



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: Klinik Neustadt a. d. Aisch

Institutionskennzeichen: 260950351

Anschrift: Paracelsusstr. 30 - 36
91413 Neustadt a. d. Aisch

Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2007 – 0080 K

durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:

QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH

Datum der Ausstellung: 31.10.2007

Gültigkeitsdauer: 30.10.2010

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Basisteil	8
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	8
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	16
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	33
C Qualitätssicherung	37
C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	37
C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	39
C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)	39
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V	40
Systemteil	43
D Qualitätspolitik	43
E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	45
F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	49
G Weitergehende Informationen	50
H Ausstattung	51
Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Klinik Neustadt a. d. Aisch	57
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	57
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	63
3 Sicherheit im Krankenhaus	67
4 Informationswesen	72
5 Krankenhausführung	75
6 Qualitätsmanagement	79

Vorwort der KTQ®

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

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

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

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

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

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

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

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

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

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

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

Dr. G. Jonitz
Für die Bundesärztekammer

H.-Theo Riegel
Für die Spitzen-
verbände der Krankenkassen

Dr. M. Walger
Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller
Für den Deutschen Pflegerat

Einleitung

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

vielen Dank für Ihr Interesse am Qualitätsbericht der Klinik Neustadt a. d. Aisch.

Die Klinik Neustadt a. d. Aisch ist ein modernes Krankenhaus der Regelversorgung im Kommunalunternehmen Kliniken des Landkreises Neustadt a. d. Aisch.- Bad Windsheim. Zum Unternehmen gehört die Klinik Bad Windsheim-Uffenheim mit zwei Standorten. Die Klinik Neustadt a. d. Aisch übernimmt mit der KTQ-Zertifizierung eine Vorreiterrolle innerhalb der Landkreiskliniken.



Die kontinuierliche Verbesserung der Qualität und Weiterentwicklung unserer Arbeit ist eine Antwort auf die grundlegenden Strukturveränderungen im Gesundheitswesen. Unser Qualitätsmanagement sichert eine ständige Verbesserung unserer Leistungen.

Unsere Klinik mit ihren 181 Betten hält folgende stationäre Fachabteilungen vor:

- Medizinische Klinik
- Chirurgie
- Geburtshilfe - Gynäkologie
- Anästhesie
- Urologie
- HNO

Im Jahr 2008 feiert die Klinik ihr 50jähriges Bestehen.

In diesem halben Jahrhundert hat sich das Haus ständig modernsten medizinischen Standards angepasst und hier selbst Zeichen gesetzt. So haben wir bereits 1986 einen Linksherzkathetermessplatz eingerichtet. Die Klinik ist zu einem modernen Dienstleistungsunternehmen geworden. Darüber hinaus hat sich die einst eher sachliche Atmosphäre im Haus zu einem Wohlfühlambiente entwickelt. Stillstand wird es jedoch nicht geben. Wir sehen Qualität als einen unaufhörlichen Wachstumsprozess.

Unter den Kliniken des Landkreises findet eine effiziente Aufgabenteilung statt. In der Klinik Neustadt a. d. Aisch konzentriert sich die Medizinische Klinik z. B. eher auf die Kardiologie. Wir legen auch großen Wert auf einen guten Kontakt zu unseren externen Partnern und den niedergelassenen Ärzten. Regelmäßig finden Treffen mit den Altenheimen und den ambulanten Pflegediensten der Region statt. Wir führen Fortbildungen gemeinsam mit Seniorenheimen, ambulanten Pflegediensten und Arztpraxen durch. Mit mehreren Selbsthilfegruppen (Brustkrebs, Suchthilfe) stehen wir in regem Austausch.



Um eine umfassende Versorgung der Patienten zu gewährleisten kooperieren wir mit weiteren Krankenhäusern Nordbayerns und dem Paracelsushaus auf dem Gelände der Klinik. Hier gibt es eine Praxis für Oralchirurgie, ein Dialysezentrum, eine Allgemeinpraxis und eine Apotheke.

In der angeschlossenen Krankenpflegeschule geben wir jungen Menschen die Chance einer Ausbildung und sorgen gleichzeitig für den qualifizierten Nachwuchs für unsere eigenen Einrichtungen. In Kooperation mit den Kliniken Fürth (Intensiv- und Anästhesie) und der Uni Erlangen (OP-Pflege) bieten wir die Möglichkeit der anerkannten Weiterbildung unserer Mitarbeiter.

Mit diesem Qualitätsbericht möchten wir unsere medizinische Kompetenz beweisen und dokumentieren. Unsere Patientinnen, Patienten und deren Angehörige wollen wir über die Möglichkeiten der Behandlung in unserem Haus informieren und ihnen einen Einblick in unsere Strukturen gewähren.

Der Vorstand der Klinik Neustadt a. d. Aisch

Gerhard Habermeier
Vorstand

Die Strukturdaten des - Klinik Neustadt a. d. Aisch

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

Paracelsusstr. 30 - 36
91413 Neustadt a. d. Aisch
info@kliniken-nea.de
<http://www.kliniken-nea.de>

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

260950351

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Landkreis Neustadt a. d. Aisch - Bad Windsheim

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

Regelversorgung

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

ja nein

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

ja nein

A-1.4.1 Arbeiten sonstige Einrichtungen mit dem Krankenhaus zusammen wie

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

- A-1.4.2 Gibt es an Ihrem Krankenhaus
 eine Krankenpflegeschule
 eine Kinderkrankenpflegeschule
 eine Krankenpflegehilfeschule
- A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag
31.12. des Berichtsjahres)
- 181
-
- A-1.5.1 Anzahl der Betten für den Maßregelvollzug¹
- 0
-
- A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:
- | | |
|------------------------|------|
| Stationäre Patienten: | 7736 |
| Ambulante Patienten: | 9976 |
| Davon Privatpatienten: | 1652 |

