

EVANGELISCHES KRANKENHAUS
SCHWERTE GMBH



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: Evangelisches Krankenhaus Schwerte

Institutionskennzeichen: 260591528

Anschrift: Schützenstr.9
58239 Schwerte

Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2005-0028 K

durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle: DIOMEDES Cert GmbH

Datum der Ausstellung: 12.04.2005

Gültigkeitsdauer: 11.04.2008

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Vorwort der KTQ® | 3 |
| Vorwort des Ev. Krankenhauses Schwerte | 5 |
| Basisteil | 8 |
| A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses | 8 |
| B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses | 14 |
| 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 | 31 |
| F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum | 32 |
| G Weitergehende Informationen | 32 |
| H Ausstattung | 33 |
| Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Evangelisches Krankenhaus Schwerte | 35 |
| 1 Patientenorientierung in der Krankenversorgung | 35 |
| 2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung | 41 |
| 3 Sicherheit im Krankenhaus | 45 |
| 4 Informationswesen | 50 |
| 5 Krankenhausführung | 53 |
| 6 Qualitätsmanagement | 57 |

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. 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 **70 Kriterien des KTQ-Kataloges** ein Abstrakt dokumentiert.

Wir freuen uns, dass das Evangelische Krankenhaus Schwerte 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.

Prof. Dr. F.-W. Kolkmann
Für die Bundesärztekammer

Dr. H. D. Scheinert
Für die Spitzen-
verbände der Krankenkassen

Dr. M. Walger
Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller
Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort des Ev. Krankenhauses Schwerte

Seit seiner Gründung im Jahre 1869 und in den später geschaffenen Einrichtungen der Evangelisches Krankenhaus Schwerte GmbH finden wir einen besonderen Geist der tätigen Liebe, der sich in unserer Motivation zeigt und mit dem wir den aktuellen Herausforderungen immer wieder begegnen. Dieser Aspekte spiegelt sich im nachfolgenden Prophetenwort wider, das auch den Ausgangspunkt des Leitbildes unserer Einrichtungen bildet.

„Es ist Dir gesagt, Mensch, was gut ist und was Gott bei Dir sucht: Nichts anderes als Gerechtigkeit tun, Freundlichkeit lieben und aufmerksam mit Deinem Gott.“
(Micha 6,8)



Die evangelische Kirchengemeinde Schwerte und der Diakonie Mark-Ruhr e.V. als heutige Träger des Krankenhauses und seiner Einrichtungen erwarten von ihren Mitarbeitern, dass sie diesen Geist als Grundlage ihres Handelns annehmen.



Zur Evangelisches Krankenhaus Schwerte GmbH gehören neben einem Krankenhaus der Grundversorgung auch verschiedene Alten- und Pflegeeinrichtungen. Das Krankenhaus verfügt über 161 Betten, die sich in folgende Fach- und Belegabteilungen gliedern:

Innere Medizin

Das Leistungsspektrum der Internistischen Abteilung – seit 1994 auch kooperierende Klinik für Innere Medizin der Universität Witten/Herdecke - umfasst die Behandlung aller Erkrankungen aus dem Spektrum der Inneren Medizin wie z.B. Gastroenterologie/Hepatologie, Kardiologie/Angiologie und Pulmologie/Allergologie sowie angrenzende Fachbereiche wie z.B. Neurologie. Die Abteilung verfügt über 70 Patientenbetten.

Chirurgie

Die Chirurgische Klinik – ebenfalls kooperierende Klinik der Universität Witten/Herdecke – gehört zu den ersten Kliniken weltweit, die Bauchoperationen in der Schlüsselloch-Technik (laparoskopische, minimal-invasive Operationen) durchführte. Mit Hilfe dieser Technik werden heute die Erkrankungen der Gallenblase, des Blinddarms, Verwachsungen, Bauchwandbrüche und andere gut -und bösartige Erkrankungen des Magens und Darmes behandelt. Neben diesen visceralchirurgischen Operationen umfasst das Leistungsspektrum allgemeinchirurgische Operationen sowie die Behandlung orthopädischer und traumatologischer (Gelenkendoprotetik). Im Gebiet der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie wurden eigene Operationsverfahren und Implantate entwickelt (Drahtseile, der Knochenstabilator „EndoHelix“ und elastische Rippenklammern), die den führenden Ruf der Klinik begründen.

Plastische Chirurgie und Handchirurgie

Die Abteilung für Plastische Chirurgie und Handchirurgie wurde im Jahre 1984 gegründet. Sie bietet das gesamte Spektrum der Plastischen Chirurgie wie z.B. rekonstruktive Chirurgie, korrigierende Chirurgie, ästhetische Chirurgie, und Handchirurgie an, mit Ausnahme der Versorgung Schwerstbrandverletzter. Dabei beschäftigt sie sich mit der Wiederherstellung und Verbesserung der Körperform und der sichtbar gestörten Körperfunktionen durch funktionswiederherstellende oder –verbessernden plastisch-operativen Eingriffen.



Anästhesie und Intensivmedizin

Die Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin besteht seit 1976 als eigenständige Abteilung des Krankenhauses. Sie betreut die Patienten der Allgemeinchirurgie, der Plastischen Chirurgie, der Gynäkologie und Urologie. Einer ihrer Schwerpunkte besteht in der Aufgabe, dem Patienten während des operativen Eingriffs Schmerzfreiheit zu garantieren. In den Ambulanzen werden Patienten mit chronischen Schmerzzuständen versorgt. Angewandte Therapieverfahren sind z.B. Regionalanästhesieverfahren, medikamentöse Einstellungen, übende Entspannungsverfahren, Akupunktur, Moxibustion und chinesische Kräutertherapie.

Belegabteilungen Gynäkologie und Urologie

Mit Hilfe modernster Diagnostik- und Therapieverfahren wird ein großer Teil des Spektrums der Frauenheilkunde fachlich abgedeckt. Ein besonderer Schwerpunkt liegt im Bereich des endoskopischen Operierens (minimal-invasive Chirurgie). In der urologischen Belegabteilung können Patienten ortsnah behandelt und betreut werden. Es besteht eine intensive fachliche Zusammenarbeit mit der Urologischen Klinik der Städtischen Kliniken Dortmund. Patienten, die eine Behandlung benötigen, die über eine urologische Grundversorgung hinausgeht, werden dorthin überwiesen.

Qualitätsmanagement

Der Evangelische Krankenhausverband Münster unterstützte die Implementierung eines Qualitätsmanagement-Systems bereits im Jahr 1998. Es handelte sich dabei um ein Modellprojekt, in dem die Verbesserung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie das Image des Krankenhauses im Mittelpunkt standen. In den folgenden Jahren wurde dieses Management-System zu einem umfassenden Qualitätsmanagement ausgebaut. Ziel ist es, die Qualität



der Dienstleistungen sowohl für Patienten als auch Mitarbeiter dauerhaft zu sichern und stetig zu verbessern. Seit der Einführung des Qualitätsmanagement-Systems wurden zahlreiche Qualitätsverbesserungsmaßnahmen herausgearbeitet und mithilfe einer breiten Mitarbeiterbeteiligung krankenhausesweit umgesetzt.

Die Strukturdaten des Evangelisches Krankenhaus Schwerte

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

- A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses (Anschrift, E-Mail, Internetadresse)
Schützenstr.9
58239 Schwerte
-
- A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?
260591528
-
- A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?
Evangelische Kirchengemeinde Schwerte
-
- 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. Apparategemeinschaften)
 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)

161

A-1.5.1 Anzahl der Betten für den Maßregelvollzug¹

0

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

| | |
|------------------------|-------|
| Stationäre Patienten: | 5.080 |
| Ambulante Patienten: | 9.500 |
| Davon Privatpatienten: | 2.478 |

.A-1.7 A Fachabteilungen

| Schlüssel 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 | | 70 | | ha | Ja | Ja |
| 1500 | Allgemeine Chirurgie | | 60 | | ha | Ja | Ja |
| 1900 | Plastische Chirurgie | | 20 | | ha | Ja | Ja |
| 2200 | Urologie | | 3 | | ba | | |
| 2400 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe | | 8 | | ba | | |
| | Anästhesie | nb | | | | Ja | |

* 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 | I16 | Eingriffe am Schultergelenk | 263 |
| 2 | E63 | Schlafbezogene Atemstörung | 260 |
| 3 | I26 | Eingriffe am Handgelenk | 161 |
| 4 | I18 | Eingriffe am Kniegelenk | 140 |
| 5 | B05 | Eingriffe an Hand bei Nerveneinklemmung | 128 |
| 6 | K06 | Eingriffe an der Schilddrüse | 111 |
| 7 | V60 | Alkoholvergiftung und Entzugerscheinungen | 104 |
| 8 | I23 | Metallentfernung | 91 |
| 9 | G09 | Eingriffe bei Leisten- und Schenkelbruch | 75 |
| 10 | N10 | Diagnostische Ausschabung und Gebärmutter Spiegelung | 72 |
| 11 | F62 | Herzmuskelschwäche und Schock mit äußerst schweren Komplikationen | 68 |
| 12 | E65 | Chronisch-Obstruktive Atemwegserkrankung | 66 |
| 13 | E62 | Infektion und Entzündung der Atmungsorgane | 57 |
| 14 | G67 | Speiseröhren- und Magenentzündung | 56 |
| 15 | N07 | Eingriffe an der Gebärmutter, Eileitern und Eierstöcken | 54 |
| 16 | G11 | Eingriffe an Anus und Darmverbindungen | 53 |
| 17 | B80 | Kopfverletzungen | 52 |
| 18 | F62 | Herzmuskelschwäche und Schock | 52 |
| 19 | H04 | Entfernung der Gallenblase | 50 |
| 20 | N04 | Gebärmutterentfernung außer bei bösartiger Neubildung | 50 |
| 21 | I28 | Eingriffe am Bindegewebe | 49 |
| 22 | I13 | Eingriffe an Oberarmknochen, Schienbein und Wadenbein | 48 |
| 23 | G44 | Andere Darm Spiegelungen bei schweren oder äußerst schwerem Komplikationen | 46 |
| 24 | F67 | Bluthochdruck mit Komplikationen | 45 |
| 25 | J08 | Andere Hauttransplantation und/oder Wundbehandlung | 44 |
| 26 | I20 | Eingriffe am Fuß | 43 |
| 27 | G45 | Andere Magenspiegelungen | 42 |
| 28 | I22 | Große Eingriffe an Handgelenk, Hand und Daumen | 42 |
| 29 | F71 | Nicht schwere Herzrhythmusstörung | 37 |
| 30 | I68 | Nicht operativ behandelte Erkrankung und Verletzung | 37 |

