

**KRANKENHAUS GM
WERMELSKIRCHEN BH**



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: Krankenhaus Wermelskirchen GmbH

Institutionskennzeichen: 260531193

**Anschrift: Königstraße 100
42929 Wermelskirchen**

Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer: 2007 – 0019 K

durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle: DIOMEDES Cert GmbH

Datum der Ausstellung: 2007-02-13

Gültigkeitsdauer: 2010-02-12

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Krankenhaus Wermelskirchen GmbH	5
Basisteil	7
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	7
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	13
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	25
C Qualitätssicherung	29
C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	29
C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	30
C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)	30
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V	30
Systemteil	31
D Qualitätspolitik	31
E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	32
F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	33
G Weitergehende Informationen	33
H Ausstattung	34
Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Krankenhaus Wermelskirchen GmbH	36
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	36
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	42
3 Sicherheit im Krankenhaus	45
4 Informationswesen	49
5 Krankenhausführung	52
6 Qualitätsmanagement	56

Vorwort der KTQ®

Die KTQ-Zertifizierung ist ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, das getragen wird von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen¹. Darüber hinaus wurde der Hartmannbund - Verband der Ärzte Deutschlands e.V. (HB) – mit Beginn des Routinebetriebes im „Niedergelassenen Bereich“ ebenfalls Gesellschafter der KTQ-GmbH. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet. **Die Verfahrensinhalte wurden ausschließlich von Krankenhauspraktikern entwickelt und erprobt.**

Mit diesem Zertifizierungsverfahren bietet die KTQ® den Krankenhäusern ein Instrument an, mit dem sie die **Qualität ihrer Leistungen durch die Zertifizierung und den zu veröffentlichenden KTQ-Qualitätsbericht nach außen transparent darstellen können.**

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen und von Krankenhauspraktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die **Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit im Krankenhaus, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement** beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt.

Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den Visitoren gezielt hinterfragt und durch Begehungen einzelner

¹ Zu diesen zählen: der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., der AOK-Bundesverband, der BKK Bundesverband, der IKK-Bundesverband, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die See-Krankenkasse.

Krankenhausbereiche überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Selbst- und Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte Informationen über das betreffende Krankenhaus in standardisierter Form veröffentlicht.

Jedem KTQ-Qualitätsbericht ist ein Vorwort der KTQ-GmbH vorangestellt, darauf folgen die individuelle Einleitung, in der drei bis vier innovative, patientenorientierte Leistungen beschrieben werden, die Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses, die Daten der Qualitätssicherung, die Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung sowie eine Beschreibung des krankenhausesinternen Qualitätsmanagements und darüber hinaus wird zu jedem der insgesamt **72 Kriterien des KTQ-Kataloges** ein Abstrakt dokumentiert.

Wir freuen uns, dass das Krankenhaus Wermelskirchen GmbH mit diesem Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich seines Leistungsspektrums, seiner Leistungsfähigkeit und seines Qualitätsmanagements vermitteln kann.

Der Qualitätsbericht ist auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Dr. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

H.-Theo Riegel

Für die Spitzen-
verbände der Krankenkassen

Dr. M. Walger

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Krankenhaus Wermelskirchen GmbH

Seit der Inbetriebnahme im Jahre 1961 stellen die verantwortlichen Mitarbeiter des Krankenhauses eine qualitativ hochwertige und patientennahe medizinische, pflegerische und therapeutische Behandlung in Wermelskirchen sicher.

Konsequent wurde mit der Umwandlung in eine GmbH im Jahre 1972 auch nach außen deutlich gemacht, dass sich das Krankenhaus als moderner Dienstleistungsanbieter im Gesundheitswesen versteht.



Unser Leitbild bildet den Orientierungsrahmen für die tägliche Arbeit mit den Patienten und Angehörigen, für die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen, die wirtschaftliche Weiterentwicklung, für die Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern, für die Erreichung der Qualitätsziele und die Darstellung in der Öffentlichkeit.

Die Leitung und die Mitarbeiter der Krankenhaus Wermelskirchen GmbH stellen sich der Herausforderung, die das Gesundheitswesen Krankenhäusern unserer Zeit abverlangt.

Das Ziel der verantwortlichen Mitarbeiter ist es, durch wirtschaftliches, zielgerichtetes Handeln und den schonenden, sparsamen Umgang mit Ressourcen die Weiterentwicklung unseres Krankenhauses zu sichern. Dadurch wird es auch zukünftig Teil des modernen Gesundheitssystem für die Stadt Wermelskirchen und seiner umliegenden Region sein.

Die Strukturdaten des - Krankenhaus Wermelskirchen GmbH

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses (Anschrift, E-Mail, Internetadresse)

Königstraße 100
42929 Wermelskirchen
ulbrich@krankenhaus-wermelskirchen.de
www.krankenhaus-wermelskirchen.de

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

260531193

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Stadt Wermelskirchen u. Rheinisch Bergischer Kreis

A-1.3.1 Welche Versorgungsstufe hat das Krankenhaus nach dem Landeskrankenhausplan?

Grundversorgung

A-1.3.2 Werden psychiatrische Fachabteilungen mit Differenzierung nach Schwerpunkten für das Krankenhaus ausgewiesen?

ja nein

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

ja nein

A-1.4.1 Arbeiten sonstige Einrichtungen mit dem Krankenhaus zusammen wie

- Rehabilitationsklinik
- Psychiatrische Einrichtung
- Tagesklinik
- Pflegeeinrichtung
- Dialysezentrum
- Anerkannte Fort- und Weiterbildungseinrichtungen
- Arztpraxen
- Vertragliche Kooperationszentren (z. B. Apparatgemeinschaften)
- Sonstige

- A-1.4.2 Gibt es an Ihrem Krankenhaus
 eine Krankenpflegeschule
 eine Kinderkrankenpflegeschule
 eine Krankenpflegehilfeschule

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

203

A-1.5.1 Anzahl der Betten für den Maßregelvollzug¹

0

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten:	7.838
Ambulante Patienten:	11.200
Davon Privatpatienten:	1.931

A-1.7 A Fachabteilungen

Schlüsse I nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl ¹ der Betten	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)*	Poliklinik/Ambulanz ja (j) / nein(n)	Notfallaufnahme vorhanden? ja(j) / nein (n)
0100	Innere Medizin		85	3147	ha	Ja	Ja
1500	Allgemeine Chirurgie		81	2521	ha	Ja	Ja
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe		33	1764	ha	Ja	Ja
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde		4	298	ba	Nein	Nein
3751	Radiologie	nb	0		ha	Ja	Nein
	Anästhesie	nb	0		ha	Ja	Nein

* Nicht bettenführende Abteilung mit fachlich nicht weisungsgebundener Leitung nb eintragen

¹ Die forensische Abteilung ist von der KTQ-Zertifizierung ausgenommen.

¹ Bei Intensivmedizin getrennte Angabe der Betten nach Intensivstation/Wachstation

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	P67	Versorgung eines Neugeborenen ab 2500 Gramm Geburtsgewicht, ohne größerer Operation oder Langzeitbeatmung	369
2	O60	Normale Entbindung (=vaginale Entbindung)	302
3	E63	Atemstillstandsphasen (Apnoe) im Schlaf	289
4	J65	Verletzung der Haut, Unterhaut oder weiblichen Brust	200
5	E77	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	180
6	I68	Nicht operativ behandelte Krankheiten oder Verletzungen im Wirbelsäulenbereich (z. B. Lenden- und Kreuzschmerzen)	170
7	F71	Leichte oder mittlere Herzrhythmusstörung oder Reizleitungsstörung des Herzmuskels	159
8	G67	Speiseröhren- oder Magen-Darm-Entzündung oder verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane	156
9	F62	Herzschwäche (= Herzinsuffizienz) oder Kreislaufkollaps	141
10	F67	Bluthochdruck	128
11	G24	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien, Alter > 0 Jahre oder beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre und < 56 Jahre oder Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre	123
12	B70	Schlaganfall	111
13	I24	Spiegelung von Gelenkhöhlen (=Arthroskopie) einschließlich Gewebeprobeentnahme zur mikroskopischen Untersuchung	108
14	D06	Operationen an Nasennebenhöhlen, Warzenfortsatz und/oder aufwändige Operationen am Mittelohr	107
15	O01	Kaiserschnitt-Entbindung	100
16	N21	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff	93
17	H14	Laparoskopische Cholezystektomie	91
18	G46	Aufwendige Magenspiegelung zur Untersuchung und/oder Behandlung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane (z. B. bei Blutungen aus der Speiseröhre)	83
19	F66	Verkalkung / Verhärtung der Herzkranzgefäße	82
20	E65	Krankheiten mit zunehmender Verengung der Atemwege (=chronisch-obstruktiv)	81
21	F72	Zunehmende Herzenge (= Instabile Angina pectoris)	78
22	G25	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre oder Eingriffe bei Hernien, Alter < 1 Jahr	74
23	G54	Koloskopie, mehr als 2 Belegungstage, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplizierenden Eingriff	74
24	B69	Kurzzeitige (bis 24 Stunden) Nervenfunktionsausfälle aufgrund einer Hirndurchblutungsstörung oder Durchblutungsstörungen am Hals (z. B. Halsschlagader)	73