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

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		81	3614	ha	Ja	Ja
1500	Allgemeine Chirurgie		51	1985	ha	Ja	Ja
2200	Urologie		20	808	ba	Nein	Ja
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe		25	1550	ha	Ja	Ja
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde		4	26	ba	Nein	Nein
	Anästhesie	nb			ha	Ja	Ja

* Nicht bettenführende Abteilung mit fachlich nicht weisungsgebundener Leitung nb eintragen

¹ Bei Intensivmedizin getrennte Angabe der Betten nach Intensivstation/Wachstation

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	P67	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht >2.499g	496
2	O60	Entbindung auf vaginalem (normalem Weg)	375
3	F49	Invasive kardiologische Diagnostik	310
4	G67	Entzündung von Speiseröhre, Magen u. ähnl. Erkrankungen	244
5	F62	Herzschwäche und Schock	202
6	F73	verschiedene Kollapsarten	147
7	F71	Herzrhythmusstörungen	147
8	O01	Kaiserschnittentbindungen	138
9	G66	Bauchschmerzen/entzündliche Vorgänge im Bauchraum	132
10	F67	Bluthochdruck	123
11	L63	Harnwegsinfektionen	122
12	L20	Eingriffe durch die Harnröhre	120
13	I68	nicht operativ beh. Erkrankungen im Wirbelsäulenbereich	117
14	F52	Herzkatheteruntersuchung mit Gewebersatz	93
15	G23	Blinddarmentfernung	91
16	J65	Verletzung von Haut/Unterhaut/Brust	89
17	G24	Eingriffe bei Bauchwandbrüchen	88
18	F74	Schmerzen im Brustkorb	86
19	H08	Gallenblasenentfernung mit Schlüssellochchirurgie	80
20	E69	Bronchitis/Bronchialasthma	80
21	B80	andere Kopfverletzungen	80
22	B70	Schlaganfälle	79
23	M02	Prostataentfernung durch die Harnröhre	78
24	F66	Verengungen der Herzkranzgefäße	77
25	I24	Gelenkspiegelung inklusive Probeentnahme	75
26	B69	Kurzzeitige (bis 24 Stunden andauernde) Nervenfunktionsausfälle aufgrund einer Hirndurchblutungsstörung oder Blutgefäßverschlüsse außerhalb des Kopfes (z. B. Halsschlagader) TIA	75
27	K62	verschiedene Stoffwechselerkrankungen	73
28	E65	chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen	65
29	E77	andere Infektionen und Entzündungen der Atemwege	65
30	L64	Harnsteine und Harnwegsverengungen	63

A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte

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

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Bereich der gesamten Inneren Medizin
Herz- und Gefäßkrankheiten
Therapie aller akuten und chronischen Erkrankungen
Unfallchirurgie
Bauch/Tumor- und Eingeweidechirurgie
Notfallbehandlung
Gynäkologische Operationen vaginal und durch den Bauchraum
Operationen an der Brust
Geburtszentrum mit allen Möglichkeiten medizinischer und alternativer Entbindungsmethoden
Urologische Diagnostik und Behandlung
Belegabteilung HNO
Narkosen für alle operativen Bereiche
Schmerztherapie
Notarztstandort

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung
 ja nein

A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Herzkatheteruntersuchung
Herzschrittmacherkontrollen
Angiographie der Blutgefäße sämtlicher Körperregionen
Endoskopie, insbesondere Magen- Darmspiegelungen
Ambulante Operationen, Leistenbruch, Gelenkspiegelung
Metallentfernungen nach Knochenbrüchen
Gynäkologische Ausschabungen
Probenentnahme aus der Brust
Bauchspiegelung zur gynäkologischen Diagnostik
Ambulante urologische Operationen
Rachenmandelentfernung
Ambulante Notfallbehandlung

A-2.0 Durchgangsarztverfahren

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

Chirurgie

Besteht die Zulassung zum Verletzungsartenverfahren der Berufsgenossenschaft
 ja nein

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung	Vorhanden	Verfügbarkeit 24 Stunden sicherge- stellt	Apparate- gemeinschaft
Computertomographie	Ja	Ja	in Kooperation mit Radiologie/Praxis an der Klinik
Magnetresonanztomographie	Nein	Nein	
Herzkatheterlabor	Ja	Ja	
Szintigraphie	Nein	Nein	
Positronenemissionstomographie	Nein	Nein	
Elektronenzephalogramm	Nein	Nein	
Angiographie	Ja	Ja	
Schlaflabor	Ja	Ja	
Kernspin	Nein	Nein	
Sonographie	Ja	Ja	
Röntgen	Ja	Ja	
Broncho-/Endoskopie	Ja	Ja	
Echoskopie/TEE	Ja	Ja	
Mikrobiologie	Nein	Nein	
Greenlight Laser	Ja	Nein	in Apparate- gemeinschaft mit anderer Klinik

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Therapeutische Möglichkeit	Vorhanden	Apparategemeinschaft
Physiotherapie	Ja	
Bewegungsbad	Ja	
Balneophysikalische-Therapie	Ja	
Dialyse	Ja	in Kooperation mit Praxis an der Klinik
Logopädie	Ja	in Kooperation mit Therapie-Praxis an der Klinik
Ergotherapie	Ja	in Kooperation mit Therapie-Praxis an der Klinik
Schmerztherapie	Ja	
Eigenblutspende	Ja	in Kooperation mit Klinik im Kommunalunternehmen
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