A-1.8 Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen? (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Handchirurgisch/Plastisch-Chirurgische Versorgung von Handverletzungen,
Arthroskopische Schulter- und Knieoperationen, Schlaflabor

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung

ja nein

A-1.9 Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Ambulante Operationen, Physikalische Therapie, Akupunktur,
anästhesiologische Schmerzambulanz

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

Chirurgie, Plastische Chirurgie

Besteht die Zulassung zum Verletzungsartenverfahren der Berufsgenossenschaft

ja nein

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

| | Vorhanden | Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt | Apparate-gemeinschaft |
|--------------------------------|-----------|---|-----------------------|
| Computertomographie | Nein | Nein | |
| Magnetresonanztomographie | Nein | Nein | |
| Herzkatheterlabor | Nein | Nein | |
| Szintigraphie | Nein | Nein | |
| Positronenemissionstomographie | Nein | Nein | |
| Elektronenzephalogramm | Nein | Nein | |
| Angiographie | Nein | Nein | |
| Schlaflabor | Ja | Ja | |
| Kernspin | Nein | Nein | |
| Sonographie | Ja | Ja | |
| Röntgen | Ja | Ja | |
| Broncho-/Endoskopie | Ja | Ja | |
| Echoskopie/TEE | Ja | Ja | |
| Mikrobiologie | Nein | Nein | |

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

| | Vorhanden | Apparatege-meinschaft |
|------------------------------|-----------|-----------------------|
| Physiotherapie | Ja | |
| Bewegungsbad | Nein | |
| Balneophysikalische-Therapie | Nein | |
| Dialyse | Nein | |
| Logopädie | Nein | |
| Ergotherapie | Nein | |
| Schmerztherapie | Ja | |
| Eigenblutspende | Nein | |
| Gruppenpsychotherapie | Nein | |
| Einzelpsychotherapie | Nein | |
| Psychoedukation | Nein | |
| Thrombolyse | Ja | |
| 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

Allgemeine Innere Medizin

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Erkrankungen des Verdauungssystems, Herzerkrankungen, Lungenheilkunde

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Schlaflabor

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 | Schlafbezogene Atemstörung | 260 |
| 2 | V60 | Alkoholvergiftung und Entzug | 101 |
| 3 | F62 | Herzmuskelschwäche und Schock mit äußerst schweren Komplikationen | 67 |
| 4 | E65 | Chronisch obstruktive Atemwegserkrankung | 66 |
| 5 | E62 | Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane | 57 |
| 6 | F62 | Herzmuskelschwäche und Schock | 52 |
| 7 | F67 | Bluthochdruck mit Komplikationen | 45 |
| 8 | G45 | Magenspiegelung | 42 |
| 9 | G44 | Darmspiegelung | 40 |
| 10 | F71 | Nicht schwere Herzrhythmusstörung | 36 |

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 | 260 | Schlafbezogene Atemstörung |
| 2 | I10 | 65 | Bluthochdruck |
| 3 | F10 | 54 | Psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Vergiftung |
| 4 | I50 | 52 | Herzmuskelschwäche links |
| 5 | I50 | 52 | Herzmuskelschwäche |
| 6 | J44 | 48 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der untern Atemwege |
| 7 | I48 | 43 | Vorhofflattern und Vorhofflimmern |
| 8 | J18 | 42 | Lungenentzündung |
| 9 | N39 | 30 | Harnwegsinfektion |
| 10 | A09 | 29 | Durchfall und Magendarmentzündung infektiösen Ursprungs |

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 | 1710 | 476 | Lungenfunktionsprüfung |
| 2 | 1632 | 309 | Diagnostische Magen- und Speiseröhrenspiegelung |
| 3 | 1790 | 298 | Untersuchung im Schlaflabor |
| 4 | 8930 | 198 | Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung |
| 5 | 1650 | 151 | Diagnostische Darmspiegelung bis Blinddarm |
| 6 | 1620 | 141 | Diagnostische Luftröhren- und Bronchienspiegelung |
| 7 | 1440 | 86 | Spiegelung und Gewebeentnahme am oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Bauchspeicheldrüse |
| 8 | 8831 | 54 | Legen, Wechsel und Entfernung eines Katheters in zentralvenöse Gefäße |
| 9 | 3200 | 50 | Computertomographie des Schädels |
| 10 | 1650 | 39 | Diagnostische Teildarmspiegelung |

B-1.1 **Allgemeine Chirurgie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Operationen am Verdauungstrakt, Unfallchirurgie, Gallenblasenentfernung, Proktologie

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Schulterchirurgie

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

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 | I16 | Eingriffe am Schultergelenk | 263 |
| 2 | I18 | Eingriffe am Kniegelenk | 140 |
| 3 | K06 | Eingriffe an der Schilddrüse | 111 |
| 4 | G09 | Eingriffe an Leisten- und Schenkelbruch | 75 |
| 5 | I23 | Metallentfernung | 70 |
| 6 | G11 | Eingriffe an Anus und Darmverbindungen | 53 |
| 7 | B80 | Kopfverletzungen | 49 |
| 8 | I13 | Eingriffe an Oberarmknochen, Schienbein und Wadenbein | 48 |
| 9 | H04 | Gallenblasenentfernung | 48 |
| 10 | I20 | Eingriffe am Fuß | 41 |

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 | M75 | 126 | Impingement-Syndrom der Schulter |
| 2 | E04 | 80 | Nichttoxische mehrknotige Schilddrüse |
| 3 | M75 | 72 | Verletzung der Rotatorenmanschette der Schulter |
| 4 | K40 | 57 | Leistenbruch |
| 5 | M17 | 56 | Arthrose des Kniegelenkes |
| 6 | K80 | 41 | Gallenbasenstein mit Entzündung der Gallenblase |
| 7 | Z47 | 33 | Entfernung einer Metallplatte oder einer anderen inneren Fixiervorrichtung |
| 8 | S06 | 32 | Gehirnerschütterung |
| 9 | M19 | 30 | Primäre Arthrose Schulterregion |
| 10 | S82 | 23 | Fraktur des Außenknöchels |

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 | 5814 | 222 | Wiederherstellung am Kapselbandapparat des Schultergelenkes durch Gelenkspiegelung |
| 2 | 5819 | 140 | Andere Operationen durch Gelenkspiegelung |
| 3 | 1697 | 130 | Diagnostische Gelenkspiegelung an der Schulter |
| 4 | 5811 | 86 | Operationen durch Gelenkspiegelung an der Gelenkkapsel |
| 5 | 8831 | 85 | Legen und Wechsel und Entfernung eines Katheters in zentralvenöse Gefäße |
| 6 | 5812 | 76 | Operationen am Gelenkknorpel durch Gelenkspiegelung |
| 7 | 5812 | 67 | Operation am Gelenkknorpel und an Menisken durch Gelenkspiegelung |
| 8 | 5062 | 57 | Teilentfernung der Schilddrüse |
| 9 | 5511 | 54 | Entfernung der Gallenblase durch Bauchspiegelung |
| 10 | 5530 | 50 | Operation eines Leistenbruches durch Bauchspiegelung |

B-1.1 **Plastische Chirurgie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Handchirurgie, Plastische Chirurgie

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

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 | I26 | Eingriffe an Handgelenk und Hand | 164 |
| 2 | B05 | Eingriffe an Hand bei Nerveneinklemmung | 128 |
| 3 | I22 | Große Eingriffe an Handgelenk und Hand | 42 |
| 4 | J08 | Andere Hauttransplantationen/ Wundbehandlung | 42 |
| 5 | I28 | Andere Eingriffe am Bindegewebe bei Komplikationen | 36 |
| 6 | B71 | Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven | 26 |
| 7 | I28 | Eingriffe am Bindegewebe | 26 |
| 8 | X05 | Eingriffe bei Verletzungen an der Hand | 23 |
| 9 | I23 | Lokale Ausschneidung von Gewebeteilen und Metallentfernung | 22 |
| 10 | J11 | Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Brustdrüse | 20 |

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 | G56 | 130 | Nerveneinklemmung der Hand |
| 2 | M72 | 73 | Bindegewebevermehrung der Holhand (Beugekontraktur der Finger) |
| 3 | M65 | 36 | Chronisch entzündliche Veränderung der Sehnenscheidenringbänder am Handgelenk |
| 4 | M89 | 31 | Nerventrübungen der Hand (Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen) |
| 5 | C44 | 26 | Sonstige bösartige Neubildungen: Haut und bezeichneter Teile des Gesichtes |
| 6 | M18 | 23 | Sonstige Fingerarthrose |
| 7 | S68 | 21 | Amputation eines Fingers durch Unfall |
| 8 | R02 | 15 | Gewebe-veränderung |
| 9 | L03 | 15 | Entzündung des Bindegewebes an der oberen Extremität |
| 10 | L03 | 13 | Entzündung des Bindegewebes an Fingern |

