich fixierte **Prozessbeschreibungen** verbindlich und nachvollziehbar geregelt und bei Bedarf im Verlauf angepasst.

¹⁵ im Jahr 2007 auf 8 VK erhöht

Die Kodierassistenten stehen im **täglichen Kontakt** mit den Stationen und deren Ärzten und Pflegepersonal. Sie nehmen Einsicht in die Krankenakten, beraten die klinisch tätigen Mitarbeiter und helfen bei Kodierproblemen. Die Kontrolle des Datensatzes auf formale und inhaltliche Richtigkeit vor der Versendung der Rechnung an die Krankenkasse erfolgt anhand der Patientenakte, so dass Gelegenheit zur Korrektur und Optimierung der Kodierung besteht. Kodierfehler konnten so kontinuierlich reduziert werden.

In der Bearbeitung von **Rückfragen** der Kostenträger und des MDK übernehmen die Kodierassistenten den Schriftverkehr zu kodiertechnischen Inhalten. Briefe medizinischen Inhalts werden entweder von der Abteilungsleitung des Medizin-Controlling, oder von den klinisch tätigen Ärzten selbst verfasst, wobei die Letzteren im Medizin-Controlling auf formale Unbedenklichkeit überprüft werden.

D–4.3.3 Kommunikation

D–4.3.3.1 Kommunikation abteilungsintern

Die Abteilung Medizin-Controlling trifft sich wöchentlich hausübergreifend zur zweistündigen **Teambesprechung mit Ergebnisprotokoll**. So ist sicher gestellt, dass einerseits in allen Häusern gleichartig vorgegangen wird und andererseits auch nach vorübergehender Abwesenheit eines Mitarbeiters behandelte Inhalte nachvollzogen werden können.

D–4.3.3.2 Kommunikation abteilungsübergreifend

Das Medizin-Controlling berichtet monatlich in eigenen Veranstaltungen („**Doku-Treffen**“) an die DRG-Beauftragten der klinischen Fachabteilungen. Die Veranstaltungen finden großes Interesse auch bei anderen Berufsgruppen und werden regelmäßig von Ärzten, Pflegekräften und Verwaltungsmitarbeitern besucht. Zu jeder Veranstaltung gibt es ein schriftliches Handout.

Inhalte sind:

- die jeweils aktuelle Situation auf dem Gebiet der Fallprüfungen durch Kostenträger und MDK
- Kommentare zur Entwicklung der DRG-Daten (vor allem des Casemixindex),
- Fallstricke der Kodierung und der Formulierung in Arztbriefen und Krankenakten
- interne Dokumentationsregeln zur Ergänzung der gesetzlichen Vorgaben und häuserübergreifender Anpassung des Kodierverhaltens
- aktuelle Gerichtsurteile und ihre Konsequenz für die Krankenversorgung
- Hinweise auf die Gesetzeslage und ihre Änderungen

D–4.3.4 Schulung und Fortbildung abteilungsübergreifend

Das Medizin-Controlling bietet monatlich eine Schulung „**Grundwissen über patientenbezogene Verwaltungsabläufe für klinisch tätiges Personal**“ an. Vermittelt werden Kenntnisse über die Gesetzgebung als Hintergrund, Verwaltungsabläufe zur Falldaten-Übermittlung und Rechnungsstellung, für Erfordernisse der Aktenführung und deren gesetzliche Verankerung, Minimalwissen über patientenbezogene Abrechnungsmöglichkeiten, Inhalte von Kostenträger- und MDK-Prüfungen und deren Berücksichtigung im klinischen Behandlungsfall. Anhand eines vorgelegten Handout können die Inhalte auch später rekapituliert werden.

Zu besonderen Fragestellungen (Grundlagen des DRG-Systems, Verwaltungsabläufe, Gesetzeslage) werden berufsgruppenspezifisch oder klinikbezogen jederzeit **Fortbildungs-**

veranstaltungen in den anfragenden Bereichen durchgeführt - jeweils mit begleitendem Handout.

Der fortlaufende Austausch mit Klinik und Verwaltung haben das Verständnis für den jeweils Anderen auf beiden Seiten positiv beeinflussen können.