Sämtliche Untersuchungsgeräte und -techniken für eine optimale medizinische Behandlung, Ruhe-Belastungs-Langzeit EKG, Langzeitblutdruckmessung, Lungenfunktionsprüfung, Mechanokardiographie, Sonographie, Echokardiographie, Duplexsonographie, Röntgen, Venendarstellungen, Spiegelungen von Speiseröhre, Magen, Darm, Gallengängen, Atemsystem, Linksherz- und Rechtsherzkatheteruntersuchungen inklusive PTCA und Implantation von Gefäßstützen, Angiographien, Herzschrittmacher, ICD, biventrikuläre Systeme

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Angiologie, Diabetologie

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Ambulante Sprechstunde für Privat- und Kassenpatienten

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	F49	Herzkatheteruntersuchung außer bei akutem Herzinfarkt	310
2	G67	Entzündung von Speiseröhre, Magen-Darm-Trakt	202
3	F62	Herzschwäche und Schock	202
4	F71	Herzrhythmusstörungen, nicht schwerwiegend	147
5	F73	Kurzdauernde Bewusstlosigkeit, Ohnmacht	145
6	F67	Bluthochdruck	123
7	F52	Aufdehnung der Herzkranzgefäße über Herzkatheter mit komplexer Diagnose	93
8	F74	Brustschmerz	86
9	E69	Bronchitis/Bronchialasthma	80
10	B70	Schlaganfälle	79

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

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	I50	273	Herzschwäche (=Herzinsuffizienz)
2	I20	265	Angina pectoris
3	I21	185	Herzinfarkt
4	R07	144	Hals- und Brustschmerzen
5	R55	143	Anfallsartige, kurz dauernde Bewusstlosigkeit (=Ohnmacht) und Zusammensinken
6	I48	142	Herzrhythmusstörungen
7	I10	115	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
8	I70	93	Arterienverkalkung (v.a. an den Beinen)
9	E11	75	Alterszucker (=Typ II Diabetes mellitus, von Anfang an nicht mit Insulinabhängigkeit)
10	K52	73	Sonstige Magen-Darm Entzündungen ohne infektiöse Ursache

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

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	1275	736	Katheteruntersuchung des linken Herzteils (Vorhof, Kammer) (z.B. zur Druckmessung) mit Vorschieben des Katheters über die Pulsadern
2	8930	542	Kontinuierliche elektronische Überwachung (über Bildschirm) von Atmung, Herz und Kreislauf
3	1632	521	Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarmes
4	1440	380	Entnahme einer Gewebeprobe des oberen Verdauungstrakts, der Gallengänge oder der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
5	8837	369	Eingriffe am Herzen oder an den Herzkranzgefäßen mittels Kathetertechnik mit Zugang durch die Haut und entlang von Blutgefäßen (z.B. Entfernung von Blutpfropfen, Einlegen von Prothesen/Stents)
6	3604	289	Röntgenkontrastdarstellung von Arterien und deren Ästen des Bauchraums
7	1650	269	Dickdarmspiegelung
8	8980	261	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
9	8800	252	Transfusion von Vollblut, Konzentraten roter Blutkörperchen oder Konzentraten von Blutgerinnungsplättchen
10	3200	188	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel

B-1.1 Allgemeine Chirurgie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Operationen am Verdauungstrakt, Eingriffe an der Schilddrüse, Versorgung von Leisten- und Bauchwandbrüchen, Gelenkchirurgie, Unfallchirurgie

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Unfallchirurgie, Gelenkspiegelungen großer Gelenke, orthopädische Korrekturen, Handchirurgie, Schulterchirurgie, Schilddrüsenoperationen, Enddarmchirurgie, Einsatz von minimal invasiver Technik ("Knopfloch-Chirurgie")

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

24 Stunden Notfallambulanz, gesamte Leistungen der Allgemeinchirurgie

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	I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen/Verletzungen im Wirbelsäulenbereich	96
2	G23	Blinddarmentfernung	90
3	G24	Eingriffe bei Bauchwand-, Leisten- und Schenkelbrüchen	84
4	J65	Verletzungen der Haut, Unterhaut und Brust	83
5	G66	Bauchschmerz/entzündliche Vorgänge im Bauch	82
6	B80	Andere Kopfverletzungen	78
7	I24	Gelenkspiegelung inklusive Probenentnahme	75
8	H08	Gallenblasenentfernung durch Bauchspiegelung	74
9	I08	Andere Eingriffe an Hüftgelenk- und Oberschenkelknochen	50
10	I13	Eingriffe an Oberarm, Unterschenkel, Sprunggelenk	45

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

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	K35	119	Akute Blinddarmentzündung
2	K80	117	Gallensteinleiden
3	S82	101	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
4	R10	86	Bauch- und Beckenschmerzen
5	S72	84	Oberschenkelbruch
6	K40	84	Leistenbruch
7	S06	81	Verletzungen innerhalb des Schädels (v.a. Gehirnerschütterung)
8	S52	79	Fraktur des Unterarmes
9	S22	62	Bruch der Rippe(n), des Brustbeins oder der Brustwirbelsäule
10	S42	59	Knochenbruch im Bereich der Schulter oder des Oberarmes

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

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5470	136	Blinddarmentfernung
2	5511	127	Gallenblasenentfernung
3	5790	125	Stellungskorrektur eines Knochenbruches ohne freie Verbindung des Bruches zur Körperoberfläche (=geschlossene Reposition) oder einer Lösung der Knochenenden von Röhrenknochen mittels Knochenstabilies.
4	5812	98	Operation am Gelenkknorpel oder an den sichelförmigen Knorpelscheiben (=Menisken) mittels Gelenkspiegel (=Arthroskop)
5	8020	98	Therapeutische Einspritzung (=Injektion) in Organe und Gewebe
6	5530	92	Verschluss von Eingeweidebrüchen (=Hernien), die im Leistenbereich austreten
7	5787	78	Entfernung von Knochenstabilisierungsmaterial
8	5469	77	Andere Operationen am Darm
9	5794	76	Stellungskorrektur eines mehrteiligen Knochenbruches ohne intakte Weichteilbedeckung (=offene Reposition) im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mittels Knochenstabilisierungsmaterial
10	5893	73	Abtragung abgestorbener Hautzellen (=chirurgische Wundtoilette) oder Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut

B-1.1 Urologie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Gesamtes Spektrum urologischer Diagnostik, alle Eingriffe an Prostata und Blase, operative Therapie bei Harninkontinenz, Steintherapie-Stoßwellentherapie, Nieren- und Harnleiterchirurgie, Kinderurologie, urologische Onkologie

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Eingriffe an Prostata und Blase, Lasertherapie, operative Therapie bei Harninkontinenz

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Sprechstunden in der Praxis

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	L20	Eingriffe durch die Harnröhre außer Prostataentfernung	120
2	L63	Infektionen der Harnorgane	81
3	M02	Prostataentfernung durch die Harnröhre	78
4	L64	Harnsteine oder sonstige Passagehindernisse der Harnleiter	59
5	L66	Harnröhrenverengung (z. B. nach Verletzungen oder Entzündungen)	56
6	L06	Kleine Eingriffe an der Harnblase	50
7	M60	Bösartige Neubildung der männlichen Geschlechtsorgane	46
8	M04	Eingriffe am Hoden mit äußerst schweren Komplikationen oder Nebenerkrankungen	44
9	N23	Sonstige wiederherstellende Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	33
10	L40	Spiegelung der Niere und der Harnleiter	23

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

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	N20	149	Nieren- und Harnleitersteine
2	N40	93	Reizabhängige Gewebsvermehrung der Vorsteherdrüse
3	C61	61	Bösartige Neubildung der Prostata
4	N13	58	Erkrankung mit Harnverhalt und/oder Harnrücklauf in den Harnleiter
5	N39	47	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
6	C67	39	Bösartige Neubildung der Harnblase
7	N32	38	Sonstige Krankheiten der Harnblase
8	N30	35	Blasenentzündung
9	N10	33	Akute Entzündung des Nierenbindegewebes/-tubuli
10	N45	24	Entzündung des Hodens und des Nebenhodens

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

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	1661	377	Spiegelung der Harnröhre und der Harnblase
2	8132	161	Maßnahmen an der Harnblase (z.B. Spülung)
3	8137	116	Einlegen, Wechsel oder Entfernung einer Harnleiterschiene (=Plastikröhrchen, das mit zwei "Pigtails" (J-Form) in der Blase und dem Nierenbecken gehalten wird)
4	5601	110	Entfernen oder Zerstören von Gewebe der Vorsteherdrüse mit Zugang durch die Harnröhre
5	313d	102	Darstellung der Harnwege
6	5560	101	Erweiterung des Harnleiters mit Zugang durch die Harnröhre und/oder über die Niere
7	5573	95	Einschneiden, Entfernen oder Zerstören von (erkranktem) Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre
8	5562	90	Eröffnung bzw. Durchtrennung des Harnleiters, Harnleitersteinbehandlung mit Zugang über die Niere oder über die Harnröhre durch Spezialendoskop
9	5572	46	Anlegen eines künstlichen Blasenausgangs
10	1665	41	Diagnostische Spiegelung der Harnleiter

B-1.1 **Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Gynäkologische Standardoperationen, bevorzugt Gebärmutterentfernung durch die Scheide, Beckenbodenplastiken, Geburtshilfe, ambulante Eingriffe

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Brustchirurgie, Einsatz von minimal invasiver Technik ("Schlüssellochchirurgie"), mit organerhaltender Therapie der Organe des weiblichen Unterleibs, Myomentfernung, plastische und kosmetische Operationen, Bauchdeckenplastiken

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Beratung Mamma Care, Schwangeren Beratung, Stillberatung, Integrative Betreuung von Mutter und Kind unter Einbeziehung der Familie im Familienzimmer

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	P67	Versorgung eines Neugeborenen, Aufnahme-gewicht über 2500 Gramm , ohne größere Operation, ohne Beatmung über 95 Stunden	496
2	O60	Normale Entbindung (=vaginale Entbindung)	373
3	O01	Kaiserschnitt-Entbindung	135
4	O65	Sonstige vorgeburtliche stationäre Aufnahme	59
5	N21	Gebärmutterentfernung außer bei Krebs, ohne äußerst schwere oder schwere Komplikationen oder Nebenerkrankungen, ohne komplexen Eingriff	57
6	N25	Sonstige Eingriffe an Gebärmutter oder Anhangsgebilden außer bei Krebs, ohne komplexe Diagnose	48
7	N14	Gebärmutterentfernung mit Beckenbodenplastik außer bei Krebs oder Kurzdistanzbestrahlung (=Brachytherapie) bei Krankheiten oder Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren Komplikationen oder Nebenerkrankungen	33
8	O64	Wehen die nicht zur Geburt führen, mehr als ein Belegungstag	32
9	N10	Diagnostische Ausschabung, Gebärmutter-spiegelung, Sterilisation oder Eileiterdurchblasung	29
10	O40	Abgang mit Dilatation und Ausschabung	25

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

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	Z38	379	Lebendgeborene nach dem Geburtsort
2	O70	79	Dammriss unter der Geburt
3	O80	78	Spontangeburt eines Einlings
4	O62	64	Abnorme Wehentätigkeit
5	D25	48	Gutartige Geschwulst des Gebärmuttermuskelatur (=Myom)
6	O68	44	Komplikationen bei Wehen und Entbindung mit Gefahrenzustand des Ungeborenen
7	N81	43	Vorfall von Genitalorganen der Frau (z.B. der Gebärmutter) durch die Scheidenöffnung
8	O42	42	Vorzeitiger Blasensprung
9	O34	40	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Normabweichung (Anomalie) der Beckenorgane
10	P92	40	Ernährungsprobleme beim Neugeborenen