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 | 5056 | 129 | Spaltung eines Nerven |
| 2 | 5842 | 34 | Operationen der Hohlhand und Finger |
| 3 | 5900 | 34 | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität |
| 4 | 5841 | 29 | Operationen an Bändern und Sehnen |
| 5 | 5893 | 27 | Chirurgische Wundtoilette |
| 6 | 5863 | 23 | Amputation eines Fingers |
| 7 | 5840 | 22 | Operation an Sehnen der Hand |
| 8 | 5892 | 18 | Andere Eingriffe an Haut und Unterhaut der Hand |
| 9 | 5044 | 17 | Naht eines Nerven |
| 10 | 5894 | 17 | Eingriffe an der Kopfhaut |

B-1.1 Urologie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Vorhautverengungen, Sterilisation, Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

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 | M05 | Beschneidung | 30 |
| 2 | M63 | Sterilisation beim Mann | 18 |
| 3 | M64 | Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane | 12 |
| 4 | Z64 | Andere Faktoren die den Gesundheitszustand beeinflussen | 9 |
| 5 | L07 | Eingriffe durch die Harnröhre | 6 |
| 6 | M62 | Infektion und Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane | 5 |
| 7 | M04 | Eingriffe am Hoden ohne Komplikationen | 2 |
| 8 | L67 | Andere Krankheiten der Harnorgane ohne äußerst schwere Komplikationen | 1 |
| 9 | L64 | Harnsteine und Harnwegsobstruktion | 1 |
| 10 | | | |

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 | N47 | 29 | Vorhautverengung |
| 2 | Z30 | 17 | Sterilisierung |
| 3 | N46 | 12 | Unfruchtbarkeit beim Mann |
| 4 | Z30 | 10 | Allgemeine Beratung zu Fragen der Empfängnisverhütung |
| 5 | N45 | 5 | Entzündung eines Hodens und operative Entfernung des Hodens |
| 6 | C67 | 4 | Bösartige Neubildung der Harnblase |
| 7 | D41 | 2 | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens an der Harnblase |
| 8 | N48 | 1 | Entzündung der Eichel |
| 9 | N50 | 1 | Gefäßkrankheiten der männlichen Genitalorgane |
| 10 | N82 | 1 | Sonstige Fisteln zwischen weiblichen Harn- und Genitaltrakt |

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 | 5636 | 44 | Eingriff am Samenleiter zu Zwecken der Sterilisation |
| 2 | 5640 | 27 | Eingriff bei Vorhautverengung |
| 3 | 5640 | 22 | Beschneidung |
| 4 | 5640 | 19 | Andere Beschneidung |
| 5 | 8133 | 9 | Wechsel und Entfernung eines Blasenkatheters |
| 6 | 1652 | 9 | Diagnostische Spiegelung des Darms |
| 7 | 5573 | 6 | Operationen an der Harnblase |
| 8 | 5580 | 5 | Operation an der Harnröhre zur künstlichen Harnableitung |
| 9 | 8136 | 1 | Einlegen, Wechsel und Entfernen eines Blasenkatheters |
| 10 | 5636 | 1 | Einseitiger Eingriff am Samenleiter |

B-1.1 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Gebärmutterentfernungen, Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

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 | N10 | Diagnostische Ausschabung und Gebärmutter Spiegelung | 72 |
| 2 | N07 | Eingriffe an der Gebärmutter, Eileitern und Eierstöcken | 54 |
| 3 | N04 | Gebärmutterentfernung außer bei bösartiger Neubildung | 50 |
| 4 | N09 | Gewebeentnahme und Eingriffe am weiblichen Genitalbereich | 23 |
| 5 | O40 | Schwangerschaftsabbruch mit Erweiterung und Ausschabung | 19 |
| 6 | J07 | Kleine Eingriffe bei bösartiger Neubildung der Brustdrüse | 11 |
| 7 | J07 | Kleine Eingriffe bei Erkrankungen und Verletzung der Brustdrüse | 10 |
| 8 | J62 | Bösartige Neubildung der Brustdrüse Alter < 70 Jahre | 8 |
| 9 | N06 | Eingriffe an weiblichen Geschlechtsorganen | 7 |
| 10 | N05 | Entfernung der Eierstöcke und komplexe Eingriffe an den Eileitern | 7 |

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 | N84 | 25 | Polyp des Gebärmutterkörpers |
| 2 | O02 | 18 | Verhaltene Fehlgeburt |
| 3 | N92 | 15 | Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus |
| 4 | N92 | 14 | Zu starke oder zu häufige Menstruation bei unregelmäßigem Menstruationszyklus |
| 5 | N95 | 13 | Postmenopausenblutung |
| 6 | D25 | 12 | Myom der Gebärmutter |
| 7 | D24 | 11 | Gutartige Neubildung der Brustdrüse |
| 8 | C50 | 10 | Bösartige Neubildung der Brustdrüse |
| 9 | N81 | 9 | Gebärmuttersenkung |
| 10 | D27 | 8 | Gutartige Neubildung des Eierstocks |

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 | 1672 | 114 | Diagnostische Gebärmutter Spiegelung |
| 2 | 1471 | 68 | Biopsie am Bauchfell |
| 3 | 5690 | 45 | Therapeutische Ausschabung |
| 4 | 5663 | 36 | Verschluss der Eileiter |
| 5 | 5704 | 23 | Eingriff an der Scheidenwand |
| 6 | 5595 | 22 | Suspensionsoperation Bauchraum |
| 7 | 5683 | 20 | Gebärmutterentfernung |
| 8 | 5572 | 19 | Eingriff zur künstlichen Harnableitung |
| 9 | 5690 | 17 | Therapeutische Ausschabung mit lokaler Medikamentenabgabe |
| 10 | 5683 | 17 | Gebärmutterentfernung offen chirurgisch |

B-1.1 **Anästhesie**

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Schmerzambulanz

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 | 8,04 | | |
| 1500 | Allgemeine Chirurgie | 7,83 | | |
| 1900 | Plastische Chirurgie | 6,95 | | |
| 2200 | Urologie | 1,39 | | |
| 2400 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe | 0,45 | | |
| | Anästhesie | | | |

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

Anzahl der Behandlungen nach § 116 SGB V pro Jahr:

2.640

B-1.9 Spezifisch für die Fachabteilung:

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-1.9.1 Anzahl der Geburten pro Jahr

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

Urologie

B-1.9.3 Wird in Ihrer Abteilung Kinderurologie betrieben?

ja nein

Wenn ja,

Bis zu welchem Umfang wird kinderurologische Diagnostik und Therapie durchgeführt?

B-1.9.4 Wird in Ihrer Abteilung urologische Onkologie betrieben?

ja nein

Wenn ja, ist die selbständige Durchführung von Chemotherapie möglich

ja nein

Anästhesie

B-1.9.9 A Anzahl der Anästhesien insgesamt

differenziert nach:

Anzahl der Allgemeinanästhesien

2.250

Anzahl der Regionalanästhesien

965

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

590

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

| | EBM-Nummer (vollständig) | Text in umgangssprachlicher Klarschrift | Fälle absolut |
|---|--------------------------|---|---------------|
| 1 | 2105 | Excision tiefliegendes Körpergewebe | 200 |
| 2 | 2220 | Ganglion / Sehnenscheidenstenose | 170 |
| 3 | 2275 | Carpaltunnel-Syndrom | 84 |
| 4 | 2361 | Draht-/Schraubenfixation Entfernung | 27 |
| 5 | 2362 | Osteosynthese-Entfernung am kleinen Knochen | 14 |

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

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V) _____

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V) _____

Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V) _____

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 Weiterbildungsbeugnis vor Ja (j)/ nein (n) |
|------|----------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|-------------------------------|---|
| 0100 | Innere Medizin | Ja | 9 | 3 | 6 | | | Ja |
| 1500 | Allgemeine Chirurgie | Ja | 10 | 3 | 7 | | | Ja |
| 1900 | Plastische Chirurgie | Ja | 4 | 2 | 2 | | | Ja |
| 2200 | Urologie | | | | | | | |
| 2400 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe | | | | | | | |
| | Anästhesie | Ja | 5 | 2 | 3 | | | Ja |
| | Gesamt | | 28 | 10 | 18 | | | |

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

4

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 entsprechen der Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung) | Prozentualer Anteil Krankenpfleger/ in (1 Jahr) | Wird Hilfspersonal eingesetzt Ja (j)/ nein (n) |
|------|----------------------------------|---|---|---|---|--|
| 0100 | Innere Medizin | 27 | 88 | | 12 | Ja |
| 1500 | Allgemeine Chirurgie | 26 | 88 | | 12 | Ja |
| 1900 | Plastische Chirurgie | 9 | 88 | | 12 | Ja |
| 2200 | Urologie | | | | | |
| 2400 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe | | | | | |
| | Anästhesie | 11 | 100 | 70 | | |
| | Gesamt | 73,00 | 364,00 | 70,00 | 36,00 | |

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

0

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über keine Ausbildung verfügen

9

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 | 28 |
| Pflegedienst ¹ | 73 |
| Medizinisch-Technischer Dienst | 23 |
| Funktionsdienst | 25 |
| Klinisches Hauspersonal | 0,5 |
| Wirtschafts- und Versorgungsdienst | 2 |
| Technischer Dienst | 1 |
| Verwaltungsdienst | 13 |
| Sonderdienste | 3 |
| Sonstiges Personal | |
| 1 Personal der Ausbildungsstätten | |

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 | 3 |
| Anzahl der Mitarbeiter im OP | 2 |
| Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter im Verwaltungsdienst | 4 |
| Anzahl der Mitarbeiter in der Hygiene | |
| Anzahl der Mitarbeiter für die Praxisanleitung | 1 |
| Anzahl der Stomatherapeut(en) | |
| Anzahl der Diabetesfachschwester(n) | |
| Anzahl der Mitarbeiter in der Ernährungsfachpflege | |
| Anzahl der Qualitäts-/ Prozessberater | |

Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)

B-2.9 Weitere Berufsgruppen (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)

| | |
|------------------------------|---|
| Anzahl der Sozialarbeiter | 2 |
| Anzahl der Dipl.-Psychologen | |

Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)

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 | | | | |
| 2 | Cholezystektomie | Ja | Ja | 88,00 | noch nicht bekannt |
| 3 | Gynäkologische Operationen | Ja | Ja | 80,00 | „ |
| 4 | Herzschrittmacher-Erstimplantation | Nein | Nein | | |
| 5 | Herzschrittmacher-Aggregatwechsel | Nein | Nein | | |
| 6 | Herzschrittmacher-Revision | Nein | Nein | | |
| 7 | Herztransplantation | Nein | Nein | | |
| 8 | Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrocantäre Frakturen) | Ja | Ja | 77,00 | „ |
| 9 | Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel | Ja | Ja | 100,00 | „ |
| 10 | Karotis-Rekonstruktion | Nein | Nein | | |
| 11 | Knie-Totalendoprothese (TEP) | Ja | Ja | 100,00 | „ |
| 12 | Knie-Totalendoprothesen-Wechsel | Ja | Ja | 100,00 | „ |
| 13 | Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie | Nein | Nein | | |
| 14 | Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) | Nein | Nein | | |
| 15 | Koronarchirurgie | Nein | Nein | | |
| 16 | Mammachirurgie | Ja | Nein | | |
| 17 | Perinatalmedizin | Nein | Nein | | |
| 18 | Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19 | Ja | Nein | | |
| 19 | Totalendoprothese(TEP bei Koxarthrose) | Ja | Ja | 100,00 | „ |
| 20 | Gesamt | | | | |

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:

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 |
| Lebertransplantation | | 10 | Nein | | | |
| Nierentransplantation | | 20 | Nein | | | |
| Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus | | 5/5 | Nein | | | |
| Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas | | 5/5 | Nein | | | |
| Stammzelltransplantation | | 12+/- 2 [10-14] | Nein | | | |

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:

Qualitätsziele sind in das Leitbild integriert, in denen patientenorientierte Qualitätsziele definiert sind. Das Krankenhaus wird sich zukünftig an diesen Qualitätszielen orientieren. Zusätzlich legen die Krankenhausführung, die leitenden Abteilungsärzte und die Steuergruppe Qualitätsziele für ihre Bereiche fest. Diese ergeben sich aus medizinischen und pflegerischen Leitlinien, rechtlichen Vorschriften oder beruhen auf der Auswertung der Patientenbefragungen und Erkenntnissen aus dem Beschwerdemanagement.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

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

Seit 1998 wird ein umfassendes Qualitätsmanagement (UQM) durchgeführt. Das UQM basiert auf dem Management-Konzept der European Foundation of Quality Management (EFQM). Eine Steuergruppe mit Vertretern aller Berufsgruppen wurde zur Koordination der UQM-Aktivitäten gegründet. Der Managementzyklus Planung-Steuerung-Kontrolle ist Bestandteil der Steuergruppen-Arbeit. Das UQM-Konzept beinhaltet die Analyse der Ausgangsbedingungen mit der Benennung von Schwachstellen. Zur Bestimmung der Ausgangsbedingungen sind zahlreiche Analyseinstrumente eingesetzt worden. Aufgabe der SG ist es, die Ergebnisse zu beraten. Zur Steuerung der ermittelten Schwachstellen sind Qualitätszirkel (QZ) und Arbeitsgruppen (AG) gegründet und weitere entsprechende Maßnahmen verabschiedet worden. Die Kontrolle der umgesetzten Maßnahmen erfolgt durch die Krankenhausführung und den an den jeweiligen QZ bzw. AG beteiligten Mitarbeitern. Ein Konzept zur internen Öffentlichkeitsarbeit gewährleistet den Informationsfluss über den aktuellen Stand der UQM-Aktivitäten in der Mitarbeiterzeitung und über Aushänge und wichtige Gremien. Moderatoren und Multiplikatoren aus allen Berufsgruppen und Abteilungen wurden und werden für die UQM-Arbeit aus- und weitergebildet. Die Koordination der UQM-Aktivitäten erfolgt durch eine interne Koordinatorin.

E-2 Qualitätsbewertung

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

Das Krankenhaus hat eine Selbstbewertung nach den Kriterien der KTQ durchgeführt.

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

Das Krankenhaus kann hier Ergebnisse aus dem externen Qualitätssicherungsverfahren in tabellarischer Form darstellen

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

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

Eine Projektgruppe befasst sich mit den ambulanten Leistungen, eine weitere mit der interdisziplinärer Zusammenarbeit und daraus resultierenden Patientenpfaden. Weiterhin bestehen eine DRG-Gruppe und die Leitbildgruppe. Im Rahmen der Hygienekommissionsarbeit beschäftigt sich eine Gruppe mit der Zertifizierung der Zentralsterilisation.

Im Auftrag der Steuergruppe bearbeitet zur Zeit ein Qualitätszirkel das Thema "Einarbeitung neuer Mitarbeiter".

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Frau Stefanie Schafnitzel, Personalleiterin/Interne Koordinatorin

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

Frau Stefanie Schafnitzel, Personalleiterin/Interne Koordinatorin
Herr Helmut Bernhardt, Geschäftsführer

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

www.eks-schwerte.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 | |
| | | | 14 | Mit TV und Telefon |

| | | | | |
|---------------------------|------|---------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Anzahl der Dreibettzimmer | Mit: | Wasch- gelegenheit und WC | Dusche und WC | |
| | | | 12 | 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 | |
| | | | 13 | Mit TV und Telefon |

| | | | | |
|---------------------------|------|---------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Anzahl der Dreibettzimmer | Mit: | Wasch- gelegenheit und WC | Dusche und WC | |
| | | | 12 | Mit TV und Telefon |

Plastische Chirurgie

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

| | | | | |
|---------------------------|------|---------------------------------|---------------------|-----------------------|
| 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 | |
| | | | 3 | 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-1.3 Spezifisch für die Fachabteilung Urologie

Verfügt die Abteilung über ein Gerät zur extrakorporalen Stoßwellen-Lithotripsie (ESWL) und zur Ureterrenoskopie

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 |
| 1900 | Plastische Chirurgie | Ja |
| 2200 | Urologie | Ja |
| 2400 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe | Ja |
| | Anästhesie | Ja |

Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Evangelisches Krankenhaus Schwerte

1 Patientenorientierung in der Krankenversorgung

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 EKS bereitet im Vorfeld Patienten umfassend auf ihren stationären Aufenthalt vor. Die behandelnden Ärzte stimmen sich frühzeitig mit niedergelassenen Ärzten ab. OP-Termine können nach den Bedürfnissen des Patienten geplant werden. Den Hausarzt informieren die Ärzte schriftlich über die stationäre Aufnahme. Vorbefunde sind ein wichtiger Bestandteil im Aufnahmegespräch und werden entsprechend bereit gestellt. Das Krankenhaus liegt zentral in Schwerte und ist sehr gut zu Fuß, per Bus oder Bahn zu erreichen. Kostenlose Parkplätze stehen zahlreich zur Verfügung.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Im neu gestalteten Eingangsbereich des Krankenhauses befindet sich eine große Informationstafel, auf der die Bereichsübersicht und die einzelnen Abteilungen aufgezeigt werden. Neben den stets hilfsbereiten Mitarbeitern an der Rezeption steht auch ein Patientenbegleitdienst zur Verfügung. Diese sogenannten grünen Damen begleiten Patienten zu festgelegten Zeiten auf die Stationen und erläutern ihnen die Begebenheiten im Krankenhaus. Rollstühle- und Gepäckhilfen stehen rund um die Uhr zur Verfügung.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Am Aufnahmetag begibt sich der Patient zum Aufnahmebüro. Behandlungsvertrag, Patientenbroschüre, Einwilligungserklärung zum Datenschutz sowie Wahlleistungsvereinbarung werden dem Patienten ausgehändigt bzw. mit ihm abgeschlossen. Persönliche Wünsche und Bedürfnisse des Patienten (z.B. Einzelzimmer, Chefarztbehandlung) werden berücksichtigt. Patienten erhalten ein kostenloses Frühstück/Mittagessen am Aufnahmetag. Nach Ankunft des Patienten auf der Station nehmen die zuständige Pflegekraft und der behandelnde Facharzt die Aufnahmeuntersuchungen vor.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

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

Für ambulante Patienten gibt es verschiedene Sprechstunden, z.B. für die Fachgebiete Lungenheilkunde, Gastroenterologie, Allgemein- und Visceralchirurgie, Proktologie, Wiederherstellungschirurgie und arthroskopische Operationen. Die Plastische- und Handchirurgie bietet ebenfalls Sprechstunden an. Des Weiteren bietet das Krankenhaus zahlreiche ambulante Operationen an. Notfallpatienten werden nach Dringlichkeit in der Ambulanz von einem zuständigen Facharzt bzw. außerhalb der Ambulanzzeiten von einem diensthabenden Arzt versorgt.

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.

Im Rahmen der pflegerischen und ärztlichen Anamnese werden für jeden Patienten seine Bedürfnisse, Gewohnheiten und Lebensumstände erfragt und erfasst. Die pflegerische Anamnese erfolgt anhand eines für alle Stationen einheitlichen Aufnahmebogens. Die ärztlichen Anamnesebögen sind fachabteilungsbezogen standardisiert. Die Patienten werden umfassend über die hausinternen Angebote der Seelsorge und psychosozialen Begleitung informiert. Die Mitarbeiter achten darauf, die Intimsphäre des Patienten zu wahren (z.B. Gesprächsführung in separaten Arztzimmern).

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Vorbefunde des Patienten werden zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und zur frühzeitigen Erkennung z.B. schwerwiegender Erkrankungen berücksichtigt. Der Arzt in der Sprechstunde oder der aufnehmende Arzt besprechen die Bereitstellung von Vorbefunden im Aufnahmegespräch mit dem Patienten. Ggf. fordern sie weitere Vorbefunde beim Hausarzt an. Im Verlauf der Therapie fließen die Ergebnisse der Vorbefunde mit in die Behandlung ein, um Komplikationen zu vermeiden.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Der jeweils behandelnde Arzt legt in Absprache mit dem Ober- und Chefarzt und in Zusammenarbeit mit den Pflegekräften den individuellen Behandlungsprozess des Patienten fest. Unmittelbar nach der stationären Aufnahme erstellen die Pflegekräfte eine Pflegeplanung unter Einbeziehung der Pflegestandards. Die Dokumentation des Behandlungsprozesses erfolgt in der Patientenakte.

1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Der behandelnde Arzt klärt den Patienten während des Anamnesegesprächs über die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auf. Hier als auch bei den täglichen Visiten hat der Patient die Möglichkeit, Wünsche und Bedürfnisse bzgl. des Behandlungsprozesses zu äußern. Die Ärzte und Pflegekräfte bemühen sich, diesen Wünschen soweit möglich nachzukommen.

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.

Jede medizinische Fachabteilung verfügt über diagnosebezogene und evidenzbasierte Arzneimitteltherapie-Schemata. Diese basieren u.a. auf den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Die schmerztherapeutische Versorgung orientiert sich an den Empfehlungen der World Health Organisation (WHO) und der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS). Ein Facharzt in jeder Fachabteilung (Ober- oder Chefarzt) gewährleistet über 24 Stunden die Patientenversorgung mittels Rufdienst.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Der Patientenversorgung werden Leitlinien und, wo möglich, Evidenzbezug zugrundegelegt.

Die Leitlinien der AWMF und anderer Fachgesellschaften sind in verschiedenen hausinterne Leitlinien und Standards eingearbeitet. Arbeitsgruppen und Fachvorgesetzte überprüfen diese und erarbeiten ggf. weitere Leitlinien und Standards aus. Zahlreiche fachübergreifende Verfahrensanweisungen (z.B. Umgang mit Blut und Blutprodukten) sind eingeführt. Abweichungen müssen die Mitarbeiter begründet in der Patientenakte dokumentieren.

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.

Die Ausstattung des Krankenhauses ist am Bedarf der Patienten orientiert. Die Patienten können eine Cafeteria, einen Meditationsraum und einen Raucherraum nutzen. Die Patientenzimmer sind mit elektrisch verstellbaren Betten, renovierten Sanitätseinheiten, Fernseher, Radio und Telefon für jeden Patientenplatz ausgestattet. Großzügige verschließbare Kleiderschränke und geräumige Essplätze sind ebenfalls vorhanden. Die Weckzeiten orientieren sich an den Tagesabläufen und können dem Wunsch des Patienten angepasst werden.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Die Mahlzeiten für die Patienten werden täglich frisch zubereitet. Für das Frühstück und das Abendessen gibt es gemäß Essenskarte verschiedene Auswahlmöglichkeiten. Für das Mittagessen stehen täglich drei Menüs zur Auswahl. Ein Menü ist immer vegetarisch. Eine Verpflegungsassistentin nimmt täglich die Essenswünsche der Patienten auf. Diätkost und Sonderwünsche vermerkt sie auf der Essenskarte. Bei den meisten Anfragen versuchen die Mitarbeiter den Sonderwünschen nachzukommen.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Diagnostische Maßnahmen planen und koordinieren die Mitarbeiter des jeweiligen Bereichs (Endoskopie, EKG etc.). Einen Untersuchungsplan erstellen die Mitarbeiter täglich für den nächsten Tag. Dringliche Untersuchungen führt der Untersucher bevorzugt durch. Die Pflegekräfte bringen die Patienten zu den Untersuchungen und Behandlungen und holen sie wieder ab. Ausschließlich examinierte Pflegekräfte begleiten narkotisierte Patienten unter Mitführung der Notfallausrüstung.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Am Krankenhaus ist die Operationsbereitschaft rund um die Uhr gewährleistet. Der Facharztstandard in der operativen Versorgung ist immer sichergestellt. Die OP-Saalverteilung ist nach Fachdisziplinen organisiert. An jedem Arbeitstag sieht die geplante Auslastung der Operationssäle vor, dass Notfälle in kurzer Zeit versorgt werden können.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Die Behandlung der Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung. Es finden regelmäßige Besprechungen zwischen den Ärzten und den Pflegekräften statt. Mitarbeiter aus den Bereichen physikalische Therapie, Labor, Sozialdienst, aber auch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen werden nach therapeutischem Bedarf hinzugezogen. Bei bestehender medizinischer Notwendigkeit erteilen Fachärzte an Ärzte anderer Fachabteilungen Konsiliaraufträge. Interdisziplinäre Absprachen der jeweiligen Disziplinen werden vorgenommen.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Im Krankenhaus finden regelmäßig Visiten mit den direkt an der Patientenversorgung Beteiligten statt (Ärzte, Pflegekräfte und Patient). Die Stationsärzte führen täglich in Begleitung einer Pflegekraft Visiten durch, die tägliche Kurvenvisiten ergänzen. Oberarztvisiten finden zwei- bis dreimal pro Woche, Chefarztvisiten ein- bis zweimal pro Woche statt. Wahlleistungspatienten visitiert der Chefarzt mindestens einmal täglich. Die Dokumentation der Visite sowie evtl. therapeutische Anordnungen nehmen die Ärzte in der Patientenakte vor.

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.

Mitarbeiter des ärztlichen und pflegerischen Dienstes nehmen die Entlassungsplanung frühzeitig und abhängig vom voraussichtlichen klinischen Verlauf sowie unter der Berücksichtigung von Ergebnissen diagnostischer Maßnahmen und therapeutischer Erfolge vor. Der verantwortliche Arzt ordnet die Entlassung an und informiert zeitgleich den Patienten und die zuständige Pflegekraft. Der Sozialdienst wird im Bedarfsfall rechtzeitig vor einer geplanten Entlassung oder Verlegung informiert. Entlassungsgespräche werden durchgeführt.

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.

Pflegekräfte stellen die kompletten Informationen zum Zeitpunkt des Übergangs des Patienten in andere Versorgungsbereiche zusammen und koordinieren die Weiterbehandlung i.d.R. am Entlassungstag. Der verantwortliche Arzt schreibt einen vorläufigen Arztbrief. Unterlagen für weiterbetreuende Einrichtungen stellt der Sozialdienst für die Entlassung zusammen. Die Entlassung bzw. Verlegung stimmen Arzt oder Pflegekraft mit der weiterbetreuenden Einrichtung telefonisch ab. Unterlagen geben sie dem Patienten mit, die er der weiterbetreuenden Einrichtung übergibt.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Die Ärzte arbeiten eng mit allen niedergelassenen Ärzten der Region zusammen. Es gibt regelmäßige Kontakte im Ärztenetz, im Ärzteverein und in Qualitätszirkeln, in denen z.B. Punkte der generellen Informationsübermittlung abgestimmt werden (Telefonate, Arztbriefe, Befundberichte). Intensive Kontakte zu Alten- und Pflegeheimen (z. B. Johannes-Mergenthaler-Haus, Klara-Röhrscheidt-Haus) sowie zu ambulanten Pflegediensten sind vorhanden. Der Sozialdienst plant immer die Entlassung von pflegebedürftigen Patienten mit den weiterbetreuenden Einrichtungen.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

Die Personalplanung sorgt für eine kontinuierliche Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern.

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

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

Die Personalplanung erfolgt jährlich auf Basis der Pflegepersonalregelung (PPR) im Pflegedienst, der wirtschaftlichen Entwicklung und des Budgets im Ärztlichen Dienst und in allen weiteren Berufsgruppen nach Bedarf unter Berücksichtigung der Mindestbesetzung. Berechnungs- und Planungsverfahren orientieren sich an den Leistungszahlen sowie gängigen Anhaltzahlen der Personalbedarfsberechnung. Die Fluktuation ist im Vergleich zu anderen Krankenhäusern sehr gering. Die Personalausfallquote liegt unter dem Durchschnitt.

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.

Für die systematische Personalentwicklung wurde während der Einführung des Umfassenden Qualitätsmanagements ein berufs- und hierarchieübergreifendes Konzept erstellt. Dieses beinhaltet zahlreiche Bausteine wie z.B. Workshops für Führungskräfte, Kommunikations- und Moderationstrainings für Mitarbeiter und Supervision für Mitarbeiter. Die Planungen der Fort- und Weiterbildung erfolgen nach Bedarf und den Wünschen der Mitarbeiter. Sämtliche neu zu besetzenden Stellen werden zunächst hausintern ausgeschrieben.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Es existiert ein Organigramm für das Krankenhaus, in dem jeder Stelle eingeordnet ist. Die Festlegung der Qualifikation erfolgt anhand von Stellenbeschreibungen. Für die meisten Mitarbeiter liegen Stellenbeschreibungen vor, die Tätigkeitsbeschreibungen, die organisatorische Einordnung der Stelle im Krankenhaus, ferner Kompetenzen, Vollmachten, Leitungsbefugnisse und spezielle Leistungsanforderungen beinhalten.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

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

Das Krankenhaus bildet die Mitarbeiter aus. Für alle Berufsgruppen werden Aus-, Fort- und Weiterbildungen nach gesetzlichen Vorgaben bzw. nach Erfordernis des Tätigkeitsfeldes durchgeführt. Neue pflegerische und medizinische Konzepte bzw. Arbeitsmethoden sind ebenso Bestandteil von Schulungen wie berufsübergreifende Themen, z.B. Zeitmanagement oder Supervision. Die EKS organisiert ebenfalls Veranstaltungen für Externe, z.B. zum Deutschen Lungentag oder den Herzwochen..

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildung legt einmal jährlich die Geschäftsführung fest. Beantragte Fortbildungen, denen der Fachvorgesetzte und die Personalleiterin zugestimmt haben, finanziert überwiegend das Krankenhaus. Insbesondere im ärztlichen Bereich gibt es aufgrund der rasanten medizinischen Entwicklung einen hohen Fortbildungsbedarf. Die EKS strebt den aktuellsten Wissensstand ihrer Mitarbeiter an.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Die EKS verfügt über moderne Fortbildungsmedien. Für interne Schulungen stehen ein Beamer, ein Laptop, ein Fernseher und ein Videorecorder zur Verfügung. Intranet und Internet ermöglichen eine schnelle Informationsbeschaffung für jeden Mitarbeiter. Fachzeitschriften und Fachliteratur sind in den verschiedenen Abteilungen vorhanden. Ärztliche Mitarbeiter haben des Weiteren die Möglichkeit, Fachliteratur an der Universität Witten-Herdecke auszuleihen.

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.

Verantwortlich für die Theorie-Praxis-Vernetzung der Pflegeschüler in der EKS ist die stellvertretende Pflegedienstleiterin, die zugleich eine 0,5-Stelle als Praxisanleiterin ausfüllt. Zusätzlich ist ein Mentorensystem implementiert. Auf großen Stationen gibt es zwei Mentoren, auf kleinen mindestens einen Mentor. Die Mentoren sind die Ansprechpartner der Auszubildenden und planen, steuern und kontrollieren die erfolgreiche praktische Umsetzung des theoretisch erlernten Wissens.

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 Mitarbeitern berücksichtigt.

Die Geschäftsführung entwickelte umfassende Führungsgrundsätze, die Kernelemente des Leitbildes darstellen. Die Führungsgrundsätze legen die Erwartungen an Mitarbeiter in Leitungsfunktionen fest, einen mitarbeiterorientierten Führungsstil zu praktizieren. Kernkompetenzen sind demnach Kooperationsfähigkeit, Delegationsfähigkeit, die Fähigkeit mit Konflikten und Kritik umzugehen, das Wissen um die Ziele der EKS sowie das Wissen um Bedingungen und Methoden der Menschenführung. Beteiligung und Motivation kennzeichnen diese Führungsqualität.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Die Arbeitszeiten in der EKS sind berufsgruppenspezifisch geregelt. Für alle Vollzeit-Mitarbeiter gilt die 38,5 Stunden-Woche. Es werden auch Teilzeitkräfte mit unterschiedlichen Wochenstunden eingesetzt. Im ärztlichen Dienst sorgen Bereitschafts- und Rufbereitschaftsdienste und im Pflegedienst ausreichend Mitarbeiter im Nachtdienst für die 24-stündige Versorgung der Patienten. Dienstpläne regeln den Einsatz der Mitarbeiter. Mitarbeiterwünsche in Bezug auf die Arbeitszeiten berücksichtigen die Fachvorgesetzten interdisziplinär im Rahmen der Möglichkeiten.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Es existiert für verschiedene Berufsgruppen ein schriftliches Konzept zur Einführung neuer Mitarbeiter. Dies gewährleistet, dass Mitarbeiter bereits an ihrem ersten Arbeitstag freundlich im Krankenhaus aufgenommen werden und sich schnell zurechtfinden. Im Rahmen einer offiziellen Begrüßung stellen sich dem Mitarbeiter der Geschäftsführer, die Betriebsleitung und die Mitarbeitervertretung vor. Fachvorgesetzte führen den Mitarbeiter durchs Haus und stellen ihn in den Abteilungen vor. Ebenso führt er am Ende der Einarbeitungszeit ein Mitarbeitergespräch und klären noch offene Fragen.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Die Geschäftsführung hat bereits im Jahre 1996 eine Dienstvereinbarung zum betrieblichen Vorschlagswesen (BVW) mit der Mitarbeitervertretung abgeschlossen. Das BVW soll die Mitarbeiter zum kritischen Nachdenken über ihre jeweiligen Aufgaben und über die Erhöhung der Arbeitssicherheit anregen. Eine Kommission bewertet die eingegangenen Vorschläge und prämiiert sie unter bestimmten Voraussetzungen finanziell. Eine Mitarbeiterbefragung im Jahr 1998 ergab Hinweise auf Verbesserungspotenziale, die systematisch im Qualitätsmanagement bearbeitet werden.

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.

Der Arbeitsschutzausschuss und die Fachkraft für Arbeitssicherheit sorgen im Auftrag der Geschäftsführung für die Einhaltung und Verbesserung der Arbeitsschutzmaßnahmen. Dazu gehören die Sicherheit bei der Versorgung der technischen Einrichtungen mit Energie und Betriebsstoffen, die Einhaltung der Unfallverhütungsvorschriften sowie sonstige Vorschriften zur Arbeitssicherheit. Monatliche Begehungen decken ggf. Mängel auf, die in einer Prioritätenliste dokumentiert und bearbeitet werden.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Das Krankenhaus verfügt in allen Bereichen über Flucht- und Rettungswegen. Eine schnelle Orientierung ist im Notfall immer möglich. Ein Brandschutzbeauftragter ist benannt. Die Instandhaltung sowie vorgeschriebenen Prüfungen der Brandschutzeinrichtungen wie z.B. Brandmeldeanlagen, Brandmeldezentrale, Brandschutztüren, Feuerlöscher erfolgen durch die CoSolvvia GmbH. Bei Erstunterweisungen der Mitarbeiter wurden Maßnahmen zum Brandschutz vorgestellt und die Handhabung von Feuerlöschern erklärt.

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.

Die Firma CoSolvvia GmbH ist zuständig bei Störungen von betriebstechnischen bzw. medizintechnischen Anlagen. Sie nimmt Kontrollen, Prüfungen und notwendige Instandhaltungen der Anlagen vor, um einen sicheren Krankenhausbetrieb auch außerhalb der Regelarbeitszeit zu gewährleisten. Es existiert ein Einsatz- und Alarmplan z.B. bei externen Katastrophen für das Krankenhaus. Bei internen und externen Katastrophen bildet sich eine Krankenhaus-Einsatzleitung, die den Ablauf von Maßnahmen nach dem Einsatz- und Alarmplan koordiniert.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Durchgängig in allen Abteilungen verfügt die EKS über ärztliche Mitarbeiter, die eine Zusatzqualifikation zum Notarzt erlangt haben. Somit ist eine Notfallversorgung gewährleistet. Standards zum Notfallmanagement und organisatorische Regelungen für Notfallsituation sind allen Mitarbeitern bekannt. Notfallkoffer sind auf den Stationen vorhanden, die der Apotheker der Zentralapotheke alle sechs Monate auf Vollständigkeit und Verfall der Medikamente kontrolliert. An Reanimationsübungen nimmt der Pflegedienst im Abstand von 12 bis 18 Monaten regelmäßig 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.

Die EKS sorgt für ein hohes Maß an Sicherheit für die Patienten und zwar in der medizinischen Versorgung, vor dem Erwerb von Infektionen, bei der medizinischen Geräteversorgung und bei der Unterkunft. Hierzu wurden verschiedene Dienstanweisungen ausgegeben und Verantwortliche benannt. Der Schutz und die Wahrung der persönlichen Freiheit der Patienten sind bei der Einleitung von Sicherheitsmaßnahmen immer berücksichtigt.

3.2 Hygiene

Im Krankenhaus wird ein systematisches, krankenhausesweites 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.

Für die Einhaltung der Hygiene in der EKS ist der ärztliche Direktor verantwortlich. Ihm stehen die Hygienekommission, der hygienebeauftragte Arzt und die Hygienefachkraft beratend zur Seite. Alle Stationen haben einen Hygieneplanordner. Als Kurzanweisung für Desinfektionsarbeiten dient ein Desinfektionsplan, der in jedem Stations- und Funktionsbereich aushängt. Aktualisierungen erfolgen entsprechend der Veröffentlichungen des Robert-Koch-Instituts, des Gesundheitsamts oder der Hygienekommission. Begehungen der Hygienefachkraft finden regelmäßig statt.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Meldepflichtige Erkrankungen von Patienten leiten die Mitarbeiter an die Hygienefachkraft, die Hygienekommission und das Gesundheitsamt. Gemäß Infektionsschutzgesetz werden Infektionen, die der Patient während seines Aufenthaltes in der Klinik erleidet (sog. nosokomiale Infektionen) erfasst und Statistiken erstellt. Die Hygienekommission wertet diese und die Statistiken des Hygieneinstituts Iserlohn aus, bewertet sie, ermittelt Ursachen und leitet bei Bedarf Maßnahmen ein.

3.2.3 Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen

Hygiesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Hygiene sichernde Maßnahmen sind in den Hygieneordnern festgelegt. Der hygienebeauftragte Arzt leitet Maßnahmen zur Verhütung von Krankenhausinfektionen ein. Untersuchungen an Patienten, des Personals, der Luft; der Klimaanlage und von Gegenständen geben Hinweise auf eine mögliche Gesundheitsgefährdung. Für die Aufstellung und Überwachung eines Hygieneplans ist die Hygienekommission ebenso verantwortlich wie für die Planung von hygienebezogenen Fortbildungsmaßnahmen der Mitarbeiter.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Die vorhandene Organisationsstruktur in der Krankenhaushygiene ermöglicht die gezielte und umfangreiche Einhaltung der Hygienerichtlinien. Fortbildungen und regelmäßige Kontrollen gewährleisten die nachhaltige Umsetzung der Hygienerichtlinien. Kontrollen und Protokolle in der Sterilisationsabteilung und der Küche sichern die Einhaltung der Hygienestandards. Instrumente und Geräte werden nach den hygienischen Anforderungen erweitert, ersetzt oder geändert. Das Gesundheitsamt nimmt einmal jährlich eine Begehung vor.

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 geregelter Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.

Für die Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten bestehen Kooperationen mit der Apotheke am Ev. Krankenhaus in Unna, der Blutbank Hagen und der Blutbank der Städt. Kliniken Dortmund. Die Auswahl der Arzneimittel obliegt dem Chefarzt. Auf jeder Station ist eine Arzneimittelliste mit den für das Krankenhaus verfügbaren Arzneimitteln vorhanden. Eine hausinterne Transfusionsanweisung entsprechend dem Transfusionsgesetz regelt die Bereitstellung von Blut und Blutprodukten. Das Labor bestellt Blut und Blutprodukte immer schriftlich.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregelter Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Unter Berücksichtigung der aktuellen fachspezifischen Leitlinien stellt der Chefarzt die Arzneimittelbedürfnisse fest und stimmt sie mit der Arzneimittelkommission ab. Die Anwendung von Arzneimitteln geschieht immer auf ärztliche Anordnung. Anordnung und Anwendung dokumentieren die Ärzte immer schriftlich. Die Arzneimittelversorgung ist rund um die Uhr gewährleistet. Auf den Stationen sind Arzneimittel in der erforderlichen Mindestmenge vorhanden. Außerhalb der Dienstzeit der Apotheke Unna ist eine Notfallversorgung auch über das Marienhospital Schwerte möglich.

3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten

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

Die Anwendung von Blut und Blutprodukten ist im Sinne des Transfusionsgesetzes geregelt. Eine Transfusionskommission mit einem Transfusionsverantwortlichen Arzt und beauftragten Ärzten ist eingereicht. Dienst- und Verfahrensanweisungen regeln die Vorbereitung und Durchführung von Transfusionen mit dem Ziel, die Anwendung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten für den Patienten sicher und effektiv zu gestalten. Die Rückverfolgbarkeit von Blut und Blutprodukten ist jederzeit sichergestellt, da sie patienten-, spender- und chargenbezogen dokumentiert sind.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Zur Anwendung von Medizinprodukten besteht ein weitestgehend geregeltes Verfahren, in dem auch der Meldeweg für Vorkommnisse/Beinahe-Vorkommnisse geregelt ist. Technische Medizinprodukte werden in Kooperation mit der Firma H&K-Kobeloer und entsprechend der Medizinprodukte-Betreiberverordnung eingesetzt, gewartet und Instand gehalten. Es sind beauftragte Personen im ärztlichen und pflegerischen Bereich benannt, die für die Einweisung der Geräte verantwortlich sind.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Die EKS hat in ihrem Leitbild ihre Verpflichtungen zum Umweltschutz dokumentiert. Ein Abfallbeauftragter, der entsprechend der gesetzlichen Regelungen beim TÜV Süddeutschland geschulte wurde, ist benannt. Bei der Umweltarbeit werden sowohl geltende Bundes- und Landesgesetze als auch das Kreisabfallgesetz beachtet. Die Planung zum Umweltschutz umfasst die Erkennung von Einsparpotenzialen an Energie, Wasserverbräuchen, Abfallvermeidung und die Abfall- und Wertstoffeffassung. Kriterien für die Beschaffung von Produkten sind die DIN-Norm und der grüne Punkt.

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.

Entsprechend der gesetzlichen Regelungen zur Dokumentationspflicht wird für jeden Patienten eine Krankenakte erstellt, in die alle Formulare, Befunde usw. abgelegt werden. Eine patientenbezogene Pflegedokumentation ergänzt die Akte. Für stationäre Patienten erstellen die Mitarbeiter zusätzlich eine elektronische Akte. Hier erfassen sie Patientenstammdaten, medizinische Verschlüsselungen, Abrechnungsdaten, OP-Dokumentation, Arztbriefschreibung etc. Im Zentralarchiv werden die Akten am Jahresende zusammengeführt.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Alle diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen sowie Behandlungen und Beobachtungen, die den Patienten betreffen, erfassen und dokumentieren die Mitarbeiter vollständig. Die Dokumentation von Diagnosen und Leistungen überprüfen kontinuierlich z.B. verantwortliche Oberärzte, Stationsleitungen auf Lesbarkeit, Verständlichkeit und Korrektheit. Vor Archivierung kontrollieren die Sekretärinnen die Patientenakten auf Vollständigkeit.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Während des stationären Aufenthaltes der Patienten sind Akten auf den Stationen jederzeit zugänglich. In jeder Fachabteilung wird ein Archiv für Akten entlassener Patienten des laufenden Jahres geführt. Nach Jahresende werden die Akten im Zentralarchiv gelagert. Zu festgelegten Zeiten können Akten dort entliehen werden. Röntgenbilder werden in getrennten Archiven in der Nähe der Röntgenabteilung aufbewahrt. Die Labordokumentation (Blutprodukte) wird EDV-gestützt im Labor geführt, um einen schnellen Zugriff bei der Rückverfolgung von Blutprodukten zu gewährleisten.

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.

Das Krankenhaus verfügt über unterschiedliche Gremien zur Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen. Zwei Leitungsrunden mit unterschiedlichen Zusammensetzungen besprechen und erörtern abteilungsübergreifende Themen. Innerhalb der Fachabteilungen führen Ärzte täglich Frühbesprechungen und Visiten, die Mitarbeiter des Pflegedienstes wöchentlich Stations- und Abteilungsleitersitzungen sowie täglich Übergabebesprechungen durch. Weitere interdisziplinäre Gremien sind die Hygiene- und die Arzneimittelkommission.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Zentrale Auskunftsstelle in der EKS ist die "Zentrale", direkt im Eingangsbereich des Krankenhauses. Die Mitarbeiter verfügen über umfassende Kenntnisse der Abteilungen und des Leistungsangebots und werden mit allen relevanten Informationen zeitnah versorgt (z.B. Dienstpläne, Telefonlisten etc.). Grundsätzlich gehen die Mitarbeiter der Zentrale bei ihrer Tätigkeit diskret vor. Seminare zu Telefontraining, Umgang mit Patienten und Besuchern unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen werden alle ein bis zwei Jahre durchgeführt.

4.2.3 Information an die Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Die EKS organisiert zahlreiche Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit wie z.B. einen Tag-der-offenen-Tür, einen Lungen- und Herztag oder eine Gesundheitswoche zur Diätberatung. Auf der Homepage der EKS sind die Veranstaltungstermine publiziert. Jeder Patient erhält bei Ankunft im Krankenhaus eine Patientenbroschüre, die über den Aufenthalt im Krankenhaus genau informiert. Ein umfassendes Konzept zur Öffentlichkeitsarbeit ist in Bearbeitung. Für die Öffentlichkeitsarbeit ist der Geschäftsführer verantwortlich.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

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

Die EKS berücksichtigt den Datenschutz, in dem einerseits Regelungen für den Zugriff auf Daten im Krankenhausinformationssystem (KIS) und andererseits Regelungen in den Aufnahmeverträgen mit den Patienten sowie in den Arbeitsverträgen mit den Mitarbeitern festgelegt sind. Allen Mitarbeitern, Belegärzten und konsiliarisch tätigen Personen ist demnach die Weitergabe von krankenhaushaus- und patientenbezogenen Daten untersagt. Entsprechend der gesetzlichen Regelungen hat die EKS einen Datenschutzbeauftragten benannt.

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.

Im Jahr 1999 wurde ein umfassendes einheitliches EDV-Konzept mit dem Ziel eingeführt, alle Arbeitsplätze (ca. 100) zu vernetzen. Daten und Anwendungen befinden sich an einem zentralen Ort, auf den jeder Arbeitsplatz zugreifen kann. Zugang haben alle Mitarbeiter, die über eine genau definierte Benutzerberechtigung verfügen. An das eingeführte Krankenhausinformationssystem (KIS) sind die Bereiche Verwaltung, Pflege, Ärztlicher Dienst und in Teilbereichen der Funktionsdienst (z. B. Verwaltung des Blutdepots) angeschlossen.

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.

Es gibt ein zentrales Leitbild für das Krankenhaus und alle angeschlossenen Einrichtungen. Eine Leitbildgruppe erarbeitete zwei Jahre lang das Leitbild, das u.a. Grundsätze der Zusammenarbeit, des Umgangs mit Patienten und Qualitätsziele enthält. Unterarbeitsgruppen beschäftigten sich mit Themenfeldern in der Krankenpflege und in der medizinischen Versorgung. Die Ankopplung eines Personalentwicklungsprogramms entlang der aufgestellten Qualitätsanforderungen ist geplant. Eine Leitbildbroschüre wurde erstellt und an Führungskräfte und Mitarbeiter übergeben.

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.

Eine strukturierte Zielplanung für die EKS GmbH existiert seit der Gründung des Strukturausschusses im Jahre 1993. Ziel der Arbeit des Strukturausschusses ist die abgestimmte Strukturplanung als integraler Bestandteil der strategischen Ausrichtung. Er beschäftigt sich mit Geschäftsfeldern und dem medizinischen Leistungsspektrum. Die Zielplanung schließt Kooperationen mit ein. Die strategische Zielplanung wird fortlaufend durch den Aufsichtsrat evaluiert. Die operative Zielerreichung überprüfen die Fachvorgesetzten monatlich anhand der Leistungsstatistik.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Es existiert ein Organigramm für das Krankenhaus, dem die Einordnung jeder Stelle für alle Berufsgruppen entnommen werden kann. Für Betriebsleitung, Steuergruppe und verschiedene Projektgruppen bestehen spezifische Geschäftsordnungen. Projektarbeit ist integraler Bestandteil der temporären Organisationsstruktur. Themen in den Projekten sind z.B. ambulante Leistungen, interdisziplinäre Zusammenarbeit, DRG, Leitbild. Die Ergebnisse der Projektarbeit werden der Geschäftsführung vorgestellt, die diese in ihrer Ergebnisqualität bewertet.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Die Geschäftsführung erstellt einen über fünf Jahre gültigen Finanz- und Investitionsplan, der vom Aufsichtsrat genehmigt wird. Eine Aktualisierung erfolgt kontinuierlich. Zusätzlich erstellt sie einen jährlichen Projektplan für das gesamte Krankenhaus und einen jährlichen Investitionsplan für einzelne Fachabteilungen.

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.

Die Krankenhausführung hat eine eigene Geschäftsordnung, in der Zuständigkeiten und Kompetenzen klar geregelt sind. Um die Abstimmung sowohl mit dem Aufsichtsrat als auch mit den Mitarbeitern sicherzustellen, gibt es weitere regelmäßig tagende Gremien, wie Betriebsleitung, Steuergruppe, Hygienekommission und Arzneimittelkommission, in denen jeweils mindestens ein Mitglied der Krankenhausführung vertreten ist. Dadurch sind kurze Entscheidungswege gewährleistet. Die Gremien verfügen über eigene Geschäftsordnungen und protokollieren ihre Ergebnisse schriftlich.

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 EKS führt die Rechtsform der GmbH, aus deren gesetzlicher Grundlage (GmbHG) sich die erforderlichen Organe und juristischen Rahmenbedingungen ergeben. Sie hat einen Geschäftsführer. Der Geschäftsführer ist Mitglied der Betriebsleitung, in der auch ein leitender Arzt, die leitende Pflegekraft und der Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes vertreten sind. Die Geschäftsordnung legt die Aufgaben, Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche der Betriebsleitung fest. Die Arbeit des Geschäftsführers kontrolliert ein Aufsichtsrat, der alle drei Monate tagt.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

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

Die Krankenhausführung wird durch die Betriebsleitung sowie die Leitungsrunden 1 und 21 regelmäßig über aktuelle Ereignisse informiert. Des Weiteren erfolgt eine Information der Krankenhausleitung durch wöchentliche Belegungsstatistiken, eine monatliche, kurzfristige Erfolgsrechnung, tägliche Liquiditätsübersichten, eine verbrauchsorientierte Apothekenstatistik, eine monatliche Fördermittelliste sowie den jährlichen Wirtschaftsplan. Die Meinung der Patienten wird in einer monatlichen Patientenbefragung ausgewertet und berichtet.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Die Geschäftsführung legt großen Wert auf vertrauensfördernde Maßnahmen und verfolgt einen mitarbeiterorientierten Führungsstil. Dies ist im Leitbild festgelegt. Ziel ist es, eine Unternehmenskultur zu schaffen, die durch eine umfassende Lernorientierung und Selbstverantwortung aller Beteiligten gekennzeichnet ist. Zentrales Instrument ist das Personalentwicklungskonzept, welches vertrauensfördernde Maßnahmen, wie z.B. Kommunikationstraining oder Mitarbeitergespräche enthält. Eine Betriebsvereinbarung zur Vorbeugung von Mobbing ist vorhanden.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

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

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Das Leitbild basiert auf einer ausgeprägt biblisch-ethischen Orientierung. Ärztliches, pflegerisches und ökonomisches Handeln sollen sich daran ausrichten, dass jeder Mensch grundsätzlich auf Gemeinschaft, Hilfe und Unterstützung angewiesen ist und dies nicht als Mangel sondern als Grund jeglicher Menschlichkeit zu sehen ist. Ethische Problemstellungen finden in allen Berufsgruppen und Hierarchieebene Berücksichtigung, z.B. bei ethischen Grundsatzentscheidungen des Aufsichtsrats, Besprechung von ethischen Problemen zwischen Arzt und Patient.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Sterben ist Teil des Lebens. Deshalb erfahren sterbende Patienten und ihre Angehörigen in Medizin und Pflege eine grundsätzliche Atmosphäre von Respekt und Sorge um physische, psychische und religiöse Bedürfnisse. Ihr ausdrücklicher Wille soll respektiert werden. Schriftlich vorliegende Patientenverfügungen dienen zur Orientierung am mutmaßlichen Patientenwillen. Die EKS kooperiert mit "DIE BRÜCKE Sterbe- und Trauerbegleitung Schwerte e.V." und dem Hospiz "Ilse-Maria-Wuttke-Haus". Zuständige Pfarrer/Seelsorger können zur Sterbebegleitung hinzugezogen werden.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Auch nach Eintritt des Todes wird die Würde des Menschen geachtet; dies gilt für den persönlichen sowie den ärztlichen und pflegerischen Umgang mit dem Verstorbenen, mit den Angehörigen und im Rahmen der Abschiedskultur im Krankenhaus. Bei der Versorgung Verstorbener berücksichtigen die Mitarbeiter deren kulturellen und religiösen Hintergrund. Es können z.B. rituelle Waschungen vorgenommen werden. Der Krankenhausseelsorger führt bei Bedarf Gespräche mit den Angehörigen. Ein Gedenkgottesdienst für die im Krankenhaus Verstorbenen findet jährlich statt.

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.

Bereits seit dem Jahr 1998 setzt die EKS ein umfassendes Qualitätsmanagement - System (UQM) um. Das UQM basiert auf dem Management-Konzept der European Foundation of Quality Management (EFQM). Hierzu gründete sich eine Steuergruppe mit Vertretern aller Berufsgruppen, die die Koordination der UQM-Aktivitäten vornimmt und eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung anstrebt. Eine interne Koordinatorin wurde zusätzlich benannt. Aktivitäten sind u.a. Analyse von Schwachstellen sowie Problemlösungen und Maßnahmenentwicklungen in Qualitätszirkeln und Arbeitsgruppen.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

Das Krankenhaus entwickelt, vermittelt und setzt Maßnahmen zu Erreichung von Qualitätsziele um.

Im Leitbild sind Qualitätsziele formuliert. Für die patientenversorgenden Bereiche liegen separate Leitbilder vor, in denen patientenorientierte Qualitätsziele definiert sind. Zusätzlich legen die Krankenhausführung, die leitenden Abteilungsärzte und die Steuergruppe Qualitätsziele für ihre Bereiche fest. Diese ergeben sich aus medizinischen und pflegerischen Leitlinien, rechtlichen Vorschriften oder beruhen auf der Auswertung der Patientenbefragung sowie Erkenntnissen des Beschwerdemanagements. Die Qualitätskontrolle obliegt der Krankenhausführung.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Das umfassende Qualitätsmanagement organisiert sich in Form einer Projektinfrastruktur mit Steuergruppe, Projekt-, Arbeits- und Qualitätsgruppen. In 4-tägigen Seminaren wurden 32 Mitarbeiter in dem Themengebiet "Eigenständige Moderation von Arbeitsgruppen bzw. Qualitätszirkel" ausgebildet. 14 Mitarbeiter wurden zu Multiplikatoren im Rahmen eines Kommunikationstrainings ausgebildet. Das Multiplikatorenmodell baut darauf, eine positive Stimmung in der Krankenhauskultur zu entwickeln und die bereits erreichten Erfolge des UQM intern zu kommunizieren.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Es bestehen in allen Abteilungen Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung. Infektionsstatistiken werden regelmäßig ausgewertet. Die chirurgische Fachabteilung nimmt an einer externen Qualitätssicherung über bestimmte operative Eingriffe teil. Die Ergebnisse werden zur internen Qualitätssicherung genutzt. Die Röntgenabteilung führt regelmäßig Konsistenzprüfungen durch, um die Qualität der Röntgenbilder zu gewährleisten. Das Labor nimmt an Ringversuchen teil, um die Genauigkeit der laborchemischen Untersuchungen zu garantieren.

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

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

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben.

Die EKS nimmt an den gesetzlich festgelegten externen Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 137 SGB V teil. Die Daten für diese externe Qualitätssicherung dokumentieren die zuständigen Operateure in den Fachabteilungen der Allgemein- und Unfallchirurgie sowie der Plastischen Chirurgie per EDV. Ein verantwortlicher Oberarzt sammelt die Daten und schickt sie an die Firma Quandt zur Auswertung. Jahresauswertungen gehen an die Chefarzte der jeweiligen Abteilungen. Weitere Ergebnisse liefern monatliche Fallstatistiken und Ergebnisse der Patientenbefragungen.

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 Krankenversorgung genutzt.

Im Rahmen des UQM-Projektes führte die EKS mit Hilfe externer Institute Befragungen unterschiedlicher Anspruchsgruppen durch. Dazu zählten eine Mitarbeiterbefragung, eine Einweiser- und Bevölkerungsbefragung und eine kontinuierliche Patientenbefragung. Die Krankenhausführung bewertete die Ergebnisse der Befragungen und verabschiedete Verbesserungsmaßnahmen. Arbeitsgruppen und Qualitätszirkel bearbeiteten Themen z.B. zu den Informationsbedürfnissen der Mitarbeiter, Fortbildungsveranstaltungen, Zusammenarbeit der Abteilungen usw.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Die Krankenhausleitung strebt eine kontinuierliche Verbesserung der Patientenzufriedenheit an. Deswegen hat sie ein Konzept für ein Beschwerdemanagement entwickelt und es allen Mitarbeitern transparent gemacht. Patienten und Angehörige können ihre Beschwerden mündlich oder schriftlich äußern. Hierbei stehen ihnen alle Mitarbeiter und ein Patientenfürsprecher gerne zur Verfügung. Patienten können anonym ihre Meinung/Beschwerde in der Patientenbefragung oder bei den Mitarbeitern der Aufnahme äußern, die diese an die zuständige Stelle weiterleitet.