D-4.4 Berichtswesen

D-4.4.1 Controlling

Aus dem **Controlling** werden alle klinischen Fachabteilungen monatlich schriftlich informiert. Inhalte sind:

- die Entwicklung der Belegungssituation
- DRG-Daten mit Angabe von Anzahl, durchschnittlichem Fallgewicht, durchschnittlicher Bewertungsrelation und noch nicht abgeschlossenen Fällen
- weitere DRG-Daten mit Angabe der Kurz-, Normal- und Langlieger, der Intensiv-Verweildauer und den Beatmungstunden
- die Erlössituation
- jeweils als aktuelle Werte für den Vormonat, sowie als Kumulativwerte für die vergangenen Monate des Berichtsjahres und
- jeweils im Vergleich zu den Vorjahres- und Planwerten

Zu speziellen Fragestellungen werden jederzeit **problembezogene Sonderberichte** erstellt und an die betroffenen Bereiche schriftlich kommuniziert.

D-4.4.2 Medizin-Controlling

siehe D-4.4

D-4.5 Persönliche Kontakte

D-4.5.1 Fallbezogene Kontakte

Zu besonderen Fragestellungen für einzelne Patientenbehandlungen werden selbstverständlich Kontakte zwischen den klinisch behandelnden Fachabteilungen und der Verwaltung innerhalb aller in Betracht kommenden Bereiche hergestellt. Das geht von der Anfrage in der Wirtschaftsabteilung für ein bestimmtes Medizinprodukt bis zur Klärung von Kodierungs- und Abrechnungsmöglichkeiten für bestimmte besondere Leistungen, der Lösung von EDV-Problemen am konkreten Fall und darüber hinaus bis zur Abstimmung zwischen Klinik und Verwaltung über das Vorgehen bei Zahlungsverweigerung.

Die Kodierassistenten erstellen Listen über ausstehende Kodierfälle und sorgen für eine lückenlose Fallbearbeitung. Bei Konflikten und Schwierigkeiten (z.B. bei Verlegungsfällen mit wechselnder medizinischer Verantwortung) stellen sie die Verbindung her und lösen ggf. die Kodierfrage für alle Beteiligten, auch unter Einschaltung der EDV.

D-4.5.2 Klinikbezogene Kontakte

Jeweils zur Vorbereitung der Entgeltverhandlungen mit den Krankenkassen erfolgt eine Absprache zwischen Controlling und Klinischen Fachabteilungen über die Leistungsausrichtung und deren absehbar zu erwartender Menge.

Die Kodierassistenten halten täglich Kontakt zu den klinischen Fachabteilungen, nehmen ggf. Akteneinsicht und beraten Ärzte und Pflegekräfte hinsichtlich der Erfordernisse der Akten dokumentation unter dem Gesichtspunkt der Kodierprüfung durch die Kostenträger.

Bei Kodierungsschwierigkeiten, Verzögerungen in der Fallbearbeitung durch die klinisch tätigen Ärzte oder Häufungen von Fallprüfungen und besonderen Vorgehensweisen von Kostenträgern werden zwischen Medizin-Controlling und Kliniken Gespräche zur Klärung geführt, ggf. der Workflow angepasst und klinikbezogene Lösungen eingeführt.

D-4.6 Betriebliches Vorschlagswesen

Alle Mitarbeiter haben die Möglichkeit, zur Verbesserung des Betriebsgeschehens beizutragen. Ziel ist hierbei ergänzend, die innerbetriebliche Zusammenarbeit zu fördern, Arbeitsbedingungen zu verbessern, die Arbeitnehmersicherheit und den Gesundheitsschutz zu steigern sowie die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausstandorte zu erhöhen. Der eingereichte Vorschlag wird von einem Prüfungsausschuss bewertet und ggf. ausgezeichnet.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

D-5.1 Projekt Neubau

D-5.1.1 Hintergrund und Ausmaß des Problems (Ist-Analyse)

Die vorhandene, sanierungsbedürftige und zersplitterte Bausubstanz des Krankenhauses Rahden lässt es unter den gegenwärtigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen nicht mehr zu, einen wirtschaftlichen Betrieb des Krankenhauses zu führen. In der Vergangenheit wurde erweitert, ergänzt, saniert, aber eine bauliche Zusammenführung z.B. zu größeren Stationen ist nicht möglich, auch die Einrichtung von Arztpraxen für niedergelassene Ärzte scheitert an kleinen baulichen Einheiten.