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

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	9262	515	Versorgung von Neugeborenen nach der Geburt (speziell Risikoneugeborene, erkrankte Neugeborene)
2	9260	268	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt
3	1208	261	Testung der Nervenfunktion durch verschiedene Reize (Hörtest bei Neugeborenen)
4	5730	218	Künstliche Fruchtblasensprengung (=Amniotomie) (Maßnahme zur Geburtseinleitung, -beschleunigung)
5	5758	151	Wiederherstellung weiblicher Geschlechtsorgane nach Riss nach der Geburt
6	5683	130	Operative Entfernung der Gebärmutter
7	5704	108	Plastisch-operative Scheideneinengung bei Genitalvorfall durch vordere/hintere Raffnaht oder Stabilisierung des muskulären Beckenbodens durch Beckenbodenplastik
8	5749	107	Sonstige Schnittentbindung (=Kaiserschnitt) (z.B. in der Misgav-Ladach-Operationstechnik)
9	9261	107	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
10	5740	86	Klassische Schnittentbindung (=Kaiserschnitt)

B-1.1 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Operation von Rachen- und Gaumenmandeln, Nebenhöhlenchirurgie, operative Behandlung bei behinderter Nasenatmung, Reposition von Nasenbeinfrakturen, Tumorchirurgie, Schnarchoperation, Speicheldrüsenchirurgie

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Entfernung der Gaumen- und Rachenmandeln

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Sprechstunden in der Praxis, Unterbringungsmöglichkeit für Begleitpersonen

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	D30	Entfernung der Mandeln	7
2	D06	Eingriffe an den Nasennebenhöhlen	6
3	D39	Andere Eingriffe an der Nase	5
4	D38	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase	5
5	D13	Kleine Eingriffe an Nase und Ohr	3

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

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	J35	10	Chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln
2	J34	9	Sonstige Krankheiten der Nasen und Nasennebenhöhlen
3	J32	5	Chronische Entzündung der Stirn- oder Nasennebenhöhlen
4	H68	1	Chronische Nebenhöhlenentzündung
5	Q17	1	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Ohres

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

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5215	14	Operation an der unteren Nasenmuschel
2	5200	10	Eröffnung des Trommelfelles im Ohr
3	5285	8	Entfernung der Rachenmandeln ("Polypen")
4	5214	7	Plastische Rekonstruktion der Nasenscheidewand
5	5221	6	Operationen an der Kieferhöhle
6	5282	6	Entfernung von Rachen- und Gaumenmandel
7	5184	1	Plastische Korrektur absteher Ohren
8	5224	1	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen
9	5259	1	Andere Operationen an der Zunge
10	5281	1	Gaumenmandelentfernung

B-1.1 Anästhesie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Narkosen mit Kehlkopfmaske, Intubationsnarkose, Regionalanästhesie, Caudalanästhesie, Intensivmedizin, Schmerztherapie, Notfallmedizin

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Narkosen, Regionalanästhesie

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Schmerztherapiesprechstunde

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. Kinderkrankensch w./-pfleger zur Verfügung? ja(j)/nein(n)
0100	Innere Medizin	7,62	Nein	Nein
1500	Allgemeine Chirurgie	6,73	Nein	Nein
2200	Urologie	5,62	Nein	Nein
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	4,22	Nein	Ja
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	2,77	Nein	Nein
	Anästhesie		Nein	Nein

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

Anzahl der Behandlungen nach § 116 SGB V pro Jahr:

0

B-1.9 Spezifisch für die Fachabteilung:

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-1.9.1 Anzahl der Geburten pro Jahr

525

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?

Kinderurologie ab dem 2. Lebensjahr, Korrekturingriffe am äußeren Genitale, endoskopische Eingriffe, Antireflux Operationen, Leistenhoden

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	2402
Anzahl der Regionalanästhesien	191

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

ASA 1	701
ASA 2	1332
ASA 3	881
ASA 4	4
ASA 5	0

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

538

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

	EBM-Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
1	31301	Gynäkologische Eingriffe Kat. 1	86
2	31132	Eingriffe am Knochen	74
3	31311	Endoskopisch gynäkologische Eingriffe T 1	69
4	31312	Endoskopisch gynäkologische Eingriffe T 2	62
5	13421	Koloskopien	34

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

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

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

	Abteilung	Ärztliche Leitung ja (j)/nein (n)	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl der Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung	Anzahl der Ärzte mit fakultativer Weiterbildung ¹	Anzahl der Ärzte im Praktikum	Liegt eine Weiterbildungs-befugnis vor Ja (j)/nein (n)
0100	Innere Medizin	Ja	18.00	12.00	6.00	2.00	0.00	Ja
1500	Allgemeine Chirurgie	Ja	13.00	8.00	5.00	1.00	0.00	Ja
2200	Urologie	Nein						Nein
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Ja	9.00	5.00	4.00	0.00	0.00	Nein
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Nein						Nein
	Anästhesie	Ja	5.00	0.00	5.00	1.00	0.00	Ja
	Gesamt		45.00	25.00	20.00	4.00		

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 entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/ in (1 Jahr)	Wird Hilfspersonal eingesetzt Ja (j)/ nein (n)
0100	Innere Medizin	62	95	11	5	Ja
1500	Allgemeine Chirurgie	56	95	15	5	Ja
2200	Urologie	18	100	10	0	Ja
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	4	100	0	0	Ja
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	12	95	10	5	Nein
	Anästhesie	7	100	57	0	Nein
	Gesamt	159,00	98	17	3	