25	G23	Appendektomie außer bei Peritonitis ohne äußerst schwere oder schwere CC	73
26	N10	Gebärmutter Spiegelung oder untersuchende Ausschabung; Sterilisation oder Eileiterdurchblasung	71
27	J64	Infektion / Entzündung der Haut oder Unterhaut	69
28	O65	Sonstige vorgeburtliche stationäre Aufnahme	68
29	I21	Operation zur Entfernung von Schrauben und/oder Platten am Hüftgelenk und/oder Oberschenkel	67
30	O40	Fehlgeburt mit Gebärmutterdehnung und Ausschabung, Saugausschabung oder Gebärmuttereröffnung	64

A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte

Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen? (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Spiegelung des Magendarmtraktes
 Kardiologie
 Unfall- und orthopädische Chirurgie
 Bauch- und Darmchirurgie
 Geburtshilfe
 Behandlung der weiblichen Harninkontinenz
 Schmerzbehandlung

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung
 ja nein

A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Innere Medizin, Allgemein- und Unfallchirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Anästhesiologie, Radiologie, Notfallambulanz

A-2.0 Durchgangsarztverfahren

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

Chirurgische Abteilung

Besteht die Zulassung zum Verletzungsartenverfahren der Berufsgenossenschaft

ja nein

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung	Vorhanden	Verfügbarkeit 24 Stunden sicherge- stellt	Apparate- gemeinschaft
Computertomographie	Ja	Ja	Nein
Magnetresonanztomographie	Ja	Nein	Ja
Herzkatheterlabor	Nein	Nein	
Szintigraphie	Nein	Nein	
Positronenemissionstomographie	Nein	Nein	
Elektroenzephalogramm	Ja	Nein	Nein
Angiographie	Ja	Nein	Nein
Schlaflabor	Ja	Ja	Nein
Kernspin	Nein	Nein	
Sonographie	Ja	Ja	Nein
Röntgen	Ja	Ja	Nein
Broncho-/Endoskopie	Ja	Ja	Nein
Echoskopie/TEE	Ja	Nein	Nein
Mikrobiologie	Nein	Nein	

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Therapeutische Möglichkeit	Vorhanden	Apparategemeinschaft
Physiotherapie	Ja	
Bewegungsbad	Nein	
Balneophysikalische-Therapie	Nein	
Dialyse	Ja	Nein
Logopädie	Nein	
Ergotherapie	Nein	
Schmerztherapie	Ja	Nein
Eigenblutspende	Ja	Nein
Gruppenpsychotherapie	Nein	
Einzelpsychotherapie	Nein	
Psychoedukation	Nein	
Thrombolyse	Nein	
Bestrahlung	Nein	

A-2.1.3 Existieren folgende erweiterte therapeutische Möglichkeiten?

- Operativer Bereitschaftsdienst
- Präsenzbereitschaft
- Rufbereitschaft
- Blutdepot in Klinik
- Blutdepot außerhalb/ extern
- Regelung der Konsiliardienste im Haus vorhanden
- Regelung der Konsiliardienste extern vertraglich geregelt

A-2.1.4 Welche weiteren Leistungsangebote bestehen?

- Stomatherapeuten
- Diabetikerschule
- Pflegeeinrichtung als separate Einrichtung
- ambulante Pflege
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause Geburtsvorbereitungskurse
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause die Möglichkeit einer ambulanten Entbindung mit Nachsorge durch hausinterne Hebammen
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie eine Stillberatung bzw. ein Elternzentrum
- Inkontinenzberatung
- Pflegetelefonberatung
- Hospizeinrichtungen bzw. eine Palliativpflege
- Mutter-Kind-Behandlung

Sonstige?

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Innere Medizin

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Gastroenterologie, Kardiologie, Schlaflabor, Dialyse, Atemwegserkrankungen

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Dialyse, Schlaflabor, Herzerkrankungen, Erkrankungen des gastroenterostinalen Traktes

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Kapselendoskopie

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	E63	Atemstillstandsphasen (Apnoe) im Schlaf	287
2	E77	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	171
3	F71	Leichte oder mittlere Herzrhythmusstörung oder Reizleitungsstörung des Herzmuskels	158
4	F62	Herzschwäche (= Herzinsuffizienz) oder Kreislaufkollaps	135
5	F67	Bluthochdruck	125
6	B70	Schlaganfall	103
7	F66	Verkalkung / Verhärtung der Herzkranzgefäße	81
8	E65	Krankheiten mit zunehmender Verengung der Atemwege (=chronisch-obstruktiv)	79
9	G46	Aufwendige Magenspiegelung zur Untersuchung und/oder Behandlung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane (z. B. bei Blutungen aus der Speiseröhre)	76
10	F71	Leichte oder mittlere Herzrhythmusstörung oder Reizleitungsstörung des Herzmuskel2	76

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

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	Text in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	G47	290	Schlafstörungen
2	J18	182	Lungenentzündung durch unbekanntem Erreger
3	I50	143	Herzschwäche (=Herzinsuffizienz)
4	I48	127	Herzrhythmusstörung in den Herzvorhöfen (=Vorhofflattern oder Vorhofflimmern)
5	I10	122	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
6	I20	86	anfallartige Schmerzen in der Herzgegend (=Angina pectoris, z.B. mit typischen Ausstrahlungen in den linken Arm)
7	J44	83	Sonstige chronische Lungenkrankheiten mit erhöhtem Atemwegswiderstand
8	K29	76	Magen- und Zwölffingerdarmentzündung
9	G45	73	Kurzzeitige, max. 24 Stunden andauernde Hirndurchblutungsstörung mit neurologischen Funktionsdefiziten
10	I21	68	Akuter Herzinfarkt

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

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	Text in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	1-632	1023	Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarmes
2	1-440	687	Entnahme einer Gewebeprobe des oberen Verdauungstrakts, der Gallengänge und/oder der Bauchspeicheldrüse durch eine Spiegelung
3	1-650	392	Dickdarmspiegelung
4	1-790	331	Kardiorespiratorische Potysonographie
5	1-710	151	Ganzkörperplethysmographie
6	1-444	86	Entnahme einer Gewebeprobe des unteren Verdauungstraktes (z.B. des Dickdarmes) durch eine Spiegelung
7	1-620	72	Diagnostische Tracheobronchoskopie
8	5-452	65	Herausschneiden oder Zerstören von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
9	1-642	53	Spiegelung der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüsengänge entgegen der normalen Flussrichtung
10	1-651	45	Spiegelung des S-förmigen Abschnitts des Dickdarms

B-1.1 Allgemeine Chirurgie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Unfallchirurgie, Orthopädie, Viszeralchirurgie

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Unfall- und Viszeralchirurgie, Orthopädie

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Kyphoplastie

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	J65	Verletzung der Haut, Unterhaut oder weiblichen Brust	196
2	G24	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien, Alter > 0 Jahre oder beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre und < 56 Jahre oder Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre	127
3	I68	Nicht operativ behandelte Krankheiten oder Verletzungen im Wirbelsäulenbereich (z. B. Lenden- und Kreuzschmerzen)	123
4	I24	Spiegelung von Gelenkhöhlen (=Arthroskopie) einschließlich Gewebeprobeentnahme zur mikroskopischen Untersuchung	100
5	H14	Laparoskopische Cholezystektomie	87
6	G67	Speiseröhren- oder Magen-Darm-Entzündung oder verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane	83
7	G23	Appendektomie außer bei Peritonitis ohne äußerst schwere oder schwere CC	73
8	G25	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre oder Eingriffe bei Hernien, Alter < 1 Jahr	72
9	I21	Operation zur Entfernung von Schrauben und/oder Platten am Hüftgelenk und/oder Oberschenkel	69
10	I23	Operation zur Entfernung von Schrauben und/oder Platten an sonstigen Körperregionen; jedoch nicht an Hüfte und/oder Oberschenkel	63

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

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	Text in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	K40	184	Eingeweidebruch (=Hernie) an der Leiste
2	S82	142	Unterschenkelbruch, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
3	S00	115	Oberflächliche Verletzung des Kopfes
4	K80	110	Gallensteinleiden
5	S52	93	Unterarmbruch
6	S72	92	Oberschenkelbruch
7	K35	86	Akute Blinddarmentzündung
8	M17	65	Chronischer Kniegelenksverschleiß mit zunehmender Gelenkversteifung (=Arthrose)
9	S42	58	Knochenbruch im Bereich der Schulter oder des Oberarmes
10	K57	56	Sackförmige Darmwandausstülpungen an mehreren Stellen (=Divertikulose)

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

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	Text in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5-530	212	Verschluss von Eingeweidebrüchen (=Hernien), die im Leistenbereich austreten
2	5-511	166	Gallenblasenentfernung
3	5-572	160	Anlegen einer künstlichen Blasenfistel (offen chirurgisch oder durch Einführen einer Punktionskanüle)
4	5-787	156	Entfernung von Knochenstabilisierungsmaterial
5	5-893	145	Abtragung abgestorbener Hautzellen (=chirurgische Wundtoilette) und/oder Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
6	5-470	136	Blinddarmentfernung
7	5-810	132	Wiederholungsoperation am Gelenk mittels Gelenkspiegel (=Arthroskop)
8	5-541	129	operative Eröffnung der Bauchhöhle und/oder Eröffnung des rückenseitigen Bauchfelles, (z.B. zur Tumorsuche oder zur Ableitung von Bauchflüssigkeiten)
9	5-812	124	Operation am Gelenkknorpel und/oder an den sichelförmigen Knorpelscheiben (=Menisken) mittels Gelenkspiegel (=Arthroskop)
10	5-794	119	Stellungskorrektur eines mehrteiligen Knochenbruches ohne intakte Weichteilbedeckung (=offene Reposition) im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mittels Knochenstabilisierungsmaterial (z.B. Drähte, Schrauben, Platten, externer Fixateur)

B-1.1 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Harninkontinenz der Frau, Mammachirurgie, Geburtshilfe

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Mammachirurgie, Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

plastische Operationen, Familienzimmer in der Geburtshilfe

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	P67	Versorgung eines Neugeborenen ab 2500 Gramm Geburtsgewicht, ohne größerer Operation oder Langzeitbeatmung	386
2	O60	Normale Entbindung (=vaginale Entbindung)	304
3	O01	Kaiserschnitt-Entbindung	97
4	N21	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff	91
5	N10	Gebärmutter Spiegelung oder untersuchende Ausschabung; Sterilisation oder Eileiterdurchblasung	72
6	O65	Sonstige vorgeburtliche stationäre Aufnahme	65
7	O40	Fehlgeburt mit Gebärmutterdehnung und Ausschabung, Saugausschabung oder Gebärmuttereröffnung	64
8	N25	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose	51
9	N04	Gebärmutterentfernung, jedoch nicht wegen Krebserkrankung	48
10	O64	Wehen, die nicht zur Geburt führen	44

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

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	Text in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	Z38	415	Lebendgeborener Säugling
2	D25	118	Gutartige Geschwulst des Gebärmuttermuskels (=Myom)
3	O82	97	Geburt eines Einlings durch Kaiserschnitt (=Sectio caesarea)
4	N83	69	Nichtentzündliche Krankheiten der Eierstöcke, der Eileiter und der Gebärmutterbänder (v.a. Eierstockzysten)
5	O70	66	Dammriss unter der Geburt
6	O48	55	Übertragene Schwangerschaft
7	O60	47	Vorzeitige Entbindung
8	O02	44	Sonstige abnorme Schwangerschaftsprodukte (z.B. entwicklungsgestörtes Ei)
9	N81	39	Vorfall von Genitalorganen der Frau (z.B. der Gebärmutter) durch die Scheideöffnung
10	O42	38	Vorzeitiger Blasensprung

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

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	Text in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	1-672	218	Spiegelung der Gebärmutter
2	1-471	213	Entnahme einer Gewebeprobe der Gebärmutter Schleimhaut ohne Einschneiden (z.B. Strichkürettage)
3	5-758	195	Wiederherstellung weiblicher Geschlechtsorgane nach Riss nach der Geburt
4	5-738	158	Erweiterung des Scheideneingangs durch teilweise Dammdurchtrennung (=Perineotomie) und/oder Naht
5	5-683	141	Entfernung der Gebärmutter
6	5-651	133	Herausschneiden oder Zerstören von Gewebe der Eierstöcke
7	5-749	108	Sonstige Schnittentbindung (=Kaiserschnitt), (z.B. in der Misgav-Ladach-Operationstechnik)
8	5-469	104	Sonstige Operationen am Darm (z.B. Lösen von Verwachsungen, Aufdehnung von Darmabschnitten)
9	5-690	89	therapeutische Ausschabung der Gebärmutter
10	5-657	87	Beseitigung von Verwachsungen an den Eierstöcken und/oder dem Eileiter ohne mikrochirurgische Versorgung

B-1.1 **Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Belegabteilung

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Belegabteilung

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	D06	Operationen an Nasennebenhöhlen, Warzenfortsatz und/oder aufwändige Operationen am Mittelohr	106
2	D30	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC	46
3	D10	Verschiedene Operationen an der Nase	39
4	D13	Entfernung von Wucherungen der Rachenmandel (=Polypen) oder kleiner Einschnitt ins Trommelfell mit Einlegen eines Paukenröhrchens	22
5	D40	Ziehen eines Zahnes oder Zahnwiederherstellung	14
6	J22	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC	9
7	D22	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung	7
8	J11	Sonstige Operationen der Haut, Unterhaut oder weiblichen Brust	6
9	J12	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und/oder weiblichen Brust bei Krebserkrankung	4
10	D25	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung	3

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

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	Text in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	J34	84	Sonstige Krankheiten der Nase und/oder Nasennebenhöhlen (z.B. Abszess)
2	J32	56	Chronische Entzündung der Stirn- oder Nasennebenhöhlen
3	J35	47	Chronische Krankheiten der Gaumen- und/oder Rachenmandeln
4	C44	18	Hautkrebs (außer Melanom)
5	K04	16	Krankheiten des Zahnwurzeln und des Zahnfleisches
6	H65	8	Mittelohrentzündung
7	S02	8	Schädel- oder Gesichtsschädelknochenbruch
8	J38	6	Krankheiten der Stimmlippen und/oder des Kehlkopfes (z.B. Polypen, Schwellungen, Pseudokrapp)
9	M95	5	Erworbene Deformitäten
10	C43	4	Hautkrebs (=Melanom)

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

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	Text in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5-215	180	Operationen an der unteren Nasenmuschel (=Concha nasalis)
2	5-224	80	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen
3	5-214	72	Abtragung der Nasenscheidewand und/oder plastische Nachbildung
4	5-222	33	Operationen an der Siebbein und/oder an der Keilbeinhöhle
5	5-221	33	Operationen an der Kieferhöhle
6	5-281	30	operative Mandelentfernung ohne Entfernung von Wucherungen der Rachenmandel (=Polypen)
7	5-231	24	Operative Zahnentfernung (durch Knochendurchtrennung)
8	5-285	18	operative Entfernung von Wucherungen der Rachenmandel (=Polypen) ohne Mandelentfernung
9	5-895	15	Ausgedehntes Herausschneiden von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
10	5-237	14	Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung

B-1.1 **Radiologie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Computertomographie, Digitale Durchleuchtung

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Computertomographie, Digitale Durchleuchtung

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

interventionelle Radiologie

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	0	0	

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

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	0		0

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

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	0		0

B-1.1 **Anästhesie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Schmerztherapie, Intensivmedizin

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Schmerztherapie, Intensivmedizin

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Akupunktur, Schmerztherapie

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	0	0	

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

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	0		0

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

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	0		0

B-1.8 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung

Schl. nach § 301 SGB V	Fachabteilung	Durchschnittliche Verweildauer (VD) (Angabe in Tagen)	Gibt es in Ihrer Abteilung spez. Kinderbetten? ja(j)/nein(n)	Stehen in Ihrer Abt. Kinderkrankenschw./-pfleger zur Verfügung? ja(j)/nein(n)
0100	Innere Medizin	7,9	Nein	Nein
1500	Allgemeine Chirurgie	9,3	Nein	Nein
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	6,8	Nein	Ja
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3,3	Nein	Nein
3751	Radiologie	0	Nein	Nein
	Anästhesie	0	Nein	Nein

B-1.8.1 Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 116 SGB V

Anzahl der Behandlungen nach § 116 SGB V pro Jahr:

0

B-1.9 Spezifisch für die Fachabteilung:

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-1.9.1 Anzahl der Geburten pro Jahr

415

B-1.9.2 Existiert eine Neugeborenen Intensivstation im Gebäude?

ja nein

Ist ein Zugriff auf die Pädiatrie oder die pädiatrische Notfallversorgung möglich

ja nein

Anästhesie

B-1.9.9 A Anzahl der Anästhesien insgesamt

differenziert nach:

Anzahl der Allgemeinanästhesien

4.232

Anzahl der Regionalanästhesien

727

B-1.9.9 B Differenzierung der Anästhesien nach ASA-Klassifikation in %-Anteil pro Jahr

ASA 1	0
ASA 2	0
ASA 3	0
ASA 4	0
ASA 5	0

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

95

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

	EBM-Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
1	31212	Implantation und Wechsel von venösen Katheterverweilsystems	29
2	31311	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff	13
3	31101	Dermatochirurg. Eingriff	12
4	31121	Eingriff an Extremitäten	9
5	31132	Eingriff an Knochen und Gelenken	7

B-2.2 (je FA) Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilungen im Berichtsjahr

Schl. nach § 301 SGB V	Fachabteilung		EBM-Nummer (vollständig)	Text in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
0100	Innere Medizin	1	0	0	
1500	Allgemeine Chirurgie	1	31212	Implantation und Wechsel von venösen Katheterverweilsystems	29
		2	31101	Dermatochirurg. Eingriff Kategorie A1	12
		3	31121	Eingriff an Extremitäten Kategorie C1	9
		4	31132	Eingriff an Knochen und Gelenken	7
		5	31122	Eingriff an Extremitäten Kategorie C2	7
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1	31311	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff	13
		2	31302	Gynäkologischer Eingriff, Kategorie S2	3
		3	31301	Gynäkologischer Eingriff, Kategorie S1	3
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	1	0	0	
3751	Radiologie	1	0	0	
	Anästhesie	1	0	0	

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

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)	0
Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)	0
Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)	0

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

	Abteilung	Ärztliche Leitung ja (j)/nein (n)	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl der Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung	Anzahl der Ärzte mit fakultativer Weiterbildung ¹	Anzahl der Ärzte im Praktikum	Liegt eine Weiterbildungsbefugnis vor Ja (j)/nein (n)
0100	Innere Medizin	Ja	10	6	4	0	0	Ja
1500	Allgemeine Chirurgie	Ja	11	4	7	0	0	Ja
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Ja	7	4	3	0	0	Ja
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Ja	0	0	0	0	0	Nein
3751	Radiologie	Nein	1	0	1	0	0	Nein
	Anästhesie	Nein	5	0	5	0	0	Nein
	Gesamt		34,00	14,00	20,00			

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

3

¹ Facharzt mit Zusatzbezeichnung

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil der examinierten Krankenschwestern/-pfleger (3 Jahre)	Prozentualer Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/ in (1 Jahr)	Wird Hilfspersonal eingesetzt Ja (j)/ nein (n)
0100	Innere Medizin	59	76,2	18,6	16,9	Ja
1500	Allgemeine Chirurgie	75	76	21,3	12	Ja
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	21	80,9	9,5	9,5	Ja
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	0	0	0	0	Ja
3751	Radiologie	0	0	0	0	Nein
	Anästhesie	8	87,5	62,5	12,5	Ja
	Gesamt	163,00	53	19	8	

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter des Kranken- und Pflegepersonals, die über eine zweijährige Ausbildung verfügen

67,45%

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über keine Ausbildung verfügen

0

B-2.6 Prozentualer Anteil der psychologischen Psychotherapeuten (gemessen an der Gesamtzahl, der Dipl.-Psychologen)

0

B-2.7 Wie hoch war die Stellenbesetzung im vergangenen Jahr in folgenden Bereichen?

Ärztlicher Dienst	29,08
Pflegedienst ¹	93,41
Medizinisch-Technischer Dienst	23,13
Funktionsdienst	28,50
Klinisches Hauspersonal	0
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	14,49
Technischer Dienst	3,41
Verwaltungsdienst	16,72
Sonderdienste	1,50
Sonstiges Personal	0

¹ Zum Pflegedienst werden in der Psychiatrie auch die Heilerziehungspflege und die Altenpflege gezählt.

B-2.8 Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)

Anzahl der Mitarbeiter in der Anästhesie	10
Anzahl der Mitarbeiter im OP	3
Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter im Verwaltungsdienst	0
Anzahl der Mitarbeiter in der Hygiene	1
Anzahl der Mitarbeiter für die Praxisanleitung	9
Anzahl der Stomatherapeut(en)	0
Anzahl der Diabetesfachschwester(n)	0
Anzahl der Mitarbeiter in der Ernährungsfachpflege	0
Anzahl der Qualitäts-/ Prozessberater	2
<hr/>	
Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)	
0	

B-2.9 Weitere Berufsgruppen (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)

Anzahl der Sozialarbeiter	1
Anzahl der Dipl.-Psychologen	0
<hr/>	
Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)	
0	

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

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

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht	Teilnahme an der externen Qualitätssicherung	Dokumentationsrate	
				Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie	Nein	Nein		
2	Cholezystektomie	Ja	Ja	93.04	99.61
3	Gynäkologische Operationen	Ja	Ja	97.84	97.00
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation	Ja	Ja	93.33	97.64
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Ja	Ja	100.00	100.39
6	Herzschrittmacher-Revision	Ja	Ja	85.71	83.19
7	Herztransplantation	Nein	Nein		
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	Ja	Ja	91.38	99.05
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	Ja	Ja	75.00	95.99
10	Karotis-Rekonstruktion	Nein	Nein		
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	Ja	Ja	98.04	99.53
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	Ja	Ja	50.00	98.72
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie	Nein	Nein		
14	Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	Nein	Nein		
15	Koronarchirurgie	Nein	Nein		
16	Mammachirurgie	Ja	Ja	96.88	96.02
17	Perinatalmedizin	Ja	Ja	93.74	99.31
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	Ja	Ja	98.35	99.05
19	Totalendoprothese (TEP bei Koxarthrose)	Ja	Ja	97.96	99.36
00	Gesamt			95.31	97.81

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

- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.
- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP-Qualitätssicherungsmaßnahmen teil: (eine pro Zeile)

DMP Koronare Herzkrankheiten (DMP KHK)

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

Leistung ¹	OPS der einbezogenen Leistungen ¹	Mindestmenge ¹ (pro Jahr) pro KH / pro gelistetem Operateur ²	Leistung wird im Kranken- haus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichts- jahr
				pro KH (4a)/ pro gelistetem Opera- teur (4b) ²		
1a	1b	2	3	4a	4b	5
01 Lebertransplantation		10	Nein			
02 Nierentransplantation		20	Nein			
03 Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus		5/5	Nein			
04 Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas		5/5	Nein			
05 Stammzelltransplan- tation		12+/- 2 [10-14]	Nein			
06 Implantation einer Knieendoprothese	51	50	Ja			

¹ Jeweils entsprechend der im Berichtsjahr geltenden Anlage 1 zur Vereinbarung über Mindestmengen nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V.

² Angabe jeweils bezogen auf den Arzt/ Operateur, der diese Leistung erbringt

Systemteil

D Qualitätspolitik

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

Die gesellschaftliche Entwicklung und ein sich stark veränderndes Gesundheitswesen sowie die beschränkten finanziellen Ressourcen in diesem Bereich zwingen zu Veränderung und Mitgestaltung.

Das Krankenhaus Wermelskirchen GmbH versteht sich als regionales Dienstleistungsunternehmen im Gesundheitswesen. Im Vergleich zu den Konkurrenzunternehmen in der Region bietet unser Krankenhaus gleichwertige bzw. höherwertige Leistungen an. Darunter ist die gute Qualität des medizinischen Standards ebenso zu verstehen, wie die hohe Pflegequalität während der Behandlung und eine moderne zeitgemäße Form der Unterbringung. Unser Krankenhaus übernimmt daher im Markt unterschiedlicher Leistungsanbieter eine zentrale Stellung und wird sich zukünftig im Sinne eines regionalen Gesundheitszentrums weiterentwickeln. Dazu erfolgt ein Erweiterungsbau des Krankenhauses, in dem Räume zur ambulanten Versorgung und Praxen zur Vermietung an niedergelassene Ärzte vorgehalten werden. Die Kooperation mit anderen Leistungsanbietern unter festgelegten Zielvorgaben und die Einbindung in ein einheitliches Behandlungskonzept ist für die Krankenhaus Wermelskirchen GmbH eine wichtige Voraussetzung zur Erreichung der Ziele. Die Krankenhaus Wermelskirchen GmbH will durch den weiteren Ausbau des Leistungsspektrums Zukunftssicherung betreiben und damit nachhaltig als verlässlicher regionaler Leistungserbringer und Arbeitgeber Arbeitsplätze sichern. Besonders wichtig ist uns eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit und -engagement. Die Mitarbeiterzufriedenheit erhöhen wir durch gute Kommunikation untereinander und ein modernes Fort- und Weiterbildungsangebot in und außerhalb unseres Krankenhauses. Im Krankenhaus Wermelskirchen ist ein Qualitätsmanagementsystem implementiert. Dieses bringt viele Veränderungen im Krankenhaus mit sich. Unser Unternehmen arbeitet aktiv an einer Verbesserung der Struktur-, Behandlungs- und Ergebnisqualität. Dazu gehört die moderne Ausstattung und der weitere Ausbau des Krankenhauses ebenso, wie eine permanente Prozesskorrektur zur Vereinfachung, Beschleunigung und sicheren wirtschaftlichen Steuerung von Abläufen im Krankenhaus. Besonders wichtig ist dabei die Verbesserung der Patientenpfade, die mit der geplanten „Interdisziplinäre Aufnahme-Abteilung“ zukünftig neu organisiert werden und dadurch zur Überwindung von Schnittstellenproblemen führen werden. Eine Optimierung von Behandlungsprozessen kommt unseren Patienten dadurch zu Gute, dass Wartezeiten verringert, stationäre Verweildauer gesenkt und durch die Entlastung von Krankenpflegepersonal in den Abteilungen den Pflegekräften mehr Zeit für die Versorgung der Patienten zur Verfügung steht.

Qualitätskontrollen und eine Evaluation der Behandlungsergebnisse sind unerlässlich.

Die Auswertung der Behandlungsdaten zur kontinuierlichen Verbesserung werden dazu konsequent genutzt. Nach einer Phase der Erhebung und Selbstbewertung ist die Fremdbewertung und Zertifizierung nach KTQ® für 2007 erfolgt

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus stellt sich wie folgt dar:

In der Krankenhaus Wermelskirchen GmbH ist eine klare Struktur des Qualitätsmanagement vorhanden. Die von der Krankenhausleitung festgelegten Qualitätspolitik und Qualitätsziele werden allen Mitarbeitern vorgestellt und werden bei der Planung der Projekte berücksichtigt. Ermitteltes Verbesserungspotenzial wird in Qualitätsprojekte überführt.

Die drei Ebenen der Qualitätsmanagement-Struktur bestehen aus:

- Betriebsleitung plus QMB
- interdisziplinär besetztes QM-Team
- Bewertungsgruppe

Die Mitglieder der einzelnen Ebenen sehen sich als Multiplikatoren und informieren die ihnen nachgeordneten Mitarbeiter kontinuierlich über alle QM Aktivitäten.

E-2 Qualitätsbewertung

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

Im Jahre 2006 wurden alle Prozesse des Krankenhauses im Rahmen einer Selbstbewertung erhoben und analysiert. Eine regelmäßige Qualitätsmessung wird durch Audits in allen Bereichen des Krankenhauses sichergestellt. Die Ergebnisse bilden die Grundlage des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

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

Im Berichtszeitraum wurden unterschiedliche Projekte durchgeführt. Ein Schwerpunktprojekt ist die Optimierung der Prozessabläufe zur Zertifizierung nach KTQ®.

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Ralf Schmandt
Tel.: 02196 / 98 - 352
Mail: schmandt@krankenhaus-wermelskirchen.de

Ansprechpartner (z.B. Qualitätsbeauftragter, Patientenfürsprecher, Pressereferent; Leitungskräfte verschiedener Hierarchieebenen):

Qualitätsbeauftragter: Jürgen Brückers
Tel.: 02196 / 98 - 576
Mail: brueckers@krankenhaus-wermelskirchen.de

Patientenfürsprecher: Herr Tophoven
Tel.: 02196 / 98 - 0

Sozialdienst: Frau Karpinski
Tel.: 02196 / 98 - 354

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

Homepage:
www.krankenhaus-wermelskirchen.de

H Ausstattung

H-1 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen

Innere Medizin

	Anzahl der Einbettzimmer	Mit:	Wasch-gelegenheit und WC	Dusche und WC	
				6	Mit TV und Telefon

	Anzahl der Zweibettzimmer	Mit:	Wasch-gelegenheit und WC	Dusche und WC	
				17	Mit TV und Telefon

	Anzahl der Dreibettzimmer	Mit:	Wasch-gelegenheit und WC	Dusche und WC	
				11	Mit TV und Telefon

	Anzahl der Mehrbettzimmer	Mit:	Wasch-gelegenheit und WC	Dusche und WC	
				1	Mit TV und Telefon

Allgemeine Chirurgie

	Anzahl der Einbettzimmer	Mit:	Wasch-gelegenheit und WC	Dusche und WC	
				6	Mit TV und Telefon

	Anzahl der Zweibettzimmer	Mit:	Wasch-gelegenheit und WC	Dusche und WC	
				17	Mit TV und Telefon

	Anzahl der Dreibettzimmer	Mit:	Wasch-gelegenheit und WC	Dusche und WC	
				10	Mit TV und Telefon

	Anzahl der Mehrbettzimmer	Mit:	Wasch-gelegenheit und WC	Dusche und WC	
				2	Mit TV und Telefon

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

	Anzahl der Zweibettzimmer	Mit:	Wasch-gelegenheit und WC	Dusche und WC	
				6	Mit TV und Telefon

	Anzahl der Dreibettzimmer	Mit:	Wasch-gelegenheit und WC	Dusche und WC	
				7	Mit TV und Telefon

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

	Anzahl der Zweibettzimmer	Mit:	Wasch-gelegenheit und WC	Dusche und WC	
				2	Mit TV und Telefon

H-1.2 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gibt es einen eigenen Not-Sectio-Raum

ja nein

Ist die Möglichkeit einer zentralen CTG-Überwachung vorhanden

ja nein

H-2 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

H-2.1 Für alle Fachabteilungen

	Abteilung	Notfallkoffer u. a. verfügbar
0100	Innere Medizin	Ja
1500	Allgemeine Chirurgie	Ja
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Ja
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Ja
3751	Radiologie	Nein
	Anästhesie	Nein

Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Krankenhaus Wermelskirchen GmbH

1 Patientenorientierung im Krankenhaus

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

Das Krankenhaus gewährleistet im Vorfeld der stationären Versorgung eine an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung.

Die Vorbereitungen auf die stationäre Aufnahme sind so gestaltet, dass diese sowohl für die Patienten und deren Angehörige als auch für die Abläufe in unserer Klinik planbar und nachvollziehbar sind.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

Innerhalb des Krankenhauses ist die Orientierung für Patienten und Besucher sichergestellt.

Den Patienten und den Angehörigen wird eine übersichtliche Orientierung ermöglicht. Die Stationen sind strukturiert angeordnet. Bei Fragen steht die Zentrale rund um die Uhr gerne hilfreich zur Seite.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

Die Aufnahme erfolgt koordiniert unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patienten nach Information, angemessener Betreuung und Ausstattung.

Der Aufnahmeprozess orientiert sich an den medizinischen Notwendigkeiten und berücksichtigt dabei die Patientenbedürfnisse. Verantwortlich für die Aufnahmeprozesse sind die Abteilungsleiter.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen der Notfallambulanz, (Psych.: der psychiatrischen Institutsambulanz), der Wiedereinbestellungsambulanz oder der Ermächtigungsambulanz (Uni: Spezialambulanzen) verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.

Für ambulante Patienten stellen wir durch eine entsprechende Organisation eine zeitnahe und umfassende Versorgung sicher und gewährleisten eine Integration in die Abläufe des Gesamthauses.

1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung.

1.2.1 Ersteinschätzung

Für jeden Patienten wird ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung darstellt.

Die Aufnahme der medizinischen und pflegerischen Krankengeschichte, die klinische Untersuchung, die Behandlungs- und Pflegeplanung und die Durchführung der notwendigen Maßnahmen erfolgen in Absprache mit dem Patienten nach einem standardisierten Verfahren.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

Vorbefunde werden soweit wie möglich genutzt und zwischen dem betreuenden Personal ausgetauscht.

Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen der Patienten werden vorhandene Befunde genutzt, die über das krankenhauseigene Archiv und das Krankenhausinformationssystem zur Verfügung stehen. Fremdbefunde finden entsprechende Berücksichtigung und werden bei Gegebenheit angefordert.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

Für jeden Patienten wird der umfassende Behandlungsprozess unter Benennung der Behandlungsziele festgelegt.

Durch eine gute Abstimmung zwischen der zu planenden Diagnostik und Therapie und der Durchführung notwendiger pflegerischer Maßnahmen wird die in unserem Leitbild festgeschriebene Patientenorientierung sichergestellt.

1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Der Patient wird von Beginn an in die Therapie- und Pflegeplanung mit einbezogen. Den Wunsch des Patienten zur Fortführung oder zum Abbruch einer Behandlung respektieren wir. Es werden keine Maßnahmen gegen den Willen des Patienten durchgeführt. Den Patienten bzw. den Betreuer klärt der behandelnde Arzt in Gesprächen über die Notwendigkeit aller Maßnahmen sowie die möglichen Folgen auf.

1.3 Durchführung der Patientenversorgung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten erfolgt in koordinierter Weise gemäß professioneller Standards, um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen.

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards durchgeführt.

Alle Patienten werden entsprechend den aktuellen medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Erkenntnissen behandelt. Wir orientieren uns an Leitlinien mit den geltenden Standards, die sich auf den aktuellen wissenschaftlichen Stand befinden.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Der Patientenversorgung werden Leitlinien mit, wo möglich, Evidenzbezug zugrunde gelegt.

Für die in unserem Krankenhaus am häufigsten vorkommenden Krankheitsbilder und für besondere Situationen (z.B. Notfälle im Kreißsaal) werden Leitlinien und Standards zur Anwendung gebracht. Die häufig vorkommenden Diagnosen werden regelmäßig durch den Medizincontroller ermittelt und zur Überprüfung und Aktualisierung der eigenen Leitlinien an die Chefärzte weitergeleitet.

1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

Der Patient wird in alle durchzuführenden Behandlungsschritte und Maßnahmen der Versorgung einbezogen und seine Umgebung ist patientenorientiert gestaltet.

Zur Sicherstellung der Patientenorientierung während der Behandlung werden Patienten gemäß ihrer Lebenssituation auf den Stationen untergebracht. Auf eine entsprechende Ausstattung der Räumlichkeiten, auch zur Wahrung der Intimsphäre und die Qualifikation der Mitarbeiter wird geachtet.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

Bei der Verpflegung werden die Erfordernisse, Bedürfnisse und Wünsche der Patienten berücksichtigt.

Wir legen Wert darauf, dass jeder Patient eine ihm angemessene Ernährung bekommt. Dabei werden neben medizinischen Aspekten auch kulturelle und individuelle Bedürfnisse berücksichtigt. Die Patienten haben die Möglichkeit, ihr Frühstück und Abendessen aus zahlreichen Komponenten zusammenzustellen und mittags zwischen drei Gerichten zu wählen. Wahlleistungspatienten können mittags zusätzlich aus acht weiteren Gerichten wählen. Bei der Erstellung von Diätplänen werden die Patienten von Diätberatern unterstützt.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Die Koordination der einzelnen Behandlungsschritte erfolgt im Rahmen der täglichen Visite, im Rahmen der ärztlichen Besprechungen und bei Dienstübergaben. Dabei stehen der Patientenwunsch und die medizinische und pflegerische Notwendigkeit im Mittelpunkt.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Grundlage der Ablauforganisation in der Operationsabteilung bildet das OP-Statut. Ein OP-Koordinator ist benannt und trägt gemeinsam mit den Chefärzten der operativen Abteilungen sowie der Anästhesiologie die Gesamtverantwortung.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

Die Behandlung des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

Alle am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen werden in die Behandlungsmaßnahmen zeitnah einbezogen. Das Konsilwesen ist gemäß einem festgelegten Verfahren geregelt.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

Die Visitierung des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

Die Visite wird gemeinsam vom ärztlichen Dienst und dem Pflegedienst durchgeführt. Die Planung und Durchführung der Visite erfolgt in jeder Abteilung nach einem zwischen Pflege und Ärzten ausgearbeiteten Schema. Berufsgruppenübergreifend werden Informationen patientenbezogen ausgetauscht und bearbeitet. Dies wird durch die verantwortlichen Ärzte und Pflegekräfte sichergestellt.

1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

Die kontinuierliche Weiterversorgung des Patienten in anderen Versorgungsbereichen erfolgt professionell und koordiniert gesteuert unter Integration des Patienten.

1.4.1 Entlassung und Verlegung

Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Patienten und ggf. seiner Angehörigen.

Es wird ein strukturiertes Entlassungsgespräch geführt. Dabei werden alle sozialen Rahmenbedingungen des Patienten, soweit bekannt, berücksichtigt. Mit Zustimmung des Patienten können Angehörige oder weitere Personen zum Gespräch hinzugezogen werden. Der entlassende Arzt fertigt zur Entlassung einen Kurzarztbrief an. Die verantwortliche Pflegekraft erstellt bei bestehender Notwendigkeit einen Pflegeüberleitungsbogen.

1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich (Entlassung / Verlegung u. a.)

Das Krankenhaus sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten.

Für jeden Patienten wird ein Entlass- bzw. Verlegungsbericht und ggf. ein Pflegeüberleitungsbericht erstellt. Besondere Dokumente z.B. Röntgenaufnahmen werden als Kopie mitgegeben.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

Vom Krankenhaus wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung des Patienten durch Kooperation mit den weiterbetreuenden Einrichtungen bzw. Personen sichergestellt.

Durch die Kontaktaufnahme zu nachbehandelnden Einrichtungen wird die zeitnahe Verfügbarkeit aller benötigten Unterlagen sichergestellt. Der Sozialdienst wird beratend und zur Organisation hinzugezogen.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

Durch die Personalplanung ist die kontinuierliche Bereitstellung einer angemessenen Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern gesichert.

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

Die Planung des Personalbedarfes umfasst die Bereitstellung einer angemessenen Zahl an entsprechend qualifizierten Mitarbeitern.

Der Personalbedarf wird so geplant, dass eine Patientenversorgung unter Wahrung ökonomischer Gesichtspunkte sicher gestellt ist. Die Stellenplanberechnungen werden anhand der vorliegenden Kennzahlen durchgeführt. Bei Änderung der gesetzlichen Bestimmungen (z.B. Änderung des Arbeitszeitgesetzes) wird die Anzahl der benötigten Stellen neu berechnet.

2.2 Personalentwicklung

Die Personalentwicklung des Krankenhauses orientiert sich an den Bedürfnissen des Hauses und der Mitarbeiter.

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Die systematische Personalentwicklung liegt in der Verantwortung der Abteilungsleiter. Die Zielsetzung ist die langfristige Bindung von Mitarbeitern an die Krankenhaus Wermelskirchen GmbH.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

Das Krankenhaus stellt sicher, dass Wissensstand, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter den Anforderungen der Aufgabe (Verantwortlichkeiten) entsprechen.

Alle gesetzlichen Vorschriften hinsichtlich der Qualifikation werden in allen Bereichen erfüllt. Für Mitarbeiter mit besonderen Aufgaben existieren Tätigkeitsbeschreibungen. Die organisatorische Einordnung der Stelle im Krankenhaus lässt sich aus dem Organigramm der Krankenhaus Wermelskirchen GmbH ableiten. Die Mitarbeiter sind durch gezielte Personalauswahl und durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für ihren Aufgabenkreis befähigt.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

Das Krankenhaus sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die sowohl an den Bedürfnissen der Mitarbeiter als auch des Krankenhauses ausgerichtet ist.

Die jeweiligen Abteilungsleiter sind für die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen innerhalb ihres Bereiches zuständig. Sie tragen Sorge für die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben und dafür, dass die Mitarbeiter den für die Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Kenntnisstand besitzen. Hierbei werden Wünsche und Fähigkeiten der Mitarbeiter berücksichtigt.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Durch die Überprüfung der Effizienz wird sichergestellt, dass die Mittel für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zur Erreichung der Qualitätsziele und der gesetzlichen Anforderungen eingesetzt werden.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

Für Mitarbeiter sind angemessene Fort- und Weiterbildungsmedien zeitlich uneingeschränkt verfügbar.

Eine Grundausstattung mit Fachliteratur bezogen auf den Arbeitsplatz wird über verschiedene Medien zur Verfügung gestellt, z.B. Intranet, Printmedien am Arbeitsplatz und den Bibliotheken in den Sekretariaten.

2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

Angegliederte Ausbildungsstätten leisten eine Theorie-Praxis-Vernetzung und bereiten Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung vor.

Für die Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege wird eine enge Theorie-Praxis-Vernetzung dadurch erreicht, dass die Ausbildung in der Kooperation mit dem Ev. Krankenhaus Bergisch Gladbach eng koordiniert, die Inhalte genau abgesprochen und die Einsätze auf die entsprechenden Lerneinheiten abgestimmt werden.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

Im Krankenhaus wird ein festgelegter und einheitlicher Führungsstil praktiziert, der die Bedürfnisse der Mitarbeiter berücksichtigt.

Die leitenden Mitarbeiter aller Bereiche werden in wesentlichen das Krankenhaus betreffenden Planungen mit einbezogen.
Bei speziellen Aufgabenstellungen werden entsprechend qualifizierte Mitarbeiter mit zu Rate gezogen. Beispiele: Bau der neuen Dialyse-Abteilung, Zentralsterilisation, Umgestaltung der Wahlleistungsstation.
Bei der Neubesetzung von Planstellen und der Gestaltung von Dienstplänen werden die Wünsche der Mitarbeiter berücksichtigt.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Die in unserem Hause angewandten Arbeitszeitregelungen berücksichtigen die Erfüllung des Versorgungsauftrags unter rechtlichen, medizinischen, pflegerischen und ökonomischen Gesichtspunkten.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Neue Mitarbeiter werden strukturiert eingearbeitet. Für die Einarbeitung werden den neuen Mitarbeitern langjährige Mitarbeiter (z.B. Praxisanleiter, erfahrene Assistenzärzte) zur Seite gestellt.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden.

Die Mitarbeiter werden in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess einbezogen. Die Mitarbeiterideen werden zur Qualitätsverbesserung und zur Kosteneinsparung genutzt. Verbesserungsmaßnahmen werden nach einer Erprobungsphase eingeführt.

3 Sicherheit im Krankenhaus

3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung.

3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum Arbeitsschutz angewandt, das insbesondere Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, bei Mitarbeitern, im Umgang mit Gefahrstoffen und zum Strahlenschutz berücksichtigt.

Die Arbeitsplätze für unsere Mitarbeiter sind so gestaltet, dass sie bei der Patientenversorgung vor Gefahren geschützt sind. Zur Sicherstellung finden vierteljährliche Begehungen der Krankenhausbereiche durch den Arbeitsschutz statt. Standards und Verfahrensanweisungen werden regelmäßig überprüft und aktualisiert.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Um im Brandfall zielgerichtet handeln zu können, werden unsere Mitarbeiter für den Ernstfall geschult. Dadurch wird Schaden für die Patienten, die Mitarbeiter und die Einrichtungen abgewendet.

3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz angewandt.

Im Katastrophenfall ist durch die Umsetzung eines Katastrophenschutzplanes die Sicherheit der Patienten und der Mitarbeiter gewährleistet. Das Krankenhaus gehört zum Planungsbereich Rheinisch-Bergischer-Kreis und stimmt sich mit den verantwortlichen Kreisbehörden eng ab.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Durch die Umsetzung des Notfallmanagements werden die Patienten im Notfall schnell und sicher adäquat versorgt. Die Mitarbeiter nehmen deshalb regelmäßig an Fortbildungen mit theoretischer Unterweisung und praktischen Übungen zum Notfallmanagement teil.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

Für den Patienten wird eine sichere unmittelbare Umgebung gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt.

Im Mittelpunkt steht die Schaffung einer sicheren Umgebung für unsere Patienten. Es werden frühzeitig Maßnahmen eingeleitet, die die Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung schützen.
Für Patienten, die Betreuung bedürfen, können Angehörige als Begleitperson aufgenommen werden. Bei der Behandlung von Kindern ist die Mitaufnahme von Eltern/ Bezugspersonen jederzeit möglich.

3.2 Hygiene

Im Krankenhaus wird ein systematisches, krankenhausesweit umgesetztes Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt.

3.2.1 Organisation der Hygiene

Für Belange der Hygiene ist sowohl die personelle Verantwortung als auch das Verfahren der Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen krankenhausesweit geregelt.

Die Organisation der Hygiene wird durch die Hygienefachkraft in Absprache mit dem ärztlichen Leiter und dem hygienebeauftragten Arzt gewährleistet. Die Verantwortung für die Hygieneuntersuchungen gemäß den Richtlinien des Paul-Ehrlich-Institutes, die Hygienefortbildungen der Mitarbeiter, die Hygienebegehungen und die Erstellung von Desinfektionsplänen sowie Hygienestandards übernimmt die Hygienefachkraft.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausesweit hygienerelevante Daten erfasst.

Bei Häufungen von Infektionen in den Abteilungen überprüft die Hygienefachkraft Patientenunterlagen und die vorgegebenen Arbeitsabläufe. Falls notwendig werden die Arbeitsabläufe innerhalb einer Stationssitzung mit dem Personal besprochen und gegebenenfalls findet eine theoretische und / oder praktische Schulung durch die Hygienefachkraft statt.

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Die Pläne zur Umsetzung der Hygienemaßnahmen sind nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft erstellt. Sie sind übersichtlich, strukturiert und leicht verständlich, und jederzeit einsehbar. Die Mitarbeiter sind im Umgang mit infektiösen Patienten geschult.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Die gesetzlichen Bestimmungen werden eingehalten. Die Hygienerichtlinien werden durch die Hygienefachkraft, das Gesundheitsamt der des Rheinisch-Bergischen-Kreises und das Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt durch Begehungen überprüft.

3.3 Bereitstellung von Materialien

Vom Krankenhaus werden die für die Patientenversorgung benötigten Materialien auch unter Beachtung ökologischer Aspekte bereitgestellt.

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.

Die Bereitstellung von Blut- und Blutprodukten, Arzneimitteln und Medizinprodukten ist jederzeit gewährleistet. Es besteht eine vertragliche Kooperation mit der Klinikum Solingen gGmbH, welche die Belieferung mit Arzneimitteln regelt.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Unsere Patienten werden immer mit den notwendigen Arzneimitteln versorgt. Die Bestellung der Medikamente erfolgt unter ökologischen Aspekten. Beim Umgang mit Medikamenten werden gesetzliche Bestimmungen eingehalten (Arzneimittelgesetz). Die sachgerechte Lagerung der Medikamente wird regelmäßig durch einen externen Apotheker überprüft.

3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Blut und Blutprodukten.

Die Blut- und Blutprodukte werden nach einem geregelten Verfahren angewandt. Zuständig sind der Transfusionsverantwortliche, der Transfusionsbeauftragte, das Labor und die behandelnden Ärzte. Die Möglichkeit der Eigenblutspende ist über unsere Anästhesieabteilung sichergestellt. Die Transfusionsverantwortliche informiert aktuell über Änderungen der Bestimmungen und Gesetze.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Die Anwendung und Aufbereitung von Medizinprodukten werden nach einem geregelten Verfahren durchgeführt und berücksichtigen die gesetzlichen Vorgaben. Das Krankenhaus hat dafür einen spezialisierten externen Dienstleister beauftragt.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Bei der Bereitstellung und Entsorgung von Materialien werden ökologische Aspekte berücksichtigt. Zum Beispiel werden die Abfälle nach Abfallverzeichnis-Verordnung zugeordnet und gesammelt. Wertstoffe wie Glas, Pappe und Kunststoff werden dem Recycling zugeführt.

4 Informationswesen

4.1 Umgang mit Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die Erfassung, Dokumentation und Verfügbarkeit von Patientendaten sicherstellt.

4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Eine hausinterne Regelung zur Führung und Dokumentation von Patientendaten liegt vor und findet Berücksichtigung.

Es wird zeitnah, vollständig und nachvollziehbar in allen patientenrelevanten Bereichen dokumentiert. Die Archivierung der stationären Patientenakten erfolgt zentral, vollständig und für Befugte jederzeit zugänglich. Die Archivierung der ambulanten Patientenakten erfolgt dezentral in den Fachabteilungen. Die Akten sind nur für Befugte zugänglich.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

Vom Krankenhaus wird eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Patientendaten gewährleistet.

Ungewollte Mehrfachdokumentationen werden dadurch vermieden, dass jede Patientenbehandlung eine eindeutige Nummer hat. Alle relevanten Maßnahmen der Patientenversorgung werden zeitnah und vollständig dokumentiert. Alle Einzeldokumente werden in der Krankenakte zusammengeführt.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren, um den zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientendokumentation zu gewährleisten.

Berechtigte Personen, die mit der unmittelbaren Pflege und Therapie des Patienten betraut sind, haben uneingeschränkten Zugang zum Archiv. Akten von Aufenthalten, die länger als acht Jahre zurückliegen, sind verfilmt und werden auf Anforderung reproduziert. EDV-erfasste Daten sind von jedem EDV-Arbeitsplatz für berechtigte Personen einsehbar.

4.2 Informationsweiterleitung

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die adäquate Weiterleitung von Informationen gewährleistet.

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Krankenhausbereichen.

Einmal monatlich wird die Hausvorstandssitzung mit einer Tagesordnung einberufen. Das Ergebnis wird schriftlich festgehalten und den Teilnehmern ausgehändigt. Die Stationsleitungssitzungen werden ebenfalls einmal monatlich schriftlich unter Nennung der Tagesordnung einberufen. Das Ergebnisprotokoll ist allen Mitarbeitern im Intranet zugänglich.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

Zentrale Auskunftsstellen im Krankenhaus werden mit Hilfe einer geregelten Informationsweiterleitung kontinuierlich auf einem aktuellen Informationsstand gehalten.

Als zentrale Auskunftsstellen stehen der Empfang/Telefonzentrale und die Vorzimmer der Chefarzte zur Verfügung. Die Telefonzentrale ist über 24 Stunden an allen Tagen des Jahres besetzt. Die Sekretariate sind an den Werktagen in der Zeit von 07:30 Uhr bis 16:30 Uhr erreichbar.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Durch regelmäßige Pressegespräche wird die positive Darstellung der Krankenhaus Wermelskirchen GmbH in der Öffentlichkeit unterstützt. So werden große bauliche Maßnahmen, medizinisch-technischen Neuerungen und gesundheitsaufklärende Informationsveranstaltungen rechtzeitig der Öffentlichkeit mitgeteilt. Das Krankenhaus beteiligt sich an öffentlichen Veranstaltungen und führt Informationsveranstaltungen durch.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt.

Der gesetzlichen Datenschutz wird eingehalten und die verantwortlichen Mitarbeiter entsprechend eingewiesen. Ein Datenschutzbeauftragter ist bestellt.

4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

Im Rahmen der Patientenversorgung wird Informationstechnologie eingesetzt, um die Effektivität und Effizienz zu erhöhen.

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

Die Voraussetzung für eine umfassende und effektive Nutzung der unterstützenden Informationstechnologie wurde geschaffen.

Alle EDV-Schulungen erfolgen grundsätzlich bei Neueinführung eines Systems für zukünftige Nutzer.
Neue Mitarbeiter werden bei der Einstellung zeitnah in die relevanten Systeme eingewiesen.

5 Krankenhausführung

5.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

Mit unserem Leitbild wird den Mitarbeitern eine Orientierungshilfe für ihr tägliches berufliches Handeln gegeben. Verantwortlich für die Entwicklung und Weiterentwicklung des Leitbildes ist die Betriebsleitung. Eine Weiterentwicklung und Überprüfung des Leitbildes findet in dreijährigen Abständen statt.

5.2 Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und steuert die Umsetzung der festgelegten Ziele.

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen.

Für das Krankenhaus gibt es eine Gesamtzielplanung, welche die Wirtschaftlichkeit der Krankenhaus Wermelskirchen GmbH sicherstellt und die notwendigen Weiterentwicklung und die Zufriedenheit der Patienten und Kunden berücksichtigt.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die aktuelle Organisationsstruktur des Krankenhauses ist festgelegt unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.

Die Organisationsstruktur des Krankenhauses ist in einem Organigramm abgebildet. Verantwortlich für die Organisationsstruktur ist der Geschäftsführer. Im Rahmen des Qualitätsmanagement wurde 2005 Projektmanagement eingeführt. Nach den Regelungen des Projektmanagements werden Projektgruppen themenbezogen eingesetzt.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Die Krankenhausleitung entwickelt einen Finanz- und Investitionsplan und übernimmt die Verantwortung für dessen Umsetzung.

Die Budgetverantwortung liegt bei der Krankenhausleitung, die auf der Grundlage der zu erwartenden Erlöse und Fördermittel die Finanz- und Investitionsplanung vornimmt. Das geplante Leistungsspektrum wird unter Berücksichtigung der zu erwartenden Personal- und Sachkosten festgelegt. Das Rechnungswesen berichtet monatlich zu den Punkten Belegung, Monatsabschlüsse und weitere Kennzahlen.

5.3 Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung

Das Krankenhaus wird effektiv und effizient geführt mit dem Ziel der Sicherstellung der Patientenversorgung.

5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Das zentrale innerbetriebliche Leitungsgremium ist die Betriebsleitung, bestehend aus dem Geschäftsführer, der Pflegedienstleitung und dem Ärztlichen Direktor. In weiteren innerbetrieblichen Gremien ist entweder die gesamte Betriebsleitung (z.B. Hausvorstand, Hygienekommission) oder eine Person aus der Betriebsleitung vertreten (z.B. Stationsleitungssitzung).

5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Die Instrumente zur Sicherstellung einer effektiven Krankenhausführung sind durch die GmbH-Satzung gegeben. Gemäß dieser Satzung bilden der Geschäftsführer, die Pflegedienstleitung und der ärztliche Direktor die Betriebsleitung. Sie tagt wöchentlich zum festgelegten Termin. Zum Hausvorstand zählen alle Chefärzte des Krankenhauses, die Betriebsleitung und der Betriebsrat. Die Hausvorstandssitzungen werden einmal monatlich durchgeführt.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

Die Krankenhausleitung wird regelmäßig über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus informiert und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen.

Die Geschäftsführung wird regelmäßig über die Belegung und Auslastung des Krankenhauses informiert. Darüber hinaus erstellt das Controlling monatlich eine Leistungsstatistik, aus der die Leistungszahlen ersichtlich sind. Über die von der Zielplanung abweichenden Ereignisse, Abläufe oder Kennzahlen werden die Mitarbeiter zeitnah informiert.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

Die Krankenhausführung fördert durch geeignete Maßnahmen das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt gegenüber allen Mitarbeitern.

Die Führungsgrundsätze sind im Leitbild und im GmbH-Vertrag festgeschrieben. Regelungen zu vertrauensfördernden Maßnahmen werden individuell gestaltet. Durch individuelle vertrauensfördernde Maßnahmen soll die Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern und der Krankenhausleitung gefördert werden.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

Rechte und Ansprüche von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen werden krankenhausesweit respektiert und berücksichtigt.

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Eine Verfahrensweisung zur Durchführung eines Ethikonsils unter Federführung des Krankenhausseelsorgers ist erstellt. Bei Gegebenheit werden ethische Problemstellungen einmal wöchentlich in der Betriebsleitungssitzung erörtert und in der monatlich stattfindenden Hausvorstandssitzung besprochen. Hier werden Vorgehensweisen festgelegt oder zur ethischen Fallbesprechung weitergeleitet.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

Im Krankenhaus werden Bedürfnisse sterbender Patienten und ihrer Angehörigen systematisch berücksichtigt.

Soweit es von Patienten und Angehörigen gewünscht wird, werden die Ärzte und Pflegenden durch Geistliche und Mitglieder des Hospizvereins unterstützt. Sterbende Menschen werden die Würde während untergebracht. Den Angehörigen wird ermöglicht, so lange und so oft sie es wünschen, die sterbenden Menschen zu besuchen. Ein Verbleiben der Angehörigen über Nacht wird immer ermöglicht, die Verpflegung der Angehörigen wird übernommen.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

Im Krankenhaus gibt es Regelungen zum adäquaten Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen.

Die Mitarbeiter kennen die Regelungen und gehen pietätvoll mit Verstorbenen um. Sie trösten und helfen Angehörigen und Eltern von tot- und fehlgeborenen Kindern.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung stellt sicher, dass alle Krankenhausbereiche in die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements eingebunden sind.

6.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

Auf Veranlassung der Geschäftsführung und Betriebsleitung ist in der Krankenhaus Wermelskirchen GmbH ein Qualitätsmanagementsystem berufsgruppenübergreifend in allen Abteilungen eingeführt. Die Abläufe sind in einem entsprechenden Qualitätshandbuch dokumentiert.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

Das Krankenhaus entwickelt, vermittelt und setzt Maßnahmen zur Erreichung von Qualitätszielen um.

Die Qualitätsziele orientieren sich an der Qualitätspolitik. Die übergeordneten Qualitätsziele werden von der mittleren Führungsebene unter Beteiligung der Mitarbeiter eigenverantwortlich umgesetzt.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Unter der Leitung des Qualitätsmanagementbeauftragten arbeiten ein interdisziplinäres Qualitätsmanagement-Team und eine Bewertungsgruppe. Jährlich wird eine Meilensteinplanung erarbeitet und durch die Betriebsleitung freigegeben.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

Im Krankenhaus werden regelmäßig und systematisch Methoden der internen Qualitätssicherung angewandt.

Durch Audits werden die relevanten Prozesse analysiert und kontinuierlich verbessert. Eine weitere Methode zur internen Qualitätssicherung ist das Vorgehen nach festgelegten Behandlungs- und Therapieleitlinien.

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben, analysiert und zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Über die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung hinaus werden qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und analysiert.

Die Stabsstelle des Medizincontrollers ist besetzt. Die entsprechende Software und die notwendige Struktur werden bereitgestellt. Die Erhebung der Daten findet auf unterschiedlichen Ebenen statt. Eine Rückmeldung zur Analyse erfolgt systematisch. Die Daten der externen Qualitätssicherung gehen über den Medizincontroller den Chefärzten der Abteilungen zu.

6.3.2 Nutzung von Befragungen

Regelmäßig durchgeführte Patienten- und Mitarbeiterbefragungen sowie Befragungen niedergelassener Ärzte werden als Instrument zur Erfassung von Patienten- und Mitarbeiterbedürfnissen und zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt.

Das Krankenhaus nimmt an extern organisierten Mitarbeiterbefragungen teil. Die Mitarbeiter des Krankenhauses werden vor Durchführung der Befragungen umfassend informiert. Darüber hinaus wird die Patientenzufriedenheit über einen Rückmeldebogen aus der Patienteninformationsbroschüre erfasst. Die Patientenbroschüre wird den Patienten bei der Aufnahme ausgehändigt.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Beschwerden der Patienten können über einen Patientenrückmeldebogen in schriftlicher Form und/ oder persönlich eingereicht werden. Alle Mitarbeiter sind angehalten, Beschwerden entgegenzunehmen und weiterzuleiten. Die Stelle des Patientenführsprechers ist besetzt.

6.4 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Die Daten der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V werden systematisch erhoben und die Auswertungen zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.4.1 Beteiligung an der externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus beteiligt sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung.

Das Krankenhaus gewährleistet die Einhaltung der gesetzlichen Regularien und Vorgaben der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung. Die Zuständigkeit wurde der Stabsstelle Medizin-Controlling übertragen.

6.4.2 Umgang mit den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus analysiert systematisch die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung und legt ggf. notwendige Konsequenzen fest.

Die Stabsstelle Medizin-Controlling stellt die externen Daten der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung den einzelnen Fachabteilungsleitern und der Geschäftsführung in einer Zusammenfassung der notwendigen Handlungsschritte zur Verfügung. Er beantwortet und überprüft den strukturierten Dialog.