

Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V

für das Berichtsjahr 2006

Schlossklinik Rottenburg

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 23.10.2007 um 13:36 Uhr erstellt.

DKTIG: <http://www.dktig.de>

ProMaTo: <http://www.netfutura.de>

Teil A - Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses.....	6
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	6
A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	6
A-3 Standort(nummer)	6
A-4 Name und Art des Krankenhausträgers	6
A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus	6
A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses.....	7
A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	7
A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses.....	7
A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	7
A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses.....	9
A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	10
A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V.....	10
A-13 Fallzahlen des Krankenhaus:.....	10
Teil B - Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	11
B-[1] Fachabteilung Innere Medizin.....	11
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	11
B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	11
B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	11
B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	11
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	11
B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD	12
B-[1].7 Prozeduren nach OPS	13
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	14
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	14
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	14
B-[1].11 Apparative Ausstattung	14
B-[1].12 Personelle Ausstattung	14
B-[2] Fachabteilung Physikalische Therapie.....	16
B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	16
B-[2].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung	16
B-[2].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	16
B-[2].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	17
B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	17
B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD	17
B-[2].7 Prozeduren nach OPS	17
B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	17
B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	17
B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	17
B-[2].11 Apparative Ausstattung	17
B-[2].12 Personelle Ausstattung	17
Teil C - Qualitätssicherung	19
C-1 Teilnahme externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren).....	19
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	20
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach	

§ 137f SGB V.....	20
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .	20
C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V....	20
C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)	20
Teil D - Qualitätsmanagement.....	21
D-1 Qualitätspolitik.....	21
D-2 Qualitätsziele	22
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	24
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements.....	25
D-5 Qualitätsmanagement-Projekte.....	28
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements	28

Einleitung



Abbildung: Schlossklinik Rottenburg

Der Gesetzgeber verpflichtet gemäß § 137 SGB V ab dem Jahr 2005 in regelmäßigen Abständen von zwei Jahren jedes Krankenhaus, einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen und der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Die Schlossklinik Rottenburg ist Teil des Landshuter Kommunalunternehmens für medizinische Versorgung La.KUMed. Dieser Bericht umfasst nicht das Gesamtunternehmen, sondern bezieht sich aus formellen Gründen in seinen Inhalten auf den Standort Rottenburg. Die weiteren Standorte Landshut-Achdorf und Vilsbiburg werden gesondert dargestellt. Wesentliche Inhalte dieses Qualitätsberichts stellen die Versorgungsschwerpunkte, die Leistungsangebote und -inhalte der verschiedenen Fachabteilungen dar. Die Qualitätspolitik und das Qualitätsmanagement sind für die Kliniken Krankenhaus Landshut-Achdorf, Kreiskrankenhaus Vilsbiburg und Schlossklinik Rottenburg in wesentlichen Punkten identisch, da dieser Themenkomplex, wie viele andere wichtigen Aufgabenstellungen, standortübergreifend organisiert ist. Mit der Veröffentlichung möchten wir unsere medizinische Leistungsfähigkeit und unsere permanenten Anstrengungen zum Wohle unserer Patienten einer breiten Öffentlichkeit in allgemein verständlicher Form näher bringen. Abschließend möchte ich mich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bedanken, die gemäß unserem Leitbild mit Engagement und Motivation die bestmögliche Betreuung und Versorgung unserer Patienten gewährleisten.

Landshut, im Oktober 2007

Marlis Flieser-Hartl
Geschäftsführende Vorstandsvorsitzende

Verantwortlich:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Assessorin jur. Marlis Flieser-Hartl	Geschäftsführende Vorstandsvorsitzende	0871/404-1616	0871/404-1662	sekretariat.vorstand@lakumed.de

Ansprechpartner:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Dr. med. Klaus Timmer	Ärztlicher Direktor	08781/9499-0	08781/6461	klaus.timmer@schlossklinik-rottenburg.de
Ewald Bock	Pflegedienstleitung	08781/9488-0	08781/6461	ewald.bock@schlossklinik-rottenburg.de
Gisela Kurkowiak	Pflegedienstleitung	0871 / 404-2591	0871 / 404-1652	pflegedienst@kh-landshut-achdorf.de
Thomas Waitl	Leitung Abteilung Betriebswirtschaft	0871 / 404-1611	0871 / 404-1662	thomas.waitl@lakumed.de
Johann Butz	Verwaltungsleitung	0871 / 404-1600	0871 / 404-1662	johann.butz@lakumed.de
Gerald Wittmann	Leitung Einkauf und Beschaffung	0871 / 404-1613	0871 / 404-1662	gerald.wittmann@kh-landshut-achdorf.de
Christian Gruber	Personalleitung	0871 / 404-0	0871/404-1662	christian.gruber@landkreis-landshut.de
Caroline Oberprieler	Qualitätsmanagementbeauftragte und Öffentlichkeitsarbeit	0871 / 404-1657	0871 / 404-1662	caroline.oberprieler@lakumed.de

Links:

www.schlossklinik-rottenburg.de
www.lakumed.de
info@lakumed.de

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Marlis Flieser-Hartl, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Teil A - Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hausanschrift:

Schlossklinik Rottenburg

Schloßstraße 1

84056 Rottenburg

Telefon:

08781 / 9499 - 0

Fax:

08781 / 9499 - 6461

E-Mail:

verwaltung@schlossklinik-rottenburg.de

Internet:

www.schlossklinik-rottenburg.de, www.lakumed.de

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260920365

A-3 Standort(nummer)

00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name:

Landshuter Kommunalunternehmen für medizinische Versorgung La.KUMed (Anstalt des öffentlichen Rechts)