Die stationäre medizinische Versorgung im nördlichen Kreis Minden-Lübbecke muss jedoch unbedingt sichergestellt werden, schon hinsichtlich des Rettungsdienstes, der am Standort Rahden zu erhalten ist.

Die Kostenstruktur und die zu erwartenden Defizite nach der Konvergenzphase sowie die Höhe der notwendigen Investitionssumme legte es nahe, über einen Neubau nachzudenken, so dass eine Masterplanstudie durchgeführt wurde. Tragender Gedanke dieser Studie ist das Prinzip der standortübergreifenden Zentrumsbildung unter den Gesichtspunkten „medizinische Qualität“ und „Mindestmengenregelung“.

D-5.1.2 Zielformulierung

Die Sicherstellung einer angemessenen und bedarfsgerechten stationären Versorgung im ländlichen Raum wird ergänzt um eine Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungen. Durch die Etablierung von Arztpraxen und einer Apotheke in den Räumen eines Krankenhaus-Neubaus wird es möglich, Patienten eine zentrale Anlaufstelle zu bieten, die über ambulante und stationäre Versorgungsformen der Grundversorgung verfügt und über die Einbindung in einen Konzern im Bedarfsfall auch eine konsiliarische Beratung bis hin zur Verlegung in den Bereich der Maximalmedizin realisieren kann.

D-5.1.3 Maßnahmen und Umsetzung

Verwaltungsrat und Kreistag haben im Dezember 2006 die Vorlage zum Neubau des Krankenhauses Rahden genehmigt und beschlossen.

D-5.2 Projekt Einführung Darmzentrum

D-5.2.1 Hintergrund und Ausmaß des Problems (Ist-Analyse)

Mit 70.000 Neuerkrankungen pro Jahr gehört Darmkrebs zu den häufigsten Krebserkrankungen. Angesichts des rasanten Fortschritts in den Behandlungsmöglichkeiten mit multimodalen Therapieoptionen erscheint es notwendig, alle potentiell beteiligten medizinischen Fachrichtungen in einer gemeinsamen Struktur zusammen zu führen.

D-5.2.2 Zielformulierung

Patienten mit bösartigen Erkrankungen des Kolons sollen eine umfassende Betreuung und optimierte Therapie erhalten. Dazu gehören einerseits die Einbindung des Sachverständes

zahlreicher medizinischer Fachrichtungen und andererseits die lückenlose Betreuung sowohl stationär als auch ambulant.

D–5.2.3 Maßnahmen und Umsetzung

Eine Arbeitsgruppe aus niedergelassenen Fachärzten aus Minden, Bad Oeynhausen, Lübbecke und Rahden, sowie den internistischen, chirurgischen, onkologischen, strahlentherapeutischen, radiologischen und pathologischen Fachabteilungen der Krankenhäuser der Mühlenkreiskliniken vereint ihr jeweiliges Spezialwissen im Dienste einer optimierten individuellen Therapie des Patienten.

Ein Instrument hierzu ist die wöchentliche gemeinsame Tumorkonferenz.

D–5.2.4 Evaluation der Zielerreichung

Alle im Darmzentrum behandelten Patienten werden in einem Tumordokumentationssystem (ONDIS) erfasst, das durch die behandelnden Ärzte über den gesamten Krankheitsverlauf des Patienten immer wieder aktualisiert wird. Komplikationen der Tumorthherapie (z. B. nach einer Operation) können so erfasst und zukünftig durch verbesserte Therapieformen vermieden werden.

D–5.3 Projekt Pilotinstallation der DALE-UV-Lösung (DALE steht für **D**atenaustausch mit **L**eistungserbringern in der gesetzlichen **U**nfallversicherung)

D–5.3.1 Hintergrund und Zielformulierung

Für die Krankenhäuser Lübbecke und Rahden sollte die Datenübermittlung zu den gewerblichen Berufsgenossenschaften von der Papierform auf die elektronische Übermittlung umgestellt werden.

Dadurch soll die Übermittlungszeit der Informationen zu Arbeitsunfällen an die Berufsgenossenschaften wesentlich verkürzt werden. Gleichzeitig entsteht eine datenbankintegrierte Archivierung der gesamten Dokumente und der Historie zu jedem Fall.

D–5.3.2 Maßnahmen und Umsetzung

Die Fa. Siemens Medical Solutions hatte eine Partnerschaft bei der Entwicklung und dem Test dieser Lösung angeboten. Orientiert an den gesetzlichen Vorgaben wurde die Software in Workshops gemeinsam mit Siemens fertiggestellt und im Oktober 2006 der Beta-test gestartet.

Zum Produktivstart der Lösung wurde pro Klinik ein Serversystem installiert. Hierüber werden die Daten verschlüsselt per D2D-Verfahren übertragen. Der behandelnde Arzt gibt nach Überprüfung die Daten mit seinem persönlichen PIN-Code zur Kommunikation frei.

Das System befindet sich z. Zt. noch im Ausbau. Auch die Übermittlung von Rechnungsdaten soll in Kürze ermöglicht werden.

D–5.4 Projekt Integration der Anästhesiedokumentation in das zentrale OP-Managementsystem

D–5.4.1 Hintergrund

Die Anästhesiedokumentation wurde in einem autonomen Subsystem ohne Schnittstelle zum KIS (Krankenhausinformationssystem) erfasst. Die erfassten Parameter waren je nach Klinik unterschiedlich. Eine klinikübergreifende Datenauswertung war damit nicht möglich.

D–5.4.2 Zielformulierung

Es sollte eine gemeinsame Struktur im zentralen OP-Managementsystem gefunden werden, die eine Ableitung der Daten in das Abrechnungs- und Qualitätssicherungssystem, das Datawarehouse und das SAP-CO-Modul ermöglicht.

D–5.4.3 Maßnahmen und Umsetzung

In einer Projektgruppe aus Mitarbeitern der Anästhesie, des Controlling und der IT-Abteilung wurde ein Sollkonzept entwickelt.

Die Umsetzung des Sollkonzeptes erfolgte zum Februar 2006.

D–5.4.4 Evaluation der Zielerreichung

Durch Auswertungen des Managementinformationssystems und der Arbeitslisten des OP-Managementsystems wird die Zielerreichung überprüft.

D–5.5 Projekt Entlassmanagement

D–5.5.1 Hintergrund

Die Gesetzgebung der Gesundheitsreform und die Kostenträger fordern eine Begrenzung der Krankenhaus-Verweildauer auf das unbedingt medizinisch Notwendige. Dabei kann es geschehen, dass Patienten in eine häusliche Umgebung entlassen werden, die ihnen im Alltag nicht die gleiche (vor allem pflegerische) Hilfeleistung bieten kann, wie das im Krankenhaus gegeben wäre. Im ungünstigsten Fall für den Patienten und das Krankenhaus kommt es dann zu einer Wiederaufnahme.

Im Mittelpunkt des „Entlassungsmanagements“ steht der Patient mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf, sowie seine Angehörigen oder seine Bezugspersonen.

D–5.5.2 Zielformulierung

Ziel ist, eine kontinuierliche und bedarfsgerechte Versorgung über den Krankenhausaufenthalt hinaus zu sichern und Versorgungsbrüche zu vermeiden.

D–5.5.3 Maßnahmen und Umsetzung

Patienten, die zum Zeitpunkt der stationären Behandlung im Krankenhaus Rahden noch keine Kontakte zu einem ambulanten Pflegedienst haben, werden vom Sozialdienst der Kliniken beraten. Dieser informiert die Patienten und ihre Angehörigen gem. § 4 PFG NW

über die Versorgungsmöglichkeiten durch einen ambulanten Pflegedienst und weist dabei auch auf das Angebot des Netzwerkes NADel e.V. hin (Kooperationsvertrag seit Juni 2006).

Der Patient trifft die Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes eigenverantwortlich und unabhängig.

D-5.5.4 Evaluation der Zielerreichung

Laut Expertenstandard Entlassmanagement muss innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung beim Patienten und/oder seinen Angehörigen telefonisch erfragt werden, ob die getroffene Regelung eingehalten wurde.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

D-6.1 Krankenhaus Rahden

Geplant und von der Betriebsleitung beschlossen ist die Zertifizierung des Krankenhauses.

Eine Zertifizierung innerhalb der Prozesse und Strukturen im jetzigen Altbau wäre aufwändig, würde viel Personal binden, sehr viel Geld kosten und könnte dennoch nicht zur Zertifizierung ausreichen.

Aus Gründen der Ressourcenschonung hat die Betriebsleitung deshalb den Beginn einer Zertifizierungsmaßnahme auf die Zeit nach Inbetriebnahme des Neubau verschoben.