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

97%

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über keine Ausbildung verfügen

0,4%

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	39,49 VK
Pflegedienst ¹	102,69 VK
Medizinisch-Technischer Dienst	22,67 VK
Funktionsdienst	24,47 VK
Klinisches Hauspersonal	0,50 VK
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	5,09 VK
Technischer Dienst	5,61 VK
Verwaltungsdienst	24,61 VK
Sonderdienste	0,20 VK (Ausbildungsstätte)

Sonstiges Personal

8,41 VK (Azubis, Praktikanten)

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

Anzahl der Mitarbeiter in der Anästhesie	9
Anzahl der Mitarbeiter im OP	1
Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter im Verwaltungsdienst	4
Anzahl der Mitarbeiter in der Hygiene	2
Anzahl der Mitarbeiter für die Praxisanleitung	10
Anzahl der Stomatherapeut(en)	2
Anzahl der Diabetesfachschwester(n)	0
Anzahl der Mitarbeiter in der Ernährungsfachpflege	2
Anzahl der Qualitäts-/ Prozessberater	1

Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)

13 (Fachkrankenpflege Intensivmedizin)

1 (Beratung in der Pflege)

2 (zertifizierte Wundmanager)

B-2.9 Weitere Berufsgruppen (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)

Anzahl der Sozialarbeiter	1
Anzahl der Dipl.-Psychologen	0

Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)

0

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

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

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

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht	Teilnahme an der externen Qualitätssicherung	Dokumentationsrate	
				Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie	Nein	Nein		
2	Cholezystektomie	Ja	Ja	100,0	99,46
3	Gynäkologische Operationen	Ja	Ja	105,3	98,39
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation	Ja	Ja	96,2	97,46
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Ja	Ja	96,2	101,1
6	Herzschrittmacher-Revision	Ja	Ja	85,7	88,05
7	Herztransplantation	Nein	Nein		
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	Ja	Ja	105,8	98,46
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	Nein	Nein		
10	Karotis-Rekonstruktion	Nein	Nein		
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	Nein	Nein		
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	Nein	Nein		
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie	Nein	Nein		
14	Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	Ja	Ja	99,8	100,42

15	Koronarchirurgie	Nein	Nein		
16	Mammachirurgie	Ja	Ja	128,6	97,39
17	Perinatalmedizin	Ja	Ja	100,2	99,31
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungs-bereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	Ja	Nein		
19	Totalendoprothese(TEP bei Koxarthrose)	Nein	Nein		
00	Gesamt			100,4	97,8

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

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

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

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

Die Klinik Neustadt/Aisch nimmt am Disease-Management-Programm koronare Herzkrankheiten (KHK) 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
01 Lebertransplantation		10	Nein			
	5-503.0		Nein			
	5-503.1		Nein			
	5-503.2		Nein			
	5-503.3		Nein			
	5-503.x		Nein			
	5-503.y		Nein			
	5-504.0		Nein			
	5-504.1		Nein			
	5-504.2		Nein			
	5-504.x		Nein			
	5-504.y		Nein			
	5-502.0		Nein			
	5-502.1		Nein			
	5-502.2		Nein			
	5-502.3		Nein			
	5-502.5		Nein			
5-502.x		Nein				
5-502.y		Nein				
02 Nierentransplantation		20	Nein			
	5-555.0		Nein			
	5-555.1		Nein			
	5-555.2		Nein			
	5-555.3		Nein			
	5-555.4		Nein			
	5-555.5		Nein			
	5-555.x		Nein			
5-555.y		Nein				
03 Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus 04 Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas		5/5	Nein			
	5-420.00		Nein			
	5-420.01		Nein			
	5-420.10		Nein			
	5-420.11		Nein			
	5-423.0		Nein			
	5-423.1		Nein			
	5-423.2		Nein			
	5-423.3		Nein			
	5-423.x		Nein			
	5-423.y		Nein			
	5-424.0		Nein			
	5-424.1		Nein			
	5-424.2		Nein			
	5-424.x		Nein			
	5-424.y		Nein			
	5-425.0		Nein			
	5-425.1		Nein			
	5-425.2		Nein			
5-425.x		Nein				
5-425.y		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

	5-426.0**		Nein		
	5-426.1**		Nein		
	5-426.2**		Nein		
	5-426.x**		Nein		
	5-426.y		Nein		
	5-427.0**		Nein		
	5-427.1**		Nein		
	5-427.2**		Nein		
	5-427.x**		Nein		
	5-427.y		Nein		
	5-429.2		Nein		
	5-438.0**		Nein		
	5-438.1**		Nein		
	5-438.x**		Nein		
		5/5	Nein		
	5-521.0		Nein		
	5-521.1		Nein		
	5-521.2		Nein		
	5-523.2		Nein		
	5-523.x		Nein		
	5-524		Nein		
	5-524.0		Nein		
	5-524.1		Nein		
	5-524.2		Nein		
	5-524.3		Nein		
	5-524.x		Nein		
	5-525.0		Nein		
	5-525.1		Nein		
	5-525.2		Nein		
	5-525.3		Nein		
	5-525.4		Nein		
	5-525.x		Nein		
05 Stammzellentransplantation		12+/- 2 [10-14]	Nein		
	5-411.0		Nein		
	5-411.00		Nein		
	5-411.01		Nein		
	5-411.2		Nein		
	5-411.20		Nein		
	5-411.21		Nein		
	5-411.3		Nein		
	5-411.30		Nein		
	5-411.31		Nein		
	5-411.4		Nein		
	5-411.40		Nein		
	5-411.41		Nein		
	5-411.5		Nein		
	5-411.50		Nein		
	5-411.51		Nein		
	5-411.x		Nein		
	5-411.y		Nein		
	8-805.0		Nein		
	8-805.00		Nein		
	8-805.01		Nein		
	8-805.2		Nein		
	8-805.20		Nein		
	8-805.21		Nein		
	8-805.3		Nein		
	8-805.30		Nein		
	8-805.31		Nein		
	8-805.4		Nein		
	8-805.40		Nein		
	8-805.41		Nein		
	8-805.5		Nein		

	8-805.50		Nein			
	8-805.51		Nein			
	8-805.x		Nein			
	8-805.y		Nein			

Systemteil

D Qualitätspolitik

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

Die Grundlage unserer Qualitätspolitik ist das Leitbild des Kommunalunternehmens Kliniken des Landkreises Neustadt a. d. Aisch - Bad Windsheim.

