

# Qualitätsreport

## 2004



**Malteser Krankenhaus St. Brigida  
in Simmerath**



**Malteser**

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort	
Qualitätspolitik	4
Qualitätsmanagement	6
Qualitätsbewertung	7
Qualitätssicherung – externe Ergebnisse	9
Qualitätsmanagementprojekte	10
Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	12
Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	
• Innere Medizin	15
• Allgemeine Chirurgie	17
• Frauenheilkunde und Geburtshilfe	18
Fachübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	20
Qualitätssicherung	21
Weitergehende Informationen	23



## Malteser Krankenhaus St. Brigida

Unsere Akutklinik der Grundversorgung liegt landschaftlich reizvoll und verkehrsgünstig in einer Kleinstadt der Eifel ca. 30 Minuten von Aachen entfernt und bietet mit seiner überschaubaren Größe von 137 Betten in vier Hauptabteilungen eine ausgewogene Verbindung von moderner Medizin und individueller Patientenbetreuung. Es gewährleistet die medizinische und pflegerische Grundversorgung in den jeweiligen Fachdisziplinen. Mehr als 300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter versorgen jährlich rund 5.000 Patienten stationär und führen rund 13.000 Behandlungen ambulant durch. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt 7,5 Tage. Eine moderne interdisziplinäre Intensivstation wird durch Anästhesisten mit hoher fachlicher Qualifikation betreut, die in enger Kooperation mit den Fachärzten aller Abteilungen die notwendigen Therapien abstimmen. Ein Labor, eine Röntgenabteilung (mit Computertomograph), eine Abteilung für Krankengymnastik und physikalische Therapie runden das medizinische Leistungsangebot ab.

Weitere Informationen: [www.malteser-krankenhaus-simmerath.de](http://www.malteser-krankenhaus-simmerath.de)

## Impressum

### Herausgeber:

Malteser Krankenhaus St. Brigida  
Kammerbruchstraße 8  
52152 Simmerath  
[krankenhaus.simmerath@malteser.de](mailto:krankenhaus.simmerath@malteser.de)  
[www.malteser-krankenhaus-simmerath.de](http://www.malteser-krankenhaus-simmerath.de)

### Verantwortlich für den Inhalt:

Wolfgang Brauers  
**Redaktion:** Christian Kuhl, Dr. Nico Prümmer, Ralf Amthor  
**Realisation:** Karin Szyszka/MTG Unternehmenskommunikation  
**Bilder:** Malteser  
Stand: August 2005

© Malteser Krankenhaus St. Brigida, Simmerath 2005



Wolfgang Brauers  
Stv. Geschäftsführer

**L**iebe Leserinnen, liebe Leser,

mit dem vorliegenden Bericht erhalten Sie erstmals den gesetzlich vorgeschriebenen, strukturierten Qualitätsbericht des Malteser Krankenhauses St. Brigida in Simmerath. Die rechtliche Grundlage dafür bildet der §137 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V).

Ziel dieses Qualitätsberichtes ist es, Ihnen einen Überblick vergleichbarer und qualitätsrelevanter Daten unseres Krankenhauses zu geben. Wir würden uns freuen, Sie als Patient oder Versicherter, als niedergelassener Arzt oder Vertreter einer Krankenversicherung von der Leistungsfähigkeit unseres Krankenhauses zu überzeugen und Ihnen mit diesem Bericht eine Entscheidungs- und Orientierungshilfe geben zu können. Wenn Sie weitere Informationen wünschen, freuen wir uns auf Ihre Anfrage.

Die Frage, wie sich Qualität im Krankenhaus eigentlich ausdrückt, führt zu der Unterscheidung der Ergebnis-, Struktur- und Prozessqualität.

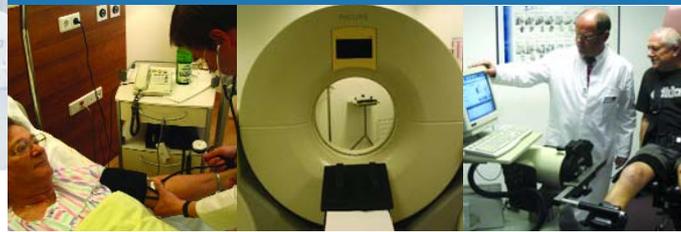
Für den einzelnen Patienten sind die individuellen Erfahrungen mit seinem Arzt, mit der Pflegekraft oder auch mit dem Essen entscheidend für die Bewertung einer guten oder weniger guten Qualität des Krankenhausaufenthaltes. Aus Sicht des Patienten steht im Vordergrund, ob seine Krankheit dauerhaft geheilt oder gelindert werden konnte, ob seine Erwartungen an die Behandlung im Krankenhaus mindestens erfüllt worden sind. Diese persönliche Art der Ergebnisqualität lässt sich aber nur sehr eingeschränkt darstellen. Eine andere Form, Ergebnisqualität messbar und vergleichbar zu machen, hat der Gesetzgeber in dem bereits genannten §137 SGB V vorgegeben. Am Beispiel der Qualitätsindikatoren für Gallenoperationen haben wir diese Daten in den vorliegenden Qualitätsbericht in tabellarischer Form mit aufgenommen.

Die Strukturqualität eines Krankenhauses drückt sich zum Beispiel in der Quote der examinierten Pflegekräfte, der Anzahl der Fachärzte oder der Verfügbarkeit einer modernen medizintechnischen Ausstattung aus. Diese Daten finden Sie im nachstehenden Basisteil des Qualitätsberichtes. Die Prozessqualität als dritter Qualitätsaspekt misst, in welchem Maße und mit welcher Güte etwa Informationen über die Behandlung der Patienten an allen für die Therapie notwendigen Stellen vorhanden oder wie die kaufmännische, ärztliche und pflegerische Führung des Krankenhauses aufeinander abgestimmt sind.

Dieser Qualitätsbericht besteht aus zwei Teilen, einem Basisteil, der ausgewählte Leistungs- und Strukturdaten des Krankenhauses enthält und einem Systemteil, der sich auf unser einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem bezieht und die Themen Qualitätspolitik, Qualitätsmanagement und Qualitätsmanagement-Projekte darstellt. Berichtszeitraum ist das Jahr 2004.

Dieser Bericht ist verbunden mit dem herzlichen Dank an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die mit Ihrem engagierten Einsatz die hier vorgestellten Leistungen erst ermöglicht haben.

Wolfgang Brauers  
Stv. Geschäftsführer  
Malteser Krankenhaus St. Brigida



## Qualitätspolitik

### Bezeugung des Glaubens und Hilfe den Bedürftigen

Ausgangspunkt für das unternehmerische Handeln aller Malteser Einrichtungen ist unsere Mission, der Ordensauftrag des Souveränen Malteser Ritterordens: „Beweugung des Glaubens und Hilfe den Bedürftigen“. Die Malteser Krankenhäuser setzen das Liebesgebot des Evangeliums und den Caritasauftrag der katholischen Kirche in konkretes Handeln um. Auf dieser Basis schaffen wir ein ethisches Fundament der Arbeit, dem sich alle Mitarbeiter gerne verpflichten. Diesem Anliegen dienen auch die Leitlinien und Qualitätsziele der Malteser Krankenhäuser.

Unser Tun ist ganz wesentlich auf den Menschen, der unsere Hilfe in Anspruch nimmt, ausgerichtet. Seine liebe- und würdevolle Versorgung ist unser Hauptanliegen. Mit einer über 900-jährigen Tradition als ältester Hospital- und Pflegeorden setzten die Malteser schon seit jeher hohe Qualitätsstandards in der Versorgung ihrer Patienten.

### Markenzeichen Qualität

Seit der Bündelung der Trägerschaft der Malteser Krankenhäuser in einem Unternehmensbereich sind Leitlinien in Kraft, die sich mit dem Patienten und seinen Angehörigen, der Dienstgemeinschaft, dem Management und dem Träger sowie der Führungsstruktur befassen. Auf dieser Grundlage wurden bereits 1997 gemeinsame Qualitätsziele in einer interdisziplinär und überregional besetzten Arbeitsgruppe entwickelt. Um die Ziele lebendig zu gestalten und den täglichen Erfahrungen anzupassen, wurden sie im Jahr 2000 überarbeitet. Ergänzt werden die Qualitätsziele von einem Pflegeleitbild für die Malteser Krankenhäuser, das ebenfalls seit 2000 im Einsatz ist.

Die Einführung des Qualitätsmanagementsystems und der Qualitätsziele wurde durch intensive Maßnahmen in allen Malteser Krankenhäuser begleitet. Von der QM-Fibel über eine groß angelegte Plakataktion unter dem Motto - „QM-Ich mach mit!“ - bis hin zur Beteiligung der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser am „DemoProQM“-Projekt des Bundesgesundheitsministeriums von 1998 bis 2001.

Qualitätsmanagement bedeutet für uns die Optimierung der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Patienten, der betriebswirtschaftlichen Führung und der Qualifikation der Mitarbeiter. Die Basis dieses Prozesses bilden die Malteser eigenen Qualitätsziele, in denen der Mensch als Patient, Angehöriger oder Mitarbeiter im Mittelpunkt steht. Seit 1998 werden die Mitarbeiter in den unterschiedlichsten

Qualitätsprojekten aktiv in die Prozessgestaltung einbezogen. So wird einerseits dem Umstand Rechnung getragen, dass fast alle Arbeitsabläufe im Krankenhaus die Zusammenarbeit im Team erfordern und andererseits gewährleistet, dass sich die Mitarbeiter mit den Projektergebnissen identifizieren können.

Beispiele dafür sind selbst entwickelte Behandlungs- und Pflegestandards, auf deren Basis die Betreuung der Patienten erfolgt und die Gründung eines Ethikkomitees, in dem wir ethische Fragestellungen aufgreifen und im Einzelfall ethische Fallbesprechungen durchführen.

### Information nach innen und außen

Die Einführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements wird bis heute kommunikativ eng begleitet. In der Mitarbeiterzeitschrift gibt es sowohl eine QM-Rubrik auf überregionaler als auch zusätzlich auf lokaler Ebene. Bei Führungskräfte tagungen, Kick-off-Veranstaltungen und Schulungen zum Projektmanagement war und ist das Thema Qualität ständig präsent. Über wichtige Entwicklungen wird die Öffentlichkeit durch eine kontinuierliche Presse- und Öffentlichkeitsarbeit auf dem Laufenden gehalten. Durch die Struktur des Qualitätsmanagements (siehe unten) wird sichergestellt, dass ein regelmäßiger Austausch zwischen allen Krankenhäusern und dem Träger stattfindet und die Zielerreichung gemessen wird.

### Was uns wichtig ist

Im Einklang mit der Grundversorgung unseres Krankenhauses verfolgen wir übergeordnete strategische Zielsetzungen. Die umfassende Behandlung und Betreuung alter und kranker Menschen ist ein wesentliches Element zur Erweiterung unseres Leistungsangebotes. Die Betreuung älterer Menschen darf nicht mit dem Krankenhausaufenthalt beginnen oder hier aufhören, vielmehr ist es unser Ziel, sie auch anschließend physisch und seelisch zu betreuen, zu unterstützen und zu fördern. Neben einer altersgerechten Medizin haben wir ein regionales Verbundsystem bestehend aus Krankenhaus, Kurzzeitpflege, Tagespflege, stationärer Altenhilfeeinrichtung und kooperierenden ambulanten Diensten eingerichtet.



Zu einer würdevollen ganzheitlichen Betreuung gehört es genauso, den Menschen schmerztherapeutisch zu betreuen und sie im Sterben zu begleiten. Hier setzt die multidisziplinäre Zusammenarbeit von Schmerztherapie, der Palliativmedizin und der Hospizarbeit an, die ein zentrales Anliegen der Malteser ist. Der Bereich Gesundheitsförderung und Prävention ist ein weiterer wichtiger Baustein im Leistungsangebot unseres Hauses. Kurse zum Gesundheitstraining, Angebote im Bereich Ernährungsberatung und Konzeptionen zu umfassenden Vorsorgeuntersuchungen haben bereits die Entwicklung unseres Krankenhauses zum Gesundheitszentrum eingeläutet.

### Führen mit Zielen

Bereits 1999 wurde ein verbindliches Zielvereinbarungssystem in den Malteser Krankenhäusern etabliert. Unterstützt durch die Arbeitshilfe „Führen mit Zielen“ und intensiven Trainingsmaßnahmen wurde das jährliche Zielvereinbarungsgespräch für Führungskräfte eingeführt. Durch Anpassung an die Bedürfnisse der Mitarbeiter ist daraus mittlerweile das umfassendere „Mitarbeitergespräch“ geworden.

### Mitarbeiterzufriedenheit – gute Noten für die Unternehmenskultur

Besonders wichtig ist für uns, neben dem Wohlergehen unserer Patienten, auch die Zufriedenheit und Motivation unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Denn nur wer sich wohlfühlt und gerne zur Arbeit kommt, kann gute Leistungen erbringen. Im Frühjahr 2004 hat die MTG eine Mitarbeiterbefragung in ihren Einrichtungen durchgeführt. Dabei haben mehr als 3.000 Mitarbeiter aus allen Malteser Einrichtungen uns ihre Einschätzungen zur Arbeitssituation, zu Führungsthemen, zu Arbeitskollegen, zur Kommunikation und zum Selbstverständnis der Malteser mitgeteilt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mitarbeiter überdurchschnittlich zufrieden mit der eigenen Tätigkeit, ihren Kollegen, der direkten Führungskraft und den Maltesern als Arbeitgeber sind.

95 Prozent der Mitarbeiter unseres Krankenhauses gaben an, dass sie ihre tägliche Arbeit gerne machen und 87 Prozent sind mit ihrer Tätigkeit insgesamt zufrieden. 83 Prozent verspüren Stolz auf das, was sie in ihrem Arbeitsbereich leisten.

Die Zusammenarbeit mit den engsten Kollegen trägt viel dazu bei, ob die Arbeit Spaß macht und produktiv ist. Mehr als 80 Prozent der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind mit dem Arbeitsteam und den Kollegen insgesamt zufrieden. Ein gemeinsames Qualitätsverständnis ist bei der überwiegenden Mehrheit der Mitarbeiter eine der wesentlichen Grundlagen für die gute Zusammenarbeit. Auch die Zusammenarbeit mit den direkten Führungskräften empfindet der Großteil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als gut. 78 Prozent sind mit ihrer direkten Führungskraft insgesamt zufrieden und 82 Prozent fühlen sich von ihr wertschätzend behandelt. Rund 70 Prozent sind der Meinung, dass sie sich bei Konflikten auf ihre direkte Führungskraft verlassen können.

Bei den Maltesern werden Mitarbeiter gezielt identifiziert und gefördert, die das Potenzial haben, sich zu Führungskräften zu entwickeln. Wir sehen Führungskräfte als tragende Stützen unseres Unternehmens. Sie sollen die Fähigkeit entwickeln, ihre Mitarbeiter zu Eigenverantwortung und guten Leistungen zu führen.

### Wir stellen uns der ethischen Herausforderung

Sollen wir alles tun, was wir medizinisch können? Wie gehen wir in der Pflege und Behandlung mit Patienten um und wie miteinander? Können und sollen wir noch mehr investieren in Diagnostik, Therapie und Pflege?

Solchen Fragen und den ihnen innewohnenden, oft verkannten ethischen Herausforderungen stellen sich die Malteser Krankenhäuser:

- in der Behandlung des einzelnen Patienten durch die ethische Fallbesprechung,
- auf der Ebene des Krankenhauses durch das Klinische Ethikkomitee und
- auf der Ebene der Malteser Trägergesellschaft durch die Formulierung ethischer Grundpositionen.

Gerade in Zeiten gesundheitspolitischer Umbrüche kommt der Übernahme und der Begründung von Verantwortung eine bedeutsame Rolle zu. Deshalb bieten wir bewusst Orientierung für verantwortliches christliches Handeln und Möglichkeiten zur Konsensbildung bei ethisch kritischen Themen an. Regelmäßige Fortbildungen, die teils auch externen Interessenten offen stehen, sensibilisieren unsere Mitarbeiter in ethischen Fragen.



## Qualitätsmanagement

### Entstehung des Qualitätsmanagements

Im Jahr 1998 wurde das Konzept der Malteser Krankenhäuser zum Qualitätsmanagement in das Modellprojekt „Demo ProQM, Qualitätsmanagement im Krankenhaus“ des Bundesgesundheitsministerium aufgenommen und gefördert.

Im Rahmen des Projekts haben wir unsere heute vorhandenen organisatorischen Strukturen des Qualitätsmanagements geschaffen. Diese setzen in der täglichen Arbeit auf interdisziplinäre Berufsgruppen und Hierarchie übergreifende Teams. Das von den Maltesern entwickelte Konzept bezieht die Mitarbeiter als Experten für ihr Arbeitsgebiet aktiv mit ein und stellt den Patienten, Kunden und Mitarbeitern in den Mittelpunkt aller qualitätsverbessernden Aktivitäten.

Wir haben unser Qualitätsmanagement an den QM-Modellen der EFQM und der DIN EN ISO 9001:2000 orientiert, hierbei handelt es sich um kundenorientierte Modelle aus der Industrie, die in den medizinischen Bereich übertragen wurden. Als katholisches Krankenhaus fühlen wir uns über den Versorgungsauftrag hinaus unserem religiösen Auftrag verpflichtet.

### Verantwortliche für und im Qualitätsmanagement

Für das QM verantwortlich sind die Geschäftsführung (Gesamtverantwortung), das Direktorium und alle Mitarbeiter in Leitungsfunktionen. Als Stabsstelle der Geschäftsführung steuert und fördert ein QM-Beauftragter (nachfolgend als QMB bezeichnet) die Umsetzung und Weiterentwicklung der Malteser Qualitätsstandards. Er ist Facharzt für Innere Medizin, hat die Weiterbildung Ärztliches Qualitätsmanagement nach dem Curriculum der Bundesärztekammer durchlaufen und ist im Projektmanagement und in Moderationstechniken geschult.

Innerhalb des Krankenhauses koordiniert und überprüft der QMB alle QM-Aktivitäten, er begleitet oder leitet Projekte und wirkt an der Weiterentwicklung der Qualität der Leistungserbringung mit.

Projekte sind für uns wesentliche und einmalige Aufgabenstellungen von größerer Komplexität. Alle Projekte werden durch die Mitarbeiter des Hauses umgesetzt. Eine interdisziplinäre Besetzung der Projektteams und die Einbeziehung der von einem Projekt Betroffenen sind für uns die Basis jeder Projektarbeit. Die Einführung von QM, die Erstellung von Behandlungsmustern, die Befragungen von Patienten,

niedergelassenen Ärzten oder Mitarbeitern sowie die Themen Ethik und Seelsorge, Aufklärung und Einwilligung sind nur einige Aufgabenstellungen, die wir in Projektform durchgeführt haben (siehe auch QM-Projekte).

Bei seinen Aufgaben wird der QMB von einem Gesamt-QM-Team (GQMT) unterstützt, das je zur Hälfte Berufsgruppen übergreifend aus Mitarbeitern unseres Krankenhauses und dem zweiten Krankenhaus unserer Betriebsgesellschaft, dem Malteser Krankenhaus St. Elisabeth in Jülich besteht. Das QM-Team wird abwechselnd von den QMB beider Krankenhäuser geleitet und tagt einmal pro Monat. Eine der Hauptaufgaben des GQM-Teams ist die Entwicklung von Verbesserungsmaßnahmen und die kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualität unserer Leistungen durch zielgerichtete Projekte. Dort wurde zum Beispiel der Zertifizierungsprozess nach KTQ® koordiniert (siehe auch „Krankenhaus-TÜV“) und daraus Verbesserungen wie zum Beispiel Projekte zum medizinischen Notfallmanagement oder zum Umgang mit Großschadensereignissen abgeleitet.

### Qualität mit System

Mit dem QM-System soll die Qualität der Behandlung und Versorgung unserer Patienten systematisch und strukturiert verbessert werden. Dazu wurden die Arbeitsfelder beschrieben, die die Patienten direkt betreffen. Die Beschreibungen liegen als so genannte Verfahrensanweisungen vor. Die Verfahrensanweisungen, zugehörige Formulare und weitere Anweisungen zu Abläufen und Tätigkeiten sind für alle Mitarbeiter elektronisch jederzeit an ihrem Arbeitsplatz einsehbar.

### Qualitätsmanagement im Verbund

Als Malteser Krankenhaus St. Brigida sind wir eingebettet in den Verbund aller Einrichtungen der MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH. Die Vernetzung der Malteser Krankenhäuser erfolgt hinsichtlich des Qualitätsmanagements zentral durch die Abteilung Qualitätsmanagement der MTG. Mindestens viermal jährlich treffen sich die QM-Beauftragten der Krankenhäuser mit der Abteilung Qualitätsmanagement des Trägers zu Arbeitstagen. Diese dienen insbesondere dem Informations- und Erfahrungsaustausch. Hier werden Entscheidungsvorlagen zu QM-Themen für die Geschäftsführung vorbereitet, zum Beispiel die Durchführung von Befragungen oder der Zertifizierung der Krankenhäuser.



## "Who is who" im Qualitätsmanagement

Zur verbindlichen Umsetzung der strategischen Ziele unter Berücksichtigung der Qualitätsziele für die Malteser Krankenhäuser führen wir bei allen Leitungskräften (Chef- und Oberärzte, Abteilungs- und Stationsleitungen) jährliche Mitarbeitergespräche mit Zielvereinbarung durch. Die jeweiligen Vorgesetzten überprüfen mit den Führungskräften, inwieweit die gemeinsam vereinbarten Ziele wirksam umgesetzt wurden. Wir nutzen die Ergebnisse für unsere Personalentwicklung. Einmal jährlich beruft die Geschäftsführung eine so genannte Strategierunde ein, zu der folgende Vertreter eingeladen werden:

- Direktorium
- QM-Team
- Chefärzte
- Mittlere Führungsebene
- Vertreter aus Arbeitsgruppen
- Vertreter der Mitarbeitervertretung

Die Strategierunde dient der Information über die strategischen Ziele des Malteser Krankenhauses St. Brigida. Ein weiterer Bestandteil ist die Vorstellung der wirtschaftlichen Ergebnisse sowie Informationen zu bereits beendeten beziehungsweise über neue, geplante Projekte. Die Maßnahmenplanung zur Qualitätsverbesserung und der Austausch über Erfolge und Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Projekte sind wiederkehrende Tagesordnungspunkte.

Zusätzlich zur Qualitätskonferenz informiert der QMB regelmäßig das Direktorium und das GQMT über den Sachstand aller Projekte. Weitere Informationen zum Qualitätsmanagement werden über die vierteljährlich erscheinende Mitarbeiterzeitung, Infoletter, Rundschreiben oder durch Aushänge am schwarzen Brett veröffentlicht.

## Qualitätsbewertung

### „Krankenhaus-TÜV“

Am 23. Februar 2005 wurde uns von der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ®) die im Krankenhausbereich vergebene Auszeichnung als „zertifiziertes“ Krankenhaus verliehen. Mit dieser Auszeichnung wird uns ein hoher Standard sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen und kaufmännisch-administrativen Bereich bescheinigt. Diese Bestätigung unserer Qualitätsziele motiviert uns, die Patientenversorgung auf dem erreichten Niveau weiter zu entwickeln. Diese so

genannte KTQ®-Zertifizierung ist freiwillig und stellt ein speziell für Krankenhäuser entwickeltes Verfahren dar, das die Verbesserung und Optimierung von Prozessen und Ergebnissen innerhalb der Patientenversorgung zum Ziel hat. Ein solches Verfahren könnte man als „Krankenhaus-TÜV“ bezeichnen. Ähnlich der TÜV-Untersuchung bei einem Auto werden die verschiedenen Bereiche eines Krankenhauses hinsichtlich der Qualität geprüft und erhalten bei positivem Ergebnis ein Prüfsiegel.

Zur Verleihung des Zertifikates ist es notwendig, dass eine umfangreiche und systematische Überprüfung der Qualität aller Leistungen, Abläufe und Strukturen des Krankenhauses durchgeführt wird. Diese Überprüfung fand im Februar 2005 statt. Drei externe, unabhängige und dafür speziell ausgebildete Experten (Praktiker aus anderen Krankenhäusern in Deutschland) wurden an drei Tagen der Überprüfung von einem Mitarbeiter einer unabhängigen Zertifizierungsstelle begleitet. Sie haben Einblick in alle Bereiche des Krankenhauses genommen und mit Mitarbeitern aller Fachbereiche und der Krankenhausleitung Gespräche geführt. Zusätzlich wurde eine große Zahl an Dokumenten (Anweisungen, Formulare, Nachweise etc.) eingesehen und geprüft sowie alle Ergebnisse mit unserer Selbsteinschätzung (siehe Selbstbewertung des Krankenhauses) abgeglichen.

Schwerpunkt der Überprüfung waren patientennahe Prozesse und Abläufe (wie zum Beispiel Aufnahmeverfahren, Behandlungsschemata, Entlassungsmodalitäten), die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit im Krankenhaus sowie das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement.

### Selbstbewertung des Krankenhauses

Um die Stärken und verbesserungswürdigen Bereiche unseres Hauses zu identifizieren, haben wir vor der Fremdbewertung durch die externen Krankenhausexperten eine so genannte Selbstbewertung durchgeführt. Dafür wurden circa 50 Mitarbeiter geschult. In Berufsgruppen und Hierarchie übergreifenden Teams bearbeiteten sie die über 700 Fragen des KTQ®-Kataloges. Die Ergebnisse sind in einem über 100 Seiten umfassenden Selbstbewertungsbericht zusammenfasst.

Zu den identifizierten Verbesserungspotentialen (zum Beispiel in der Patientenversorgung) wurden Maßnahmen zur Verbesserung erarbeitet. Der entstandene Maßnahmenplan wurde um die Ergebnisse der Fremdbewertung ergänzt und wird kontinuierlich umgesetzt.



## Interne Audits

Bis zum Jahresende 2005 werden alle Malteser Krankenhäuser zusammen mit der MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH ein systematisches Verfahren zur Planung, Durchführung und Auswertung interner Audits konzipieren und pilothaft erproben. Im Rahmen dieser Audits sollen geschulte Mitarbeiter in Fachbereichen, in denen sie nicht selber tätig oder verantwortlich sind, systematisch die Qualität unserer Handlungen und Prozesse intern überprüfen.

## Patientenbefragungen

Die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Patienten sind Richtschnur für unser Handeln. Um eine direkte Rückmeldung zur Zufriedenheit und Kritik unserer Patienten zu erhalten und ihren Wünschen gerecht zu werden, führen wir im gesamten Verbund der Malteser Krankenhäuser regelmäßig Patientenbefragungen durch. Die Ergebnisse dieser Befragungen werden sowohl hausintern als auch verbundweit ausgewertet und darüber hinaus mit Krankenhäusern in anderen Trägerschaften verglichen.

Aus der Ergebnisanalyse leiten wir Konsequenzen ab, die von der Krankenhausleitung in einem Maßnahmenplan übertragen werden. So konnten wir zum Beispiel aus den Befragungen der Jahre 1998 und 2001 konkrete Verbesserungsmaßnahmen umsetzen wie die Einführung einer interdisziplinären Notfallambulanz (INA) oder die Umgestaltung der Röntgenanmeldung und der dortigen Wartezone.

Im Jahr 2005 wird eine weitere Patientenbefragung in Zusammenarbeit mit der Forschungsgruppe Metrik durchgeführt. Der Fragebogen für die Patienten wird auf die Qualitätsziele der Malteser Krankenhäuser und die Kriterien des KTQ®-Kataloges ausgerichtet sein.

Unsere Informationsbroschüre für Patienten enthält einen Fragebogen, über den jeder Patient seine Zufriedenheit über die Leistungen des Krankenhauses zurückmelden kann. Jeder Patient kann sich außerdem an den ehrenamtlichen und unabhängigen Patientenfürsprecher wenden, der die Anliegen des Patienten gegenüber dem Krankenhaus vertritt und auch die Fragebögen an die Krankenhausleitung weiterleitet.

## Befragung niedergelassener Ärzte

Im Jahr 2001 wurde erstmalig eine Befragung niedergelassener Ärzte im Einzugsbereich der Malteser Kliniken im Verbund Rhein/Eifel durchgeführt. An ihr nahmen mit 552 Antwortenden ein Drittel der angeschriebenen Ärzte teil. In dieser Befragung beantworteten 70,2 Prozent der Teilnehmer die Frage nach der Leistung des Krankenhauses mit „gut“ oder „sehr gut“. Die Daten wurden ebenfalls so aufbereitet, dass die teilnehmenden Krankenhäuser sich vergleichen konnten.

Die aus der Befragung resultierenden Verbesserungsmaßnahmen werden im Rahmen des internen Qualitätsmanagements lokal umgesetzt. So wurde zum Beispiel ein regelmäßiger „Newsletter“ etabliert, der die einweisenden Ärzte über aktuelle Neuerungen des Krankenhauses informiert. Die Befragung niedergelassener Ärzte soll in regelmäßigen Abständen wiederholt werden.

## Transfusionsaudits

Jährlich lässt das Malteser Krankenhaus St. Brigida das Qualitätsmanagementsystem des hauseigenen Transfusionswesens durch einen dafür ausgebildeten Arzt überprüfen. Der QMB des Hauses führt solche Transfusionsaudits in anderen Malteser Krankenhäusern durch.

## Fehlermanagement

Die Sicherheit von Patienten und Mitarbeitern steht an erster Stelle. Das Malteser Krankenhaus St. Brigida hat deshalb ein Meldesystem für Arbeitsfehler (incident reporting system) eingeführt. Offen oder auch anonym können Mitarbeiter Arbeitsfehler an eine weisungsunabhängige Stelle melden, ohne Nachteile befürchten zu müssen. Das GQMT wertet die Meldungen aus, um die zum Fehler führenden Mechanismen verstehen und zukünftig vermeiden zu können.



## Qualitätssicherung – externe Ergebnisse

### Jahresauswertung 2004: Cholezystektomie

Geschäftsstelle Qualitätssicherung-Nordrhein-Westfalen

Die Cholezystektomie (Gallenblasenentfernung) steht beispielhaft für alle unter C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V aufgeführten Eingriffe, zu deren Erfassung die Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet sind. Die

Tabelle der Qualitätsindikatoren bietet einen Überblick über die wesentlichen Ergebnisse dieser Erfassung, in denen die Zahlen unseres Krankenhauses den Gesamtzahlen und ihren Referenzbereichen aus allen Krankenhäusern in NRW gegenüber gestellt werden. Hierbei handelt es sich zum Beispiel um Behandlungszeiten, die Operation und ihren Verlauf sowie um den histologischen Befund.

Übersicht Qualitätsindikatoren	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenzbereich	Abweichung*
<b>Indikation</b>					
Anteil von Patienten mit fraglicher Indikation an allen Patienten	1/55	1,8%	1,9%	<= 5,5%	3,7%
<b>Praeoperative Diagnostik bei extra-hepatischer Cholestase (Verschluss der Gallenwege)</b>					
Anteil von Patienten mit präoperativer Diagnostik der Gallenwege bei extrahepatischer Cholestase an allen Patienten mit extra-hepatischer Cholestase	12/13	92,3%	95,7%	= 100%	-7,7%
<b>Erhebung eines histologischen (feingeweblichen) Befundes</b>					
Anteil von Patienten mit postoperativen erhobenem histologischen Befund der Gallenblase an allen Patienten	52/55	94,5%	97,8%	= 100%	-5,5%
<b>Eingriffsspezifische Komplikationen und OP-Verfahren</b>					
Anteil von Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen intra-/postoperativen Komplikation an allen Patienten	1/55	1,8%	3,9%	<= 8,9%	7,0%
Anteil von Patienten mit Verschluss oder Durchtrennung des DHC (Gallengangs) an allen Patienten	0/55	0,0%	0,2%	Sentinel Event	
Postoperative Wundinfektion	1/55	1,8%	1,9%	nicht definiert	
Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten					
<b>Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion</b>					
Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten der Risikoklasse 0	0/33	0,0%	1,0%	<= 2%	2,0%
<b>Allgemeine postoperative Komplikationen</b>					
Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten	5/55	9,1%	4,4%	<= 12,0%	2,9%
an Patienten mit laparoskopisch beg.Op.	3/53	5,7%	3,1%	<= 8,2%	2,6%
an Patienten mit offenen-chirurgischen Op.	5/55	100,0%	15,3%	<= 33,3%	-66,7%
<b>Reinterventionsrate</b>					
Anteil von Patienten mit Reinterventionsrate wegen Komplikationen an Patienten mit laparoskopisch beg. Op.	2/53	3,8%	1,9%	<= 2%	-1,8%
<b>Letalität</b>					
Anteil von verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3	0/53	0,0%	0,5%	Sentinel Event	

\* Abweichung vom Referenzbereich, 20. April 2005/ 2004



## Qualitätsmanagementprojekte

### Projekt chirurgische Sprechstunden

Die Abläufe der chirurgischen Sprechstunde wurden in einem Projekt neu organisiert. Neben neuen Sprechstundenzeiten, Verbesserungen bei der Terminvergabe und beim Personaleinsatz wurden viele weitere Maßnahmen auf den Weg gebracht, zum Beispiel eine mehrsprachige Beschilderung. Ein umfangreicher Vorschlag der Projektgruppe zur Neuordnung der Raumplanung wird zurzeit von der Krankenhausleitung geprüft.

### Projekt modernes Wundmanagement

In einem Projekt wurde die Wundversorgung optimiert und besonderes Augenmerk auf so genannte Problemwunden wie zum Beispiel Ulcus cruris (offenes Bein), Decubitus (Wundliegen) oder den diabetischen Fuß gelegt. Das Artikelsortiment zur Wundversorgung wurde an die modernsten Anforderungen angepasst, standardisierte Therapieregime in Leitlinien festgelegt (clinical pathways) und ein Team von Mitarbeitern in der Wundbehandlung besonders geschult. Das Projekt wurde gemeinsam mit dem Malteser Krankenhaus St. Elisabeth in Jülich durchgeführt. Aus der Projektgruppe hat sich eine Wundkommission gebildet, die beide Krankenhäuser zu einem Wundkompetenzzentrum ausbauen.

### Projekt Brandschutz, Katastrophenschutz und nicht-medizinische interne Notfallsituationen

Wie verhalten sich Mitarbeiter und Krankenhaus bei einem Großschadensereignis in der Region, zum Beispiel einem Busunfall? Was tun, wenn es brennt? Diesen und weiteren Fragen ging die Projektgruppe nach. Eine neue Brandschutzordnung und ein neuer Krankenhaus-Alarm- und Einsatzplan wurde entwickelt. In einer Großschadensübung am 2. Juli 2004 übten Krankenhausmitarbeiter gemeinsam mit den Einsatzkräften der Feuerwehr, den Mitarbeitern des Technischen Hilfswerks, den Mitarbeitern der Rettungsdienste und den hauseigenen Notärzten die Evakuierung einer Station.

### Projekt medizinisches Notfallmanagement

2004 wurden die Ergebnisse dieses Projektes umgesetzt. Eine neue interne Rettungskette mit einem Reanimationsteam wurde eingeführt, die standardisierte Notfallausrüstung und deren Kontrolle verbessert, die Verantwortlichkeiten neu geklärt und ein Schulungskonzept für die Mitarbeiter mit praktischen Übungen eingeführt.

### Qualitätskreis Euregio

Das Malteser Krankenhaus St. Brigida nimmt seit Juni 2003 am Qualitätskreis Euregio teil, einer dreisprachigen Arbeitsgruppe, der 14 Krankenhäuser der Euregio Maas-Rhein angehören. An der geographisch-historischen Nahtstelle zwischen Deutschland, Belgien und den Niederlanden, ist die Euregio Maas-Rhein Heimat von rund 3,7 Millionen Menschen. Partnerregionen sind die Regio Aachen (Deutschland), die Provinz Limburg (Niederlande), die Provinzen Limburg und Lüttich sowie die Deutschsprachige Gemeinschaft (Belgien). Als Arbeitsgemeinschaft fördert die Euregio Maas-Rhein die grenzüberschreitende Zusammenarbeit auch im Gesundheitswesen. Durch verschiedene Abkommen haben seit einigen Jahren Patienten die Möglichkeit, sich über die Grenzen hinweg medizinisch behandeln zu lassen, was Neustrukturierungen im Gesundheitswesen erforderlich macht. Um sich dieser Herausforderung zu stellen, wurde 2003 der Qualitätskreis Euregio gegründet. Ziele sind unter anderem eine gemeinsame Qualitätscharta, die die besonderen Bedürfnisse der Grenzpatienten berücksichtigt, die Etablierung von Qualitätsmanagement in allen teilnehmenden Krankenhäusern und der grenzüberschreitende Dialog über Qualitätsmanagement, um voneinander zu lernen.

Im Qualitätskreis werden dazu verschiedene Projekte erarbeitet. Das Malteser Krankenhaus St. Brigida hat sich an einem Projekt zur Sturzprophylaxe beteiligt. Vom 1. Oktober 2003 bis 31. März 2004 wurden dazu in mehreren Krankenhäusern Patientenstürze erfasst, ausgewertet, von Haus zu Haus in einem Benchmarking verglichen und intern veröffentlicht. In unserem Hause wurden die Ergebnisse auf einer Fortbildungsveranstaltung zur Sturzprophylaxe im November 2004 den Mitarbeitern vorgestellt und den Ergebnissen einer Sturzerfassung des Malteser Krankenhauses Jülich gegenübergestellt.



Im Mai 2004 organisierte die Projektgruppe ein internationales dreisprachiges Symposium in Eupen, auf dem die Krankenhäuser eigene Qualitätsprojekte vorstellten. Unsere Betriebsgesellschaft war mit dem Projekt zur modernen Wundversorgung vertreten. Reihum besucht die Projektgruppe die Krankenhäuser und informiert sich über Qualitätsprojekte vor Ort.

### Einführung einer Zentralambulanz

Die im Jahr 2002 neu eingeführte interdisziplinäre Notaufnahme wurde in einem fachübergreifenden Projekt zu einer Zentralambulanz weiterentwickelt, um die ambulante und stationäre Versorgung der Patienten noch besser steuern zu können. Die Zentralambulanz soll zukünftig erste Anlaufstelle für alle Patienten sein, die sich zur Behandlung ins Krankenhaus begeben, unabhängig davon, ob eine ambulante oder stationäre Versorgung erfolgen soll.

### Einführung von Naturheilverfahren in den Malteser Krankenhäusern

Aufbauend auf den guten Erfahrungen der naturheilkundlich ausgerichteten Malteser Klinik von Weckbecker in Bad Brückenau ([www.weckbecker.com](http://www.weckbecker.com)) führen alle Malteser Krankenhäuser in einem gemeinsamen Projekt Naturheilverfahren als eine ergänzende Therapieform ein. Dazu startet 2005 die Umsetzungsphase eines seit zwei Jahren laufenden Projekts. Eine zentrale Malteser Lenkungsgruppe koordiniert fachübergreifende Arbeitsgruppen in den einzelnen Einrichtungen. Ziele sind unter anderem die Entwicklung und Einführung allgemein anerkannter Standards umfassender Medizin, die ergänzend zur Schulmedizin angeboten werden können, die Weiterqualifikation der Mitarbeiter, eine Vernetzung mit den anderen Malteser Kliniken, den niedergelassenen Ärzten und dem Umfeld der Krankenhäuser.

### Evaluation der medizinischen Leistungsqualität der Malteser Krankenhäuser

Die Entwicklung eines gemeinsamen Qualitätskennzahlensystems hat sich ein Projekt aller Malteser Krankenhäuser zum Ziel gesetzt, das 2005 gestartet ist. So sollen medizinisch-pflegerische Leistungsprozesse besser gesteuert und deren Ergebnisse meßbar verbessert werden. Das Kennzahlensystem wird einen Vergleich der Krankenhäuser untereinander und ein Lernen von einander ermöglichen (Benchmarking).

# A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

## A-1.1 Allgemeine Merkmale

Malteser Krankenhaus St. Brigida  
Kammerbruchstraße 8  
52152 Simmerath  
Telefon: 02473/89-0  
krankenhaus.simmerath@malteser.de  
www.malteser-krankenhaus-simmerath.de

## A-1.2 Institutskennzeichen

260530626

## A-1.3 Krankenhausträger

Das Krankenhaus gehört zum Verbund der Malteser St. Elisabeth gGmbH.

## A-1.4 Akademisches Lehrkrankenhaus

Das Malteser Krankenhaus St. Brigida ist kein akademisches Lehrkrankenhaus.

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

137 Betten

## A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten

Stationäre Patienten: 4.923  
Ambulante Patienten: 13.000

## A-1.7 A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl stationäre Fälle	Hauptabteilung (HA)/ Belegabteilung (BA)	Poliklinik/Ambulanz ja/nein
0100	Innere Medizin	80	2.489	HA	nein
1500	Allgemeine Chirurgie	40	1.366	HA	ja
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	17	1.068	HA	ja
	Anästhesie	nb			

(nb = nicht bettenführende Fachabteilung)

## A-1.7 B Mindestens Top-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Top-30 DRG – Gesamtkrankenhaus	Fallzahl
1	P67	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht über 2499 g ohne größeren operativen Eingriff oder Langzeitbeatmung	326
2	O60	Normale Entbindung	209
3	F62	Herzermüdung, d.h. Unvermögen des Herzens, den erforderlichen Blutausswurf aufzubringen (= Herzinsuffizienz) oder Kreislaufkollaps	153
4	F71	Nicht schwere Herzrhythmusstörung oder Erkrankung der Erregungsleitungsbahnen des Herzens	150
5	G48	Dickdarmspiegelung	140
6	O01	Kaiserschnitt	131
7	J65	Verletzung der Haut, Unterhaut oder weiblichen Brust	125
8	I68	Nicht operativ behandelte Krankheiten oder Verletzungen im Wirbelsäulenbereich (z. B. Lenden- und Kreuzschmerzen)	123
9	F67	Bluthochdruck	111
10	G67	Speiseröhrentzündung, Magen-Darm-Infekt oder verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane	111
11	N04	Gebärmutterentfernung, jedoch nicht wegen Gebärmutterkrebs	108
12	F73	Kurzdauernde Bewusstlosigkeit, Ohnmacht	106
13	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	102
14	X62	Vergiftungen/giftige Wirkungen von Drogen, Medikamenten oder anderen Substanzen	96
15	F72	In kurzer Zeit zunehmende anfallartige Schmerzen der Herzgegend (Instabile Angina pectoris)	75
16	O65	Sonstige vorgeburtliche stationäre Aufnahme	72
17	G50	Magenspiegelung bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	70
18	I13	Operationen am Oberarm, am Schienbein, am Wadenbein oder am Sprunggelenk	70
19	G07	Blinddarmentfernung	69
20	G09	Operationen von Eingeweidebrüchen (Hernien), die am Leisten- oder Schenkelkanalband austreten	69
21	G47	Sonstige Magenspiegelung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	69
22	F74	Schmerzen in der Brust oder im Brustbereich	66
23	B69	Kurzzeitige (bis 24 Stunden) Nervenfunktionsausfälle aufgrund einer Hirndurchblutungsstörung oder Durchblutungsstörungen am Hals (z.B. Halsschlagader)	64
24	E65	Krankheiten der Atemwege mit erschwerter Ausatmung und vermehrter Luftansammlung im Lungengewebe (Asthma, COPD)	64
25	B70	Schlaganfall	64
26	F60	Kreislaufferkrankungen mit akutem Herzinfarkt, ohne invasive kardiologische Diagnostik (z.B. Herzkatheter)	63
27	B80	Sonstige Kopfverletzungen (z.B. Gehirnerschütterung)	59
28	J64	Infektion / Entzündung der Haut oder Unterhaut	58
29	I23	Operation zur Entfernung von Schrauben oder Platten an sonstigen Körperregionen; jedoch nicht an Hüfte oder Oberschenkel	56
30	G49	Dickdarm- oder Magenspiegelung, ein Belegungstag	54

**A-1.8 Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen?**

Akutkrankenhaus der Grundversorgung mit allen Erkrankungen der Inneren Medizin, der Allgemein-, Unfall- und Bauchchirurgie, der Geburtshilfe, der Gynäkologie, der Intensivmedizin, der Schmerzbehandlung

**A-1.9 Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen?**

- Ambulante interdisziplinäre Notfallbehandlung rund um in die Uhr
- Allgemeine und spezielle Sprechstunden sowie vorbereitende Untersuchungen vor dem Krankenhausaufenthalt und Nachsorgeuntersuchungen aller unserer Fachabteilungen, Behandlung von Arbeitsunfällen
- Gastroenterologische Ambulanz (Magen- und Darmspiegelungen, Säure- und Druckmessungen an der Speiseröhre, Legen von Ernährungssonden durch die Bauchdecke, Milchzuckerträglichkeitstests, Chemotherapien, Lungenspiegelungen, Ultraschalluntersuchungen verschiedener Blutgefäße)
- Kardiologische Ambulanz (Ultraschalluntersuchungen des Herzens wie Echokardiographie, TEE, Stressechokardiographie)
- Privatärztliche Sprechstunden
- Ambulante chirurgische Operationen (Leistenbruch OP, Nabelbruch OP, kleine Bauchwandbrüche, Krampfadern-Operationen, Entfernung kleiner Weichteiltumore, kleinere Metallentfernungen, Knochenbrücheinrichtungen, Einrichtung von Gelenkverrenkungen, Operation des sogenannten Tennisellenbogens, Spiegelungen des Kniegelenks, Eröffnung von Eiteransammlungen, Eingriffe im Enddarmbereich, handchirurgische Eingriffe, Eingriffe im Fußbereich, urologische Eingriffe)
- Ambulante gynäkologische Eingriffe (Ausschabung, Bauchspiegelung, kleine Eingriffe an der Brust, Eingriffe am äußeren Genitalbereich, Spiegelung der Gebärmutter, Entnahme eines trichterförmigen Gewebstücks aus dem Gebärmutterhals, Sterilisation, Abszess-Spaltungen, urogynäkologische Eingriffe bei Harninkontinenz)
- Kooperation mit einem niedergelassenen Hals-Nasen-Ohrenarzt, der in unserem Hause ambulante Operationen durchführt
- Schmerzambulanz unter Einsatz moderner und klassischer Anästhesieverfahren, Naturheilverfahren, Akupunktur
- Krankengymnastik, Physikalische Therapie (Massage, Kälte- und Wärmebehandlung, Bäder, Elektrotherapie, Ultraschall)
- Erweiterte ambulante Physiotherapie nach Eingriffen bei orthopädisch-traumatischen Erkrankungen

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

Chirurgische Abteilung

**A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten**

**A-2.1.1 Apparative Ausstattung**

Apparative Ausstattung	vorhanden	Verfügbarkeit 24 Std. sichergestellt	Apparategemeinschaft
Computertomographie	ja	nein	
Magnetresonanztomographie	nein	nein	
Herzkatheterlabor	nein	ja	Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Aachen
Szintigraphie	nein	nein	
Positronenemissionstomographie	nein	nein	
Elektronenzephalogramm	nein	nein	
Angiographie	nein	nein	Phlebographie möglich
Schlaflabor	nein	nein	Schlaf-Apnoe-Screening möglich

### A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Therapeutische Möglichkeiten	Vorhanden	Apparategemeinschaft
Physiotherapie	ja	
Dialyse	nein	
Logopädie	ja	
Ergotherapie	ja	
Schmerztherapie	ja	
Eigenblutspende	ja	Zusammenarbeit mit Malteser Krankenhaus Jülich
Gruppenpsychotherapie	nein	
Einzelpsychotherapie	nein	
Psychoedukation	nein	
Thrombolysie	ja	
Bestrahlung	nein	

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

### B-1.1 Name der Fachabteilung:

Innere Medizin

### B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

alle Bereiche der Diagnostik und Behandlung innerer Erkrankungen

### B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

- Herz-Kreislaufkrankungen
- Magen- und Darmerkrankungen
- alle inneren Erkrankungen inklusive der Atemwege, Nieren und Harnwege, des Stoffwechsels, des Blutes, des höheren Lebensalters
- Geschwulste
- Infektionen
- Psychosomatik (Erkrankungen von Körper und Seele)
- Intensivmedizin

### B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

- Kardiologische und gastroenterologische Sprechstunden im Rahmen von kassenärztlichen Ermächtigungen
- privatärztliche Sprechstunde
- Schlaganfalleinheit

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

Rang	DRG 3-stellig	Top-10 DRG – Fachabteilung Innere Medizin	Fallzahl
1	F62	Herzmüdigung, d.h. Unvermögen des Herzens, den erforderlichen Blutausswurf aufzubringen (Herzinsuffizienz) oder Kreislaufkollaps	153
2	F71	Nicht schwere Herzrhythmusstörung oder Erkrankung der Erregungsleitungsbahnen des Herzens	150
3	G48	Dickdarmspiegelung	131
4	F67	Bluthochdruck	111
5	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	102
6	F73	kurzdauernde Bewusstlosigkeit, Ohnmacht	101
7	X62	Vergiftungen/giftige Wirkungen von Drogen, Medikamenten oder anderen Substanzen	93
8	G67	Speiseröhrentzündung, Magen-Darm-Infekt oder verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane	90
9	F72	In kurzer Zeit zunehmende anfallartige Schmerzen der Herzgegend (Instabile Angina pectoris)	75
10	G50	Magenspiegelung bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	69

### B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	ICD 3-stellig	Top-10 ICD – Fachabteilung Innere Medizin	Fallzahl
1	I48	Herzrhythmusstörung, bei der die Vorhöfe flattern oder flimmern	124
2	I50	Mangelnde Leistung des Herzens	120
3	I20	Starke Schmerzen im Brustbereich durch Verengung der Herzkranzgefäße	103
4	I21	plötzlich auftretender Gefäßverschluss im Herzmuskel / plötzlich aufgetretener Herzinfarkt	94
5	J18	Lungenentzündung durch nicht näher bezeichnete Krankheitskeime	92
6	R55	Kurzdauernder Bewusstseinsverlust und plötzlich auftretendes Kreislaufversagen	83
7	I10	krankhafte Erhöhung des Blutdrucks ohne erkennbare Ursachen	81
8	I11	Hypertensive Herzkrankheit (Bluthochdruckerkrankung des Herzens)	77
9	A09	Durchfallerkrankungen und Entzündung des Darms durch Krankheitskeime	76
10	R07	Hals- und Brustschmerzen	67

### B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	OPS 4-stellig	OPS -301 – Fachabteilung Innere Medizin	Fallzahl
1	1-632	Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms zur Feststellung einer Diagnose	547
2	1-650	Spiegelung des Dickdarms zu diagnostischen Zwecken	539
3	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe am unteren Verdauungstrakt mittels Endoskop	407
4	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe am oberen Verdauungstrakt, aus den Gallengängen und der Bauspeicheldrüse mittels eines Endoskops	376
5	5-469	Andere Operationen am Darm	142
6	8-831	Legen, Wechsel und Entfernung eines Katheters in große Venen	109
7	8-800	Übertragung von Vollblut, Konzentrat von roten Blutkörperchen und Konzentrat von Blutplättchen	127
8	5-452	Örtliches Herausschneiden und Zerstörung von Gewebe des Dickdarms	112
9	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE] (Schluckultraschall)	77
10	1-620	Spiegelung der Luftröhre und Bronchien zu diagnostischen Zwecken	57

### B-1.1 Name der Fachabteilung:

Allgemeine Chirurgie

### B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

- Visceralchirurgie (Chirurgie der inneren Organe)
- Schilddrüsenchirurgie
- Unfallchirurgie
- Gefäßchirurgie für bestimmte Diagnosen
- ambulante Operationen

### B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

- Visceralchirurgie (Chirurgie der inneren Organe) einschließlich der Schilddrüsenchirurgie
- Unfallchirurgie
- Gefäßchirurgie für bestimmte Diagnosen
- Einsatz der schonenden minimal-invasiven Operationstechniken („Schlüsselloch-Technik“)

### B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

- Notfallbehandlungen rund um die Uhr
- Behandlung von Arbeitsunfällen
- Sprechstunden im Rahmen der kassenärztlichen Ermächtigungen
- Spezialsprechstunden
- Problemwundbehandlung

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

Rang	DRG 3-stellig	Top-10 DRG – Fachabteilung Allgemeine Chirurgie	Fallzahl
1	J65	Verletzung der Haut, Unterhaut oder weiblichen Brust	122
2	I68	Nicht operativ behandelte Krankheiten oder Verletzungen im Wirbelsäulenbereich (z. B. Lenden- und Kreuzschmerzen)	71
3	I13	Operationen am Oberarm, am Schienbein, am Wadenbein oder am Sprunggelenk	70
4	G07	Blinddarmentfernung	69
5	G09	Operationen von Eingeweidebrüchen (= Hernien), die am Leisten- oder Schenkelkanalband austreten	69
6	B80	Sonstige Kopfverletzungen (z. B. Gehirnerschütterung)	57
7	I23	Operation zur Entfernung von Schrauben oder Platten an sonstigen Körperregionen; jedoch nicht an Hüfte oder Oberschenkel	54
8	H08	Gallenblasenentfernung mittels Schlüsselloch-Operation (laparoskopische Gallenblasenentfernung)	48
9	I18	Sonstige Operationen an Kniegelenk, Ellenbogengelenk oder Unterarm	48
10	J64	Infektion/Entzündung der Haut oder Unterhaut	42

### B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	ICD 3-stellig	Top-10 ICD – Fachabteilung Allgemeine Chirurgie	Fallzahl
1	S82	Bruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	104
2	K40	Leistenbruch	72
3	K35	Plötzliche Blinddarmentzündung	58
4	S72	Bruch des Oberschenkelknochens	58
5	S06	Verletzung im Schädel oder Schädelhöhle	57
6	K80	Gallensteinleiden durch Steine in der Gallenblase und den Gallengängen	48
7	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter und des Oberarmes	48
8	K56	Darmverschluss durch Lähmung des Darms oder durch ein Hindernis in der Darmpassage ohne Weichteilbruch	47
9	S52	Bruch des Unterarmknochens	47
10	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	43

### B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	OPS 4-stellig	OPS -301 – Fachabteilung Allgemeine Chirurgie	Fallzahl
1	5-787	Entfernung von künstlichen Materialien (Schrauben/Drähte/Platten) eines Knochens	179
2	5-790	geschlossene Wiedereinrichtung eines Knochenbruches oder der Wachstumsfuge mittels Draht	86
3	5-893	Operative Säuberung einer Wunde und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	79
4	5-470	Entfernung des Blinddarms	71
5	5-793	Offene Wiedereinrichtung eines einfachen Knochenbruches im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	71
6	5-530	Verschluss eines Weichteilbruches in der Leiste	68
7	5-511	Entfernung der Gallenblase	58
8	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	54
9	5-892	operativer Einschnitt an Haut und Unterhaut	48
10	5-812	Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken eines Gelenkraumes mit einem speziellen Endoskop	47

### B-1.1 Name der Fachabteilung:

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

### B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

- Ambulante Operationen
- operative Frauenheilkunde
- Chemotherapien
- psychosoziale Betreuung von Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen
- fachärztliche Notfallversorgung über 24 Stunden

### B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

- familienorientierte Geburtshilfe mit selbstgewählten Beleghebammen
- sanfter Kaiserschnitt, Regionalanästhesien bei den Operationen
- mikroinvasive Operationen („Knopflochtechnik“)
- vaginale Operationen
- urogynäkologische Operationen

### B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Kursangebote wie Stillberatung, Babymassage, Krabbelgruppen

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

Rang	DRG 3-stellig	Top-10 DRG – Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Fallzahl
1	P67	Neugeborenes, Aufnahmegewicht über 2499 g, ohne größeren operativen Eingriff oder Langzeitbeatmung	326
2	O60	Normale Entbindung	209
3	O01	Kaiserschnitt	128
4	N04	Gebärmutterentfernung, jedoch nicht wegen Gebärmutterkrebs	108
5	O65	Sonstige vorgeburtliche stationäre Aufnahme	72
6	O64	Wehen die nicht zur Geburt führen	36
7	N07	Sonstige Gebärmutter- oder Eileiteroperationen; jedoch nicht wegen Krebs (z. B. Eierstockzysten, gutartige Gebärmuttergeschwülste (= Myom))	27
8	N10	Spiegelung und / oder Gewebeprobeentnahme an der Gebärmutter; Sterilisation oder Eileiterdurchblasung	15
9	O62	Drohende Fehlgeburt	14
10	N05	Entfernung der Eierstöcke oder Operation an den Eileitern; jedoch nicht wegen Krebs	12

### B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	ICD 3-stellig	Top-10 ICD – Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	240
2	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress (fetal distress) (Gefahrenzustand für das Ungeborene)	61
3	D25	Gutartiger Tumor aus glatten Muskelfasern der Gebärmutter	58
4	O70	Einriss des Gewebes zwischen Scheide und Schließmuskel unter der Geburt	55
5	O80	Spontangeburt eines Einlings	55
6	O60	Vorzeitige Entbindung	37
7	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Eierstocks, des Eileiters und des Bandes von den Seitenkanten der Gebärmutter zur Beckenwand	32
8	P08	Störungen im Zusammenhang mit langer Schwangerschaftsdauer und hohem Geburtsgewicht	30
9	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Regelblutung	28
10	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Missbildung der Beckenorgane	26

### B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	OPS 4-stellig	OPS -301 – Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Fallzahl
1	5-749	andere operative Geburt (Kaiserschnitt)	126
2	5-683	Entfernung der Gebärmutter	118
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	115
4	5-758	Wiederherstellen weiblicher Geschlechtsorgane nach Riss nach der Geburt	110
5	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	89
6	5-738	Scheidendammschnitt und Naht	72
7	5-690	Ausschabung der Gebärmutter	69
8	5-651	örtliches Herausschneiden und Zerstörung von Gewebe am Eierstock	29
9	5-469	Andere Operationen am Darm	25
10	1-694	Spiegelung des Bauchraums	21

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

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

Ambulante Operationen: 977

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

Rang	EBM vollstellig	Top-5 Ambulante Operationen – Fachabteilung Innere Medizin	Fallzahl
1	764	Darmspiegelung	258

Rang	EBM vollstellig	Top-5 Ambulante Operationen – Fachabteilung Allgemeine Chirurgie	Fallzahl
1	2101	Exzision (Herausschneiden) eines großen Bezirks	99
2	2361	Entfernung von Stellschrauben	47
3	2106	Exzision (Herausschneiden) einer großen Geschwulst oder eines Schleimbeutels	36
4	2275	operativer Eingriff an der Mittelhand bei Verengung des Handwurzelkanals oder am Fuß bei Verengung des Fußwurzelkanals	6
5	2341	Osteosynthese (operative Bruchbehandlung) eines kleinen Röhrenknochens	6

Rang	EBM vollstellig	Top-5 Ambulante Operationen – Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Fallzahl
1	1104	Ausschabung der Gebärmutterhöhle	127
2	1060	operative Entfernung einer Taubenmole oder einer unvollständig ausgestoßenen Frucht	22
3	2634	Laparoskopie/Pelviskopie (Bauchspiegelung)	18
4	2145	Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses	12
5	2110	Entfernung eines tastbaren Tumors der weiblichen Brustdrüse zur Feststellung der Diagnose	10

Rang	EBM vollstellig	Top-5 Ambulante Operationen in Kooperation mit niedergelassenem Facharzt - HNO	Fallzahl
1	1485 mit 1557	Mandeloperationen, Anlage einer Paukenhöhlendrainage	84
2	1557	Anlage einer Paukenhöhlendrainage	57
3	1566	Myringoplastik (plastisch-operativer Trommelfellersatz)	17

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

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V): nicht vorhanden  
 Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V): nicht vorhanden  
 Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V): nicht vorhanden

### B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12.2004)

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
0100	Innere Medizin	13	6	7
1500	Allgemeine Chirurgie	9	3	6
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	9	5	4
	Anästhesie	9	3	6
	<b>Gesamt</b>	<b>40</b>	<b>17</b>	<b>23</b>

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 4

Fachgebiet	Name	Dauer
Innere Medizin	Dr. med. Hansotto Schwacke	5 Jahre
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Dr. med. Hartmut Wiechmann	3 Jahre
Anästhesie	Dr. med. Rudolf Jegen	2 Jahre (beantragt)
Chirurgie	Dr. med. Eckard Hinkel	3 Jahre (beantragt)

## B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12.2004)

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil der examinierten Krankenschwestern/-pfleger (3 J.)	Prozentualer Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit entspr. Fachweiterbildung (3 J.+ Fachweiterbildung)	Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/in (1 Jahr)
0100	Innere Medizin				
1500	Allgemeine Chirurgie				
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<b>Interdisziplinäre Stationsbelegung*</b>			
	Anästhesie				
	<b>Gesamt</b>	<b>112</b>	<b>90,18%</b>	<b>8,93%</b>	<b>0,89%</b>

\* Aufgrund des interdisziplinären Belegungskonzeptes können die Pflegekräfte keiner Fachabteilung zugeordnet werden.

## C Qualitätssicherung

### C-1 Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Zugelassene Krankenhäuser sind gesetzlich zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird v. Krankenhaus erbracht ja/nein	Teilnahme an externer Qualitätssicherung ja/nein	Dokumentationsrate	
				Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie	nein	nein	-	-
2	Cholezystektomie	ja	ja	100,00%	100,00%
3	Gynäkologische Operationen	ja	ja	93,40%	94,65%
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation	nein	nein	-	-
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	nein	nein	-	-
6	Herzschrittmacher-Revision	nein	nein	-	-
7	Herztransplantation	nein	nein	-	-
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	ja	ja	95,40%	95,85%
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	ja	ja	100,00%	92,39%
10	Karotis-Rekonstruktion	nein	nein	-	-
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	nein	nein	-	-
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	nein	nein	-	-
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie	nein	nein	-	-
14	Koronarangiographie/Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	ja	ja	94,80%	99,96%
15	Koronarchirurgie	nein	nein	-	-
16	Mammachirurgie	ja	ja	100,00%	91,68%
17	Perinatalmedizin	ja	ja	100,00%	99,31%
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	nein	nein	-	-
19	Totalendoprothese (TEP bei Koxarthrose)	nein	nein	-	-
20	<b>Gesamt</b>			<b>97,70%</b>	<b>98,28%</b>

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

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

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

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

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

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

keine Teilnahme an DMP Programmen

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

Das Krankenhaus erbringt keine Leistungen, die der Mindestmengenvereinbarung unterliegen.

# Weitergehende Informationen

## Verantwortlich für den Qualitätsbericht:

### Wolfgang Brauers

Stv. Geschäftsführer/Kaufm. Direktor

Who is Who im Malteser Krankenhaus St. Brigida	Ansprechpartner	Telefon
Malteser Krankenhaus St. Brigida	Zentrale	02473/89-0
Stv. Geschäftsführer/Kaufm. Direktor	Wolfgang Brauers	02473/89-2418
Ärztlicher Direktor	Dr. Hansotto Schwacke	02473/89-2216
Pflegedirektor	Harold van Donzel	02473/89-2405
Hausleitung	Stephanie Schuster	02473/89-2413
Chefarzt Innere Medizin	Dr. Hansotto Schwacke	02473/89-2216
Chefarzt Chirurgie und Unfallchirurgie	Dr. Eckhard Hinkel	02473/89-2251
Chefarzt Gynäkologie und Geburtshilfe	Dr. Hartmut Wiechmann	02473/89-2257
Chefarzt Anästhesie/Intensivmedizin	Dr. Rudolf Jegen	02473/89-2290
Patientenverwaltung		02473/89-2401
Patientenfürsprecher	Peter Sistemich	02473/89-8521
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	Ralf Amthor	02461/620-235
Qualitätsmanagement-Beauftragter	Dr. Nico Prümmer	02473/89-3406

## Broschüren

- Unternehmensreport 2004/2005 Malteser St. Elisabeth gGmbH
- Patienteninformationsbroschüre des Malteser Krankenhauses St. Brigida
- Qualitätsziele der Malteser Krankenhäuser
- Pflegeleitbild der Malteser Krankenhäuser

## Informationen im Internet

- [www.malteser-krankenhaus-simmerath.de](http://www.malteser-krankenhaus-simmerath.de)  
Aktuelle Meldungen, Veranstaltungshinweise, Informationen zum Leistungsspektrum der Fachabteilungen, Komfort und Serviceleistungen, Ansprechpartner mit Kontaktmöglichkeit

- [www.malteser.de](http://www.malteser.de)  
Die zentralen Seiten der Malteser mit weiterführenden Informationen zu den Werken des Ordens und zur MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH
- [www.malteser-geburtshilfe.de](http://www.malteser-geburtshilfe.de)  
Das Internet-Portal für schwangere Frauen und werdende Eltern mit zahlreichen Tipps und Informationen
- [www.malteser-facharzt-ausbildung.de](http://www.malteser-facharzt-ausbildung.de)  
Das Internet-Portal der Malteser Krankenhäuser mit Informationen zum Arbeitgeber Malteser und speziell zu Ausbildungsangeboten für angehende Ärzte
- [www.KTQ.de](http://www.KTQ.de)  
Hintergründe zum krankenhausspezifischen Zertifizierungsverfahren der Kooperation für Transparenz und Qualität (KTQ®) und KTQ®-Qualitätsbericht des Malteser Krankenhauses St. Brigida