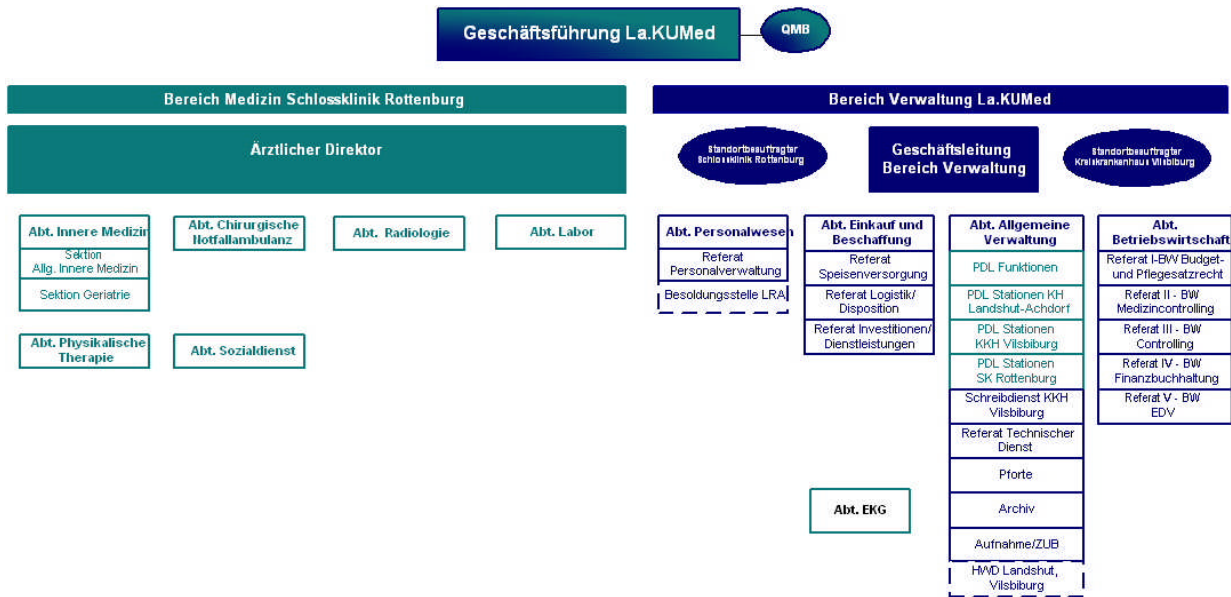
Art:

öffentlich

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Nein

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



Abkürzungen:

Abt.: Abteilung
 BW: Betriebswirtschaft
 HWD: Hauswirtschaftsdienst
 KH: Krankenhaus
 KKH: Kreiskrankenhaus
 LRA: Landratsamt
 La.KUMed: Landshuter Kommunalunternehmen für medizinische Versorgung
 PDL: Pflegedienstleitung
 QMB: Qualitätsmanagementbeauftragter
 SK: Schlossklinik
 ZUB: Zentraler Untersuchungs- und Behandlungsbereich

Legende:

----- Schnittstelle externe Firmen
 ● Stabstelle

Organigramm: Darstellung der Organisationsstruktur der Schlossklinik Rottenburg

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung:
 Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung ?

Nein

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP03	Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare	2002 wurde ein Konzept zur Anleitung für pflegende Angehörige konzipiert und seit dieser Zeit angeboten
MP04	Atemgymnastik	Durch Physiotherapie
MP05	Babyschwimmen	Ambulant durch Hebammenpraxis

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP07	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiter	Dipl.Sozialpädagogin (FH) Einzelgespräche, Familiengespräche, psychosoziale Gesprächsangebote
MP08	Berufsberatung/ Rehabilitationsberatung	Dipl.Sozialpädagogin (FH)
MP09	Besondere Formen/ Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Mitarbeiter-Schulung , z.B. Umgang mit Tod und Sterben, Leben bis zuletzt - ein anderer Umgang mit Sterbenden
MP10	Bewegungsbad/ Wassergymnastik	Gruppengymnastik / Einzelgymnastik
MP11	Bewegungstherapie	Geh- und Gangschulung
MP12	Bobath-Therapie	Zertifizierte Fortbildungen für Mitarbeiter des Pflegedienstes und der Therapie, Patienten werden nach dem Bobathkonzept berufsübergreifend behandelt
MP13	Diabetiker-Schulung	Einzelberatung durch ärztlichen Dienst
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Diätassistentin, Konsistenzberatung durch Logopädie bei Patienten mit Kau- und Schluckstörungen
MP15	Entlassungsmanagement	Sozialdienst, Pflegeüberleitung
MP16	Ergotherapie	Alltagstraining z.B. Wasch- und Anziehtraining, sensomotorisches und feinmotorisches Training, Gedächtnistraining, Rollstuhltraining, Hilfsmittelanwendung, neuro-psychologische Austestung
MP21	Kinästhetik	Zertifizierte Fortbildungen für Mitarbeiter des Pflegedienstes
MP22	Kontinenztraining/ Inkontinenzberatung	Pflegedienst und externe Experten
MP24	Lymphdrainage	Komplexe manuelle Entstauungstherapie und Kompression nach gängigen Konzepten
MP25	Massage	Bindegewebsmassage, klassische Massagetherapie durch Masseur und Physiotherapie
MP26	Medizinische Fußpflege	Bei Bedarf durch medizinischen Fußpfleger
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	Dipl.Sozialpädagogin (FH) anerkannte Ausbildungsstelle für FH Praktikanten im Sozialwesen
MP31	Physikalische Therapie	Elektrotherapie, Wärmeanwendungen, Kryotherapie, Hydrotherapie
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik	Klassische Krankengymnastik, Atemgymnastik, Inhalationstherapie, Gehschule, Treppensteigen, Gleichgewichtstraining, Ergometer, Krankengymnastik nach Bobath, manuelle Therapie, Prothesentraining, Behandlung im Schlingentisch, Stehständer,
MP33	Präventive Leistungsangebote/ Präventionskurse	Sturzprophylaxeberatung, Transferanleitung, Angehörigenschulung, -beratung, -anleitung,
MP34	Psychologisches/ psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	Kooperation mit dem sozialpsychiatrischen Dienst
MP35	Rückenschule/ Haltungsschulung	Rückenschule durch Physiotherapie
MP37	Schmerztherapie/ -management	Durch den ärztlichen Dienst
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen	z.B. Wohnungsanpassung

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Pflegeexperten z.B. Bobathkonzept, Kinästhetik, Kau- und Schlucktraining
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/ Logopädie	Stimm-, Sprach- und Sprechübungen durch Logopädie, Schluckdiagnostik- und Therapie
MP45	Stomatherapie und -beratung	Durch Pflegedienst und externe Stomaberater
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/ Orthopädietechnik	Therapieabt. und externe Experten
MP48	Wärme- u. Kälteanwendungen	Fango, Rotlicht, Heissluft, heiße Rolle, Eis, Quark
MP51	Wundmanagement	Zeitgemäße Versorgung nach aktuellem Wissen von chronischen Wunden durch zertifizierte Wundexperten, Vakuseal-Therapie
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Regelmäßiger Austausch mit Selbsthilfegruppen und Fachstellen z.B. Alzheimer, Suchtberatung
MP00	Sonstiges	Organisation vom "Bündnis Gesundheit- Pflege- Medizin Landshut"
MP00	Sonstiges	Gründung und Organisation der Fortbildungsinitiative "MEHR WISSEN - BESSER PFLEGEN",
MP00	Sonstiges	Gründungsmitglied und Kooperationspartner des Wundnetzes Landshut e.V
MP00	Sonstiges	Entwicklung und Implementierung des Assessments Körperpflege (AKP ein einfaches Instrument zur Einschätzung der Körperpflege) zur Qualitätssicherung (mehrfach publiziert),

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA01	Aufenthaltsräume	
SA02	Ein-Bett-Zimmer	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA08	Teeküche für Patienten	
SA09	Unterbringung Begleitperson	
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA12	Balkon/ Terrasse	
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	auf Anfrage
SA15	Internetanschluss am Bett/ im Zimmer	auf Anfrage
SA17	Rundfunkempfang am Bett	
SA18	Telefon	
SA19	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)	
SA24	Faxempfang für Patienten	
SA25	Fitnessraum	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	
SA31	Kulturelle Angebote	
SA32	Maniküre/ Pediküre	
SA33	Parkanlage	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA41	Dolmetscherdienste	
SA42	Seelsorge	

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger/Innen in der Berufsfachschule für Krankenpflege des Landkreises Landshut.

Weiterführende Informationen unter www.krankenpflegeschule-vilsbiburg.de

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

66 Betten

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses:

Vollstationäre Fallzahl:

457

Teilstationäre Fallzahl:

0

Ambulante Fallzahlen

Patientenzählweise:

0

Teil B - Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-[1] Fachabteilung Innere Medizin

B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Innere Medizin

Art der Abteilung:

bettenführende Hauptabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

0100

Hausanschrift:

Schloßstraße 1

84056 Rottenburg

Telefon:

08781 / 9499 - 0

Fax:

08781 / 6461

E-Mail:

thomas.rohrmeier@schlossklinik-rottenburg.de

Internet:

www.lakumed.de, www.schlossklinik-rottenburg.de

B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin:	Kommentar / Erläuterung:
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	

B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:

457

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Top 15 Diagnosen

Rang	CD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	I50	27	Herzschwäche
2	I63	23	Schlaganfall durch Gefäßverschluss - Hirninfarkt
2	J18	23	Lungenentzündung, Erreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
4	E86	13	Flüssigkeitsmangel
5	I83	11	Krampfadem der Beine
5	N39	11	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
7	E11	10	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
7	F10	10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
7	J44	10	Sonstige anhaltende Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege
10	I70	9	Arterienverkalkung
10	T88	9	Sonstige Komplikationen bei operativen Eingriffen bzw. medizinischer Behandlung
12	D64	8	Sonstige Blutarmut
12	F05	8	Verwirrtheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt
12	F32	8	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
15	A04	7	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien

Weitere Kompetenz-Diagnosen

Rang	CD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	I63.5	17	*Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien
1	J18.1	17	*Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet
3	J44.1	10	*Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet
3	N39.0	10	*Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet
5	I70.2	9	*Atherosklerose der Extremitätenarterien
5	I83.2	9	*Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung
5	T88.7	9	*Nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge
8	E11.71	7	*Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit multiplen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
8	F05.1	7	*Delir bei Demenz
10	A04.7	6	*Enterokolitis durch Clostridium difficile
10	R04.0	6	*Epistaxis
12	F10.0	<= 5	*Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
12	G30.1	<= 5	*Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn

Rang	CD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
12	J96.0	<= 5	*Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
12	K52.9	<= 5	*Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet

B-[1].7 Prozeduren nach OPS

Top 15 Operationen

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	8-900	73	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene
2	1-632	64	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
3	1-650	37	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
4	8-800	31	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
5	8-390	30	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z.B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett
6	1-440	15	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
7	1-444	13	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung
8	1-610	12	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung
8	3-200	12	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
10	1-611	11	Untersuchung des Rachens durch eine Spiegelung
11	9-310	9	Behandlung von Störungen der Stimme, des Sprechens, der Sprache bzw. des Schluckens
12	8-191	7	Verband bei großflächigen bzw. schwerwiegenden Hauterkrankungen
13	5-893	6	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut
13	8-930	6	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
15	3-203	<= 5	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel

Weitere Kompetenz-Prozeduren

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	8-390.0	25	*Lagerungsbehandlung: Lagerung im Spezialbett
2	1-444.7	8	*Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1-5 Biopsien

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
3	1-444.6	<= 5	*Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie
3	5-452.2	<= 5	*Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch
3	8-390.1	<= 5	*Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz:	Angebotene Leistung:	Art der Ambulanz:
Physiotherapie-Ambulanz	ambulante Physiotherapie, Bewegungsbad, Logopädie, Ergotherapie	Sonstige

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Kommentar / Erläuterung:
AA03	Belastungs-EKG/ Ergometrie	
AA12	Endoskop	
AA18	Hochfrequenztherapiegerät	
AA19	Kipptisch (z.B. zur Diagnose des orthostatischen Syndroms)	
AA27	Röntgengerät/ Durchleuchtungsgerät (z.B. C- Bogen)	[24h verfügbar]
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät	
AA31	Spirometrie/ Lungenfunktionsprüfung	

B-[1].12 Personelle Ausstattung

B-12.1 Ärzte:

Ärzte insgesamt (außer Belegärzte):

6,6

Davon Fachärzte:

5

Belegärzte (nach § 121 SGB V):

0

Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Bezeichnung:	Kommentar / Erläuterungen:
AQ23	Innere Medizin und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	
ZF09	Geriatric	
ZF32	Physikalische Therapie und Balneotherapie	

B-12.2 Pflegepersonal:

Pflegekräfte insgesamt:

10,5

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung):

10,4

Kommentar / Erläuterung:

einschl. 1 KPH (1jährige Ausb.), 2 MA Wundexperten mit 46 Fortbildungseinheiten,

1 Praxisanleiter, 3 Mentoren

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung):

0

B-12.3 Spezielles therapeutisches Personal:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar:
SP28	Wundmanager	

B-[2] Fachabteilung Physikalische Therapie

B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Physikalische Therapie

Art der Abteilung:

Nicht bettenführende Hauptabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

3790

Hausanschrift:

Schloßstraße 1

84056 Rottenburg

Telefon:

08781 / 9499 - 0

Fax:

08781 / 9499 - 6461

E-Mail:

verwaltung@schlossklinik-rottenburg.de

Internet:

www.lakumed.de, www.schlossklinik-rottenburg.de

B-[2].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Physikalische Therapie:	Kommentar / Erläuterung:
VS00	Funktionsbezogene Physiotherapie bei allen stationären Patienten nach verschiedenen Konzepten (z.B. Bobath, Maitland)	
VS00	Massage	
VS00	Inhalationstherapie	
VS00	Medizinische Trainingstherapie an Geräten	
VS00	Kälte-, Wärmetherapie	
VS00	Elektrotherapie	
VS00	Prä- und Postoperative Hilfsmittelschulung	

B-[2].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[2].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:

0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-[2].7 Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz:	Angebotene Leistung:	Art der Ambulanz:
Physiotherapie-Ambulanz	ambulante Physiotherapie, Bewegungsbad, Logopädie, Ergotherapie	Sonstige

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

B-[2].11 Apparative Ausstattung

trifft nicht zu / entfällt

B-[2].12 Personelle Ausstattung

B-12.1 Ärzte:

Ärzte insgesamt (außer Belegärzte):

1

Davon Fachärzte:

1

Belegärzte (nach § 121 SGB V):

0

Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Bezeichnung:	Kommentar / Erläuterungen:
AQ23	Innere Medizin und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	

Nr.	Bezeichnung:	Kommentar / Erläuterungen:
ZF09	Geriatric	
ZF32	Physikalische Therapie und Balneotherapie	

B-12.2 Pflegepersonal:

Pflegekräfte insgesamt:

0

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung):

0

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung):

0

B-12.3 Spezielles therapeutisches Personal:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar:
SP05	Ergotherapeuten	
SP14	Logopäden	
SP15	Masseure/ Medizinische Bademeister	
SP21	Physiotherapeuten	

Teil C - Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

Leistungsbereich:	Fallzahl:	Dokumentationsrate in %:	Kommentar:
Ambulant erworbene Pneumonie	25	100	
Gesamt	25	100	

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

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

C-1.2 B Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren / Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung:

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

C-1.2 C Vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zur Veröffentlichung empfohlene / noch nicht bzgl. ihrer methodischen Eignung bewertete Qualitätsindikatoren :

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

In der Spalte 3 Bewertung durch Strukt. Dialog ist in den Unterabschnitten C-1.2 A.I, C-1.2 B.I und C-1.2 C.I die Bewertung des Strukturierten Dialogs verpflichtend darzustellen. Aus folgender Liste ist die zutreffende Zahl ausgewählt:

8 = Ergebnis unauffällig, kein Strukturiertes Dialog erforderlich

1 = Krankenhaus wird nach Prüfung als unauffällig eingestuft

6 = Krankenhaus wird nach Prüfung als positiv auffällig, d. h. als besonders gut eingestuft

2 = Krankenhaus wird für dieses Erhebungsjahr als unauffällig eingestuft, in der nächsten Auswertung sollen die Ergebnisse aber noch mal kontrolliert werden

3 = Krankenhaus wird ggf. trotz Begründung erstmals als qualitativ auffällig bewertet

4 = Krankenhaus wird ggf. trotz Begründung wiederholt als qualitativ auffällig bewertet

5 = Krankenhaus wird wegen Verweigerung einer Stellungnahme als qualitativ auffällig eingestuft

9 = Sonstiges

0 = Derzeit noch keine Einstufung als auffällig oder unauffällig möglich, da der Strukturierte Dialog noch nicht abgeschlossen ist

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

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

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

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

Teil D - Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Präambel

Unsere Krankenhäuser sind in der Bevölkerung über Stadt und Landkreis Landshut hinaus anerkannte Dienstleistungsunternehmen, die an ihrem jeweiligen Standort spezifische Aufgaben wahrnehmen und die Patientinnen und Patienten als selbstbestimmte Partner behandeln. Dabei sind der Wunsch und das Wohl der Patientin und des Patienten die Maxime unseres gemeinsamen Handelns. Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter ist bereit, mitzuwirken, dass für jede Patientin und jeden Patienten des Krankenhauses die bestmögliche Betreuung und Versorgung gewährleistet wird.

Leitbild

Das Leitbild legt die Ziele und Grundsätze dar, die für die Arbeit in den Krankenhäusern des Landshuter Kommunalunternehmens handlungsleitend sind. Es berücksichtigt die bestehenden Gesetze und schließt unter dem Aspekt einer ganzheitlichen Versorgung medizinische und ethische Grundsätze mit ein.

Unser Handeln wird durch folgende Leitsätze bestimmt:

1. Im Rahmen des Versorgungsauftrages verstehen sich unsere Krankenhäuser als moderne Dienstleistungsunternehmen, welche Arbeits- und Ausbildungsplätze für den Landkreis Landshut sichern und in welchen die bestmögliche medizinische, pflegerische und rehabilitative Versorgung für die Bürgerinnen und Bürger der Region auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft gewährleistet wird. Die Weiterentwicklung von Medizin und Pflege ist eine wichtige Aufgabe der Führungskräfte aller Abteilungen.
2. Unser Handeln wird durch die ethische Vorstellung von helfen, heilen, lindern unter Achtung der menschlichen Würde und des respektvollen Umgangs mit den Patientinnen und Patienten, unabhängig von Alter und Geschlecht, Nationalität, kultureller und sozialer Herkunft bestimmt. Wir wollen Gesundheit fördern, Krankheit heilen, verlorene Fähigkeiten wiederherstellen und wo dies nicht möglich ist, das Leiden lindern und ein würdevolles Sterben begleiten. Wir sehen Patientinnen und Patienten als selbstbestimmte Menschen, die aktiv in den Heilungsprozeß einbezogen werden. Die Angehörigen sind uns zur Unterstützung dieser Arbeit willkommen und werden mit ihren Sorgen ernst genommen.
3. Alle Abteilungen arbeiten an dem gemeinsamen Ziel einer patientenorientierten Versorgung im Interesse des Gesamtunternehmens vertrauensvoll zusammen. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind bereit zu eigenverantwortlichem Handeln. Jede einzelne Mitarbeiterin und jeder einzelne Mitarbeiter hat Verantwortung für die uns anvertrauten Patientinnen und Patienten und die Qualität der gesamten Dienstleistung in unseren Krankenhäusern. Zur Förderung dieser Fähigkeiten und zur Sicherung von Qualität und Professionalität haben Fort- und Weiterbildung einen hohen Stellenwert.
4. Unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wird berufsgruppenübergreifend durch offene, respektvolle und gleichberechtigte Kommunikation, Wertschätzung und Hilfsbereitschaft eine Vertrauensbasis geschaffen. Konflikte werden offen, sachlich und zeitnah behandelt und es wird gemeinsam nach einer Lösung gesucht. Bei notwendigen Veränderungen werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter rechtzeitig informiert und frühzeitig in die Maßnahmen einbezogen.
5. Aufgaben, Verantwortungsbereiche und Entscheidungsbefugnisse sind klar abgegrenzt. Die Führungskräfte schaffen Transparenz durch Kommunikation und Information und sind verantwortlich für eine kreative und mitarbeiterfreundliche Arbeitsatmosphäre. Dabei werden die individuellen Fähigkeiten der einzelnen Mitarbeiterin und des einzelnen Mitarbeiters berücksichtigt.
6. Die Zusammenarbeit mit unseren Partnern orientiert sich am konstruktiven Miteinander und ist geprägt von Verlässlichkeit

und gegenseitiger Wertschätzung und Fairneß.

7. Die Wirtschaftlichkeit unseres Unternehmens wird durch einen verantwortungsbewußten Umgang mit den zur Verfügung gestellten Mitteln und Ressourcen weiter gestärkt. Zum Erhalt unserer Umwelt werden bei allen Beschaffungsmaßnahmen und Entsorgungen die ökologischen Aspekte mit berücksichtigt.

8. Ein umfassendes Qualitätsmanagement ist unverzichtbarer Bestandteil zum Erhalt und zur Weiterentwicklung unserer Krankenhäuser. Zur Sicherstellung der Qualität unserer Arbeit verwenden wir patientenorientierte Standards und unterziehen uns regelmäßigen Kontrollen im Rahmen eines Qualitätsmanagements.

Qualitätspolitik

Ziel des Landshuter Kommunalunternehmens für medizinische Versorgung ist es, die medizinische Versorgung der Landkreisbürger auf hohem Niveau zu gewährleisten und die flächendeckende wohnortnahe medizinische Versorgung durch den Erhalt der drei Krankenhäuser sicher zu stellen.

Dafür stellt die Krankenhausleitung durch geeignete Qualitätspolitik sicher, dass die Anforderungen und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Kostenträger und sonstigen Leistungsnehmern an die Krankenhäuser im Rahmen des wirtschaftlich Vertretbaren und im Rahmen der vom Gesellschafter bereitgestellten finanziellen und räumlichen Ausstattung erfüllt werden.

Das übergeordnete Ziel der Erbringung unserer Dienstleistung ist es, die bestmögliche medizinische und pflegerische Betreuung unserer Patientinnen und Patienten sowie eine angemessene Versorgung im stationären und ambulanten Bereich, einschließlich der technischen Ausstattung und der Unterbringung zu ermöglichen.

Grundlage für Diagnostik, Therapie und Pflege sind die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse.

Wir sehen unsere Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige als Partner. Zum erweiterten Partnerkreis zählen wir Kostenträger, niedergelassene Ärzte, Reha-Einrichtungen und weitere vor- und nachgelagerte Einheiten in der Leistungserbringung im Gesundheits- und Sozialwesen (z.B. Altenhilfeeinrichtungen), welche ebenfalls in unsere Qualitätspolitik eingeschlossen sind.

Basis der Behandlung und Pflege sind die persönliche Zuwendung zum Patienten und den Angehörigen und deren individuelle Betreuung, Beratung, Begleitung und Information auf der Grundlage einer ganzheitlichen Sichtweise.

D-2 Qualitätsziele

Strategische/operative Ziele:

Erfolgsfaktor Wirtschaftlichkeit und Leistungserbringung

Strategische Ziele

- Kernprozesse optimieren unter Berücksichtigung von Synergieeffekten
- Überprüfung der Leistungserbringung der Sekundärbereiche

Operative Ziele

- Aufnahmeplanung und Ablauforganisation

Erfolgsfaktor Innovation

Strategische Ziele

- neue Leistungsfelder erschließen
- Integrierte Versorgung

Operative Ziele

- Häuserübergreifende Etablierung Gefäßchirurgie mit Kooperation Reha Schlossklinik Rottenburg

Erfolgsfaktor Werteorientierung

Strategisches Ziel

- Ausbau der Kommunikationsstruktur

Operatives Ziel

- Implementierung des Leitbildes in eine Besprechungskultur

Erfolgsfaktor Personalorientierung

Strategische Ziele

- Optimierung personeller Ressourcen unter Berücksichtigung der Mitarbeiter-Belange
- Keine betriebsbedingten Kündigungen

Operatives Ziel

- Mitarbeiterbefragung

Erfolgsfaktor Patienten- und Partnerorientierung

Strategische Ziele

- Ausbau des Patientenservices und der Attraktivität
- Faire Zusammenarbeit mit unseren Partnern
- Optimierung der Räumlichkeiten

Operatives Ziel

- Optimierung der Arztbriefschreibung
 - Intensivierung Kooperation mit niedergelassenen Ärzten bis Ende 2007 u. andere Leistungserbringer

Messung und Evaluation der Zielerreichung:

Im Rahmen des Qualitätscontrollings werden die Wirksamkeit und die Effizienz überwacht sowie die Maßnahmen zur Zielerreichung gesteuert und koordiniert. Schwachstellen und Verbesserungspotentiale, die bei durchgeführten Audits, Beschwerden und Reklamationen sowie bei Befragungen offenkundig werden, werden im Sinn eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses genutzt und zur Weiterentwicklung und Zielerreichung herangezogen. Auf diese Weise werden der Fortschritt und die Wirksamkeit der Organisationsentwicklung überwacht.

Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung:

Qualitätspolitik und Zielsetzungen werden im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung sowie des Besprechungswesens vermittelt; sie sind den Mitarbeitern bekannt und werden von diesen umgesetzt.

In regelmäßigen Abständen wird die Vermittlung der Qualitätspolitik sowie der Zielsetzungen auf ihre Wirksamkeit hin mittels Audits überprüft.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Aufbauorganisation des gültigen QM-Systems ergibt sich aus dem Organigramm und der Dienstordnung. Für jeden Arbeitsplatz sind Stellenbeschreibungen im Unternehmen mit Ausnahmen vorhanden. Ausnahmen ergeben sich durch Verträge sowie der Dienstordnung und der Richtlinie zu Stellenbeschreibungen.

Um den gesetzlichen Anforderungen im Rahmen der allgemeinen Organisationspflicht des Unternehmens nachzukommen, wurden Betriebsbeauftragte bestellt. Eine Übersicht der gesetzlich vorgeschriebenen Beauftragten für die Schlossklinik Rottenburg vereinfacht die Überwachung der Bestellungen. Für jeden Betriebsbeauftragten sind die Verantwortungen und Befugnissen Stellenbeschreibungen geregelt. Eine gültige Liste der beauftragten MitarbeiterInnen wird durch den Verwaltungsleiter gepflegt.

Für die Betreuung und Pflege des Qualitätsmanagementsystems wurde eine Stabstelle Qualitätsmanagement für das Gesamtunternehmen La.KUMed installiert, welche vom Qualitätsmanagementbeauftragten besetzt wird. Dieser arbeitet eng mit der Geschäftsführung und der Qualitätskommission zusammen, um über den aktuellen Stand von QM-Maßnahmen Rückmeldung zu erteilen und zu erhalten. Zur Weiterentwicklung des QMS stehen dem Gesamtunternehmern La.KUMed sechs ausgebildete interne ISO-Auditoren zur Verfügung, die verschiedene Berufsgruppen bekleiden. Weitere Besprechungen, die im Rahmen des QMS stattfinden, können der Besprechungsmatrix entnommen werden.

Daraus ist zu ersehen, dass die Aufbauorganisation des QM-Systems vollständig in die allgemeine Unternehmensorganisation integriert ist. Die Ablauforganisation des QM-Systems ergibt sich aus den verschiedenen Regelungen zu den einzelnen Prozessen (z.B. Verfahrensanweisungen, mitgeltende Unterlagen und Arbeitsanweisungen).

Unser Qualitätsmanagementsystem orientiert sich an der Aufbau- und Ablauforganisation des Gesamtunternehmens La.KUMed. Die Einteilung in Qualitätsbereiche und Qualitätsbausteine lässt sich am verständlichsten in einer vereinfachten Abbildung der Leistungsprozesse des Krankenhauses darstellen. Diese beziehen sich dabei nicht nur auf die Struktur oder die laufenden Prozesse, sondern auch auf die Ergebnisse der Leistungserbringung. Das Qualitätsmanagementsystem ist deshalb an Hand von Qualitätsbereichen und Qualitätsbausteinen aufgebaut. Die entsprechenden Anforderungen ergeben

sich aus der DIN EN ISO 9001:2000.

Das QM-System gliedert sich in die nachfolgend dargestellten **Qualitätsbereiche**:

- allgemeine Rahmenbedingungen/Unternehmensführung/Struktur
- Patientenversorgung und sonstige Leistungserbringung
- Information und Kommunikation
- Zukunftsentwicklung

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Interne Auditinstrumente zur Überprüfung der Umsetzungsqualität nationaler Expertenstandards (z. B. Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz):

Bei **Qualitätsaudits** handelt es sich um die Wirksamkeitsüberwachung des Qualitätsmanagement-Systems, die von einem unabhängigen autorisierten Auditor durchgeführt werden. Die Qualitätsaudits werden in der Regel von den Qualitätsmanagementbeauftragten und Auditorenteam geplant, im Bedarfsfall aber auch ungeplant, durchgeführt. Ablauf, Inhalt und Termin werden mit den zu auditierenden Bereichen schriftlich abgestimmt.

Die Auswahl der Auditoren wird zusammen mit dem Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) vorgenommen und im Jahresauditplan bis Ende November des laufenden Jahres für das Folgejahr festgelegt. Es ist sichergestellt, dass die internen Auditoren qualifiziert und eingewiesen sind.

Ergebnisse werden in einem standardisierten Bericht zusammengefasst. Bei Abweichungen werden durch den Leiter des auditierten Bereichs Korrekturmaßnahmen definiert. Der Auditor kann hierbei Hilfestellung geben. Der QMB unterstützt den Bereich bei der Beseitigung der festgestellten Abweichungen und überwachen die Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen. Sie können auch Nachaudits veranlassen.

Die Geschäftsführung wird einmal jährlich vom QMB über die Ergebnisse und eingeleiteten Korrekturmaßnahmen informiert. Eine Rückmeldung über Ergebnisse von stattgefundenen Audits erfolgt in den regelmäßigen Besprechungen mit der Geschäftsführung und Leitungskräften des Unternehmens.

Bei einem **externen Qualitätsaudit** erfolgt die Begutachtung durch eine externe Institution. Dem Sachverständigen werden auf Verlangen die für die Qualitätsprüfung notwendigen Unterlagen zur Verfügung gestellt und Auskünfte erteilt. Für die Betreuung und Vorbereitung der externen Qualitätsprüfung ist der QMB verantwortlich. Für die Durchführung sind die jeweils gültigen Verfahren von DIN EN ISO 9001 Rev. 2000 verbindlich.

Beschwerdemanagement:

In der Schlossklinik Rottenburg werden Beschwerden als Chance gesehen, die helfen, zu einer stetigen Verbesserung beizutragen. In diesem Sinne werden Beschwerden (schriftlich oder mündlich) erfasst und bearbeitet. Beschwerden können von Patienten/Patientinnen, Mitarbeitern und Partnern geäußert werden. Nach konsequenter Analyse werden Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen ergriffen.

Als Beschwerde wird jegliche Form des mündlich oder schriftlich geäußerten Missfallens über Sachverhalte innerhalb des Krankenhauses verstanden. Lob kann von jedem Mitarbeiter entgegengenommen und mündlich an den betroffenen Mitarbeiter oder Bereich weitergeleitet werden.

Beschwerdeführer können Partner, Patienten/Patientinnen, Angehörige und auch MitarbeiterInnen sein, die eine Beschwerde geäußert haben.

Ziel der Bearbeitung dieser Rückmeldungen von Problemen und Beschwerden ist es, bei Beschwerden die Zufriedenheit des Partners/Patienten/Angehörigen usw. - wenn möglich - wieder herzustellen.

Controlling

Der Bereichs- und Abteilungsleiter informieren sich regelmäßig über die ihre Abteilung betreffenden Beschwerden und besprechen Ursachen und Konsequenzen einmal im Quartal mit ihren Mitarbeitern. Der Beschwerdemanager informiert schriftlich zum Jahresende den QMB über eingegangene Beschwerden und deren Lösungen. In quartalsweisen Besprechungen mit der Geschäftsführung wird über den aktuellen Stand berichtet.

Für das Beschwerdemanagement gelten folgende Grundsätze:

- Beschwerden werden wenn möglich direkt an Ort und Stelle bearbeitet
- Beschwerden werden zentral an Beschwerdemanager weitergeleitet
- Beschwerden weisen auf Verbesserungspotentiale des Unternehmens hin
- Beschwerden werden von uns als Chance verstanden etwas zu verbessern
- Wir gehen davon aus, dass uns nur die wenigsten Beschwerden erreichen

Fehler- und Risikomanagement:

Definition von Risiken = unerwünschten Ereignissen = Fehlern:

Betrifft alle Vorkommnisse, bei denen der einzelne Mitarbeiter das Gefühl hat, dass etwas nicht so abgelaufen ist, wie es dem Ablauf entspricht, bzw. etwas nicht so gelaufen ist, wie es sein sollte.

Hinweis: Auszuschließen von diesem Verfahren sind medizinische Komplikationen, die separat über das Komplikationsmanagement der jeweiligen Abteilung erfasst und analysiert werden. Komplikationen werden in Form der Besprechungen und internen/externen Fortbildungen thematisiert.

Ziel des Risikoerfassungsmanagements ist es, dass Fehler erkannt, erfasst und gelöst werden. Dieses Verfahren wird nicht dazu genutzt, „Schuldige“ zu identifizieren. Es bietet vielmehr die Möglichkeit, Ursachen zu analysieren, Korrekturen zu veranlassen und somit zu einer permanenten Verbesserung beizutragen.

Verantwortlich für die Analyse sowie die Einleitung von systematischen Korrektur- und Präventivmaßnahmen und deren Wirksamkeitsüberwachung ist der Risikomanagementbeauftragte in Zusammenarbeit mit der jeweiligen Bereichsleitung.

Fehler in Diagnose, Therapie und Pflege werden, wenn sie auftreten, umgehend korrigiert, um unmittelbaren Schaden abzuwenden. Zusätzlich werden laufende Überprüfungen in Form von Statistiken (z.B. Infektionsstatistik, Komplikationsstatistik, OP-Statistiken) und andere Auswertungen vorgenommen, um mögliche Fehler frühzeitig zu erkennen und einer Behebung zuzuführen.

Akute Gefahr hat jeder Mitarbeiter unverzüglich situationsgerecht, unter Berücksichtigung des Notfallplanes, abzuwenden

und Korrekturmaßnahmen zu veranlassen. Über die systematische Schulung ist sichergestellt, dass alle Mitarbeiter des Krankenhauses hierfür die notwendigen Kenntnisse haben und diese regelmäßig auffrischen.

Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen:

Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen erfolgen im Rahmen unseres Besprechungswesens.

Patienten-Befragungen:

Es wird regelmäßig über einen definierten Zeitraum eine Patientenbefragung im Rahmen eines Stichprobenverfahrens durchgeführt. Die Ergebnisse werden ausgewertet und analysiert.

Notwendige Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen werden festgehalten und umgesetzt. Im Rahmen der nächsten Patientenbefragung erfolgt eine Wirksamkeitsüberwachung der eingeleiteten Maßnahmen zu den Ergebnissen der vorangegangenen Befragungen.

Mitarbeiter-Befragungen:

Die Mitarbeiterzufriedenheit wird im Rahmen eines Projektes „Mitarbeiterbefragung“ durch die Personalstelle, in Zusammenarbeit mit dem Personalrat, durchgeführt. Zur Befragung werden die entwickelten Fragebögen eingesetzt:

Die Ergebnisse aus diesen Befragungen werden statistisch aufbereitet und an die Geschäftsführung weitergeleitet. Evtl. zu ergreifende Maßnahmen werden durch die Geschäftsführung, in Zusammenarbeit mit dem Personalrat, erarbeitet.

Einweiser-Befragungen:

Im Rahmen des Arbeitspaketes Partnerbindung und Beschwerdemanagement wurden die einweisenden Ärzte der Umgebung befragt. Die häufigsten niedergelassenen Mediziner die in die Häuser von La.KUMed einweisen wurden einer strukturierten Befragung unterzogen. Diese Befragung fand in Form eines Fragebogens statt. Dieser Bogen wurde an die einzelnen Mediziner per Post verschickt.

Maßnahmen zur Patienten-Information und -Aufklärung:

Die Patientenaufklärung erfolgt in den einzelnen Abteilungen sowohl durch Ärzte als auch durch das Pflegepersonal.

Die Aufklärung beinhaltet ein dokumentiertes ärztliches Aufklärungsgespräch sowie das Ausfüllen eines Aufklärungsbogens.

Hygienemanagement:

Für die Hygiene des Krankenhauses ist der ärztliche Direktor verantwortlich. Ihm steht die Hygienekommission und die Hygienefachkraft beratend zur Seite.

Das Hygienemanagement umfasst sämtliche Maßnahmen zur Hygiene in allen medizinischen und nichtmedizinischen Bereichen des Krankenhauses. Hierfür ist ein Hygiene-Monitoring-System aufgebaut.

Systematisch werden somit Prozessabläufe und Umgebungsbedingungen bei Diagnostik, Therapie und Pflege hinsichtlich hygienerelevanter Aspekte begutachtet und analysiert. Entsprechende Maßnahmen zur Infektionsverhütung, Desinfektion, Instrumenten- und Geräteaufbereitung, Personalschutzmaßnahmen, Umgang mit Krankenhausabfällen usw. werden eingeleitet und vom Hygienebeauftragten hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überwacht.

Hygienemanagement beinhaltet auch die Einleitung von infektionsprophylaktischen Maßnahmen, z.B. bei übertragbaren Krankheitsbildern.

Alle Inhalte sind in entsprechenden mitgeltenden Unterlagen und Arbeitsanweisungen festgehalten. Über regelmäßige Informationen sowie Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter wird sichergestellt, dass die Inhalte in der betrieblichen Praxis umgesetzt werden.

Die Wirksamkeit sowie der Umsetzungsgrad werden regelmäßig und systematisch überwacht.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

trifft nicht zu / entfällt

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Qualitätsbericht und Bewertung des Qualitätsmanagement-Systems

Die Controlling-Informationen werden durch die Qualitätsmanagementbeauftragten einmal jährlich in einem Qualitätsbericht (Reviewbericht) zusammengefasst. Dieser wird bis Ende November des laufenden Jahres fertig gestellt und danach zur QM-Bewertung der Geschäftsführung vorgelegt. Die Datensammlung für den Reviewbericht beginnt im Juni des laufenden Jahres. Alle betroffenen Stellen sind angehalten regelmäßig Rückmeldung über die relevanten Eingabedaten für den Reviewbericht zu erteilen. Ein genauerer Ablauf für die Erstellung des Reviewberichtes ist beim QMB einsehbar. Der interne Qualitätsbericht dient der Bewertung des QM-Systems durch die Geschäftsführung. Diese bewertet und kommentiert das QM-System auf der Basis dieses Berichts und veranlasst bei Bedarf Korrekturmaßnahmen.