Präambel

- Das Leitbild beschreibt die Grundsätze unseres Handelns zum Wohle der Patienten, Angehörigen und Mitarbeiter.
- Es dient unseren Patienten und der Öffentlichkeit als Information.
- Alle Mitarbeiter sollen sich mit den Zielen des Leitbildes identifizieren und sich aktiv an der Umsetzung beteiligen.

Leitbild

Wir respektieren die Würde jedes Menschen, in Bezug auf Körper, Geist und Seele und stellen den Mensch in die Mitte unseres Denkens und Handelns.

Wir wollen Leben bewahren und die Gesundheit fördern. Wir wollen den Bedürfnissen unserer Patienten individuell und verantwortungsbewusst gerecht werden, unabhängig von Religion, Kultur und sozialem Ansehen.

Wir begleiten den sterbenden Menschen und seine Angehörigen mit Zuwendung.

Wir wollen bestmögliche ärztliche und pflegerische Versorgung bieten. Das erreichen wir durch kontinuierliche Fortbildungen, aktualisierte fachliche Kompetenz, moderne Ausstattung und ein hohes Maß an Motivation und Verantwortung.

Durch ein umfassendes Qualitätsmanagement in allen Bereichen sichern wir eine ständige Verbesserung unserer Leistungen.

Unsere Unternehmensleitung schafft die Rahmenbedingungen für einen respektvollen Umgang in gegenseitiger Wertschätzung unter allen Mitarbeitern. Kooperativer Führungsstil und Entscheidungstransparenz motivieren die Mitarbeiter, sich an Entscheidungsprozessen zu beteiligen.

Wirtschaftlicher Umgang mit vorhandenen Ressourcen sichert die Zukunft unseres Unternehmens und schafft Arbeits- und Ausbildungsplätze.

Verantwortung gegenüber der Gesellschaft und der zukünftigen Generation veranlasst uns zum sorgsamem Umgang mit den vorhandenen Produkten und Rohstoffen.

Kommunikation mit den Patienten, den Angehörigen, allen beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen sehen wir als Schlüssel einer vertrauensvollen und partnerschaftlichen Zusammenarbeit, zum Wohle unserer anvertrauten Patienten.

Aus einem „ich muss“ entsteht ein Problem, aus einem „ich will“ eine Aufgabe.

Strategisches Ziel

Das strategische Ziel der Klinik Neustadt a. d. Aisch innerhalb des Kommunalunternehmens ist es, die kommunale Trägerschaft zu erhalten und der Bevölkerung eine wohnortnahe, erreichbare umfassende medizinische Grundversorgung mit hoher Qualität anzubieten. Dies wird in Kooperation mit anderen Kliniken und Konzentration des Leistungsangebotes erreicht. Fachärzte werden an die Klinik gebunden. Dies wurde erreicht durch den Bau von Ärztehäusern und die Zulassung von Konsiliarärzten. Niedergelassene Fachärzte führen ambulantes Operieren in unserem Haus durch.

Die Zielplanung für die Klinik findet im Leitungsteam statt. Darin sind der Vorstand, die Chefärzte, die Pflegedienstleitungen, der kaufmännische Leiter und die Belegärzte vertreten. Das Leitungsteam hat eine beratende und unterstützende Funktion für den Vorstand. Beratungen finden monatlich und ggf. in außerordentlichen Sitzungen statt.

Qualitätsziele

Das Leitungsteam beauftragte eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe, bestehend aus Vorstand, Chefarzt der Anästhesie, Oberärztin Gynäkologie u. Geburtshilfe, kfm. Leiter, PDL und QMB, die in einem Workshop 17 Qualitätsziele für das Jahr 2007 erarbeiteten. Ein externer Berater moderierte den Workshop.

Die Qualitätsziele der Klinik orientieren sich an den Inhalten des Leitbilds, den Ergebnissen von Mitarbeiter-, Einweiser- und Patientenbefragungen, sowie den internen und externen Rahmenbedingungen. Die Qualitätsziele wurden in der Klinikleitung beraten und verabschiedet.

Es gibt Qualitätsziele, die für alle Abteilungen und Bereiche gelten, z. B. die jährliche Teilnahme der Mitarbeiter an den verpflichtenden Fortbildungen, das Umfeld zum Wohlfühlen, der Qualitätsentwicklungsplan und die Gesundheitsförderung. Außerdem gibt es Qualitätsziele, die sich auf einzelne Abteilungen beziehen, z. B. der Neubau des Zentral - OPs.

Die Qualitätsziele werden innerhalb der Regelkommunikation (Stationsleiterbesprechung, Arztbesprechungen, Abteilungsleiterbesprechungen) und in der Mitarbeiter-Zeitung bekannt gegeben und sind im Intranet allen Mitarbeitern zugänglich.

Für die Qualitätsziele werden Kennzahlen aufgestellt, mit denen die Zielerreichung überprüft werden kann. Kennzahlen sind z. B. Teilnehmerquote an verpflichtenden Fortbildungen, Bewertung des Qualitätsentwicklungsplanes, Ergebnisse aus Gesprächen mit regionalen niedergelassenen Ärzten. Im Leitungsteam werden die Ergebnisse vorgestellt und Maßnahmen beschlossen.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

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

Qualitätsmanagement - Konzept der Klinik Neustadt a. d. Aisch

Die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements (QM) ist im Leitbild der Kliniken im Landkreis festgelegt und im Qualitätsmanagement-Konzept beschrieben. Eckpunkte des Konzeptes sind die Philosophie des QM in der Klinik, KTQ - Zertifizierung und Rezertifizierung, Einbindung des QM in die Klinik mit Organigramm, Qualitätsziele, Projektarbeit, QM - Handbuch, Regelkommunikation und Qualitätsentwicklungsplan. Wesentliche Ziele des QM sind die laufende Verbesserung der Leistungen der Klinik, eine hohe Zufriedenheit unserer externen und internen Kunden und damit verbunden die wirtschaftliche Sicherung des Standortes.

Qualitätsmanagementbeauftragter

Der Vorstand hat einen Qualitätsmanagementbeauftragten bestellt. Seine Aufgaben sind in einer Stellenbeschreibung beschrieben. Er ist als Stabsstelle direkt dem Vorstand unterstellt.

Lenkungsausschuss

Im Lenkungsausschuss werden grundsätzliche QM - Aktivitäten beschlossen, Mitglieder sind das Leitungsteam (der Vorstand, die Chefärzte, die Belegärzte, der kaufmännische Leiter und die Pflegedienstleitung), der Qualitätsmanagementbeauftragte und der Personalrat. Die Sitzungen des Lenkungsausschusses finden vor den Sitzungen des Leitungsteams statt.

QM - Team

Das QM -Team besteht aus einem ärztlichen Vertreter, dem kaufmännischen Leiter, der Pflegedienstleitung und dem Qualitätsmanagementbeauftragten. Das QM -Team ist für die operativen QM - Aktivitäten verantwortlich. In jeder größeren Abteilung ist ein Qualitätsbeauftragter bestellt.

Qualitätsbeauftragte

In allen größeren Abteilungen sind Qualitätsbeauftragte benannt. Sie unterstützen den Aufbau und die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems in der Klinik. Außerdem sind sie ein wichtiges Bindeglied zu den Mitarbeitern in allen Bereichen der Klinik.

QM - Jahresbesprechung

In einer Jahresbesprechung tragen der Lenkungsausschuss, das QM - Team und alle Qualitätsbeauftragten die Entwicklungen in ihren Bereichen zusammen. Die Besprechung hat überprüfende, beratende und bewertende Funktion.

Qualitätsmanagement Handbuch (QM Handbuch)

Für alle Bereiche der Klinik ist ein gemeinsames QM - Handbuch erstellt. In diesem Handbuch sind die qualitätsrelevanten Abläufe, Regelungen und Verfahren abgebildet. Es ist im Intranet allen Mitarbeitern zugänglich.

Qualitätsentwicklungsplan

Selbstbewertungen, Befragungen von Mitarbeitern und Kunden, Beschwerden, Daten der Qualitätssicherung und relevante Statistiken werden zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung genutzt. Laufende und geplante Projekte zur Weiterentwicklung der Qualität sind im Qualitätsentwicklungsplan dokumentiert.

E-2 Qualitätsbewertung

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

Die Klinik Neustadt a. d. Aisch hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt:

- Fallbesprechungen der Geburtshilfe mit der Kinderklinik Fürth
- Beteiligung am ACCOS Register (Klinischer Verlauf von Myokardinfarkten) durch die Medizinische Klinik
- Beteiligung an der Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung über die gesetzliche Qualitätssicherung hinaus an den Eingriffen Gallenblasenentfernung (Cholezystektomie) und Blinddarmentfernung (Appendektomie) in der Chirurgie
- Dokumentation von Problemwunden im Rahmen des Wundmanagements
- Sturzprotokolle von Patienten
- Hygienekontrolluntersuchungen und Hygienevisiten
- Infektionsstatistik
- Sicherheits- und Brandschutzbegehungen
- Datenschutzbegehungen
- Befragungen von Patienten, Mitarbeitern und Einweisern
- Beschwerdemanagement
- Dokumentationsaudits
- Energie und Umwelt - Benchmarking
- Selbstbewertung zur Einschätzung der KTQ - Zertifizierungsreife

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

Das Krankenhaus kann hier Ergebnisse aus dem externen Qualitätssicherungsverfahren in darstellen:

Für die gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung ist eine entsprechende Software installiert (QS-Med). Die gesamte Datenerfassung erfolgt EDV gestützt. In den Fachabteilungen sind Beauftragte für das Ausfüllen der Qualitätssicherungsbögen bestellt. Für das Weiterleiten an die Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung ist eine beauftragte Kraft der EDV - Abteilung verantwortlich. Die Klinik erreicht eine 100 % Meldequote.

Die Chefärzte der Fachabteilungen, Qualitätsmanagement und Controlling erhalten die Qualitätsberichte von der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in elektronischer Form. Sie leiten eine Kopie des Berichtes an den Vorstand und die Oberärzte weiter. Die Chefärzte besprechen den Bericht mit den Oberärzten ihrer Abteilung. Die Qualitätsbeauftragten und ggf. Ärzte anderer Fachabteilungen werden in die Analyse einbezogen. Die Ergebnisse werden interdisziplinär in der Klinikleitung diskutiert. Bei Abweichungen vom üblichen Behandlungsmodus erfolgt eine Untersuchung der Einzelfälle durch Aktensichtung.

Tendenziell steigt die Rate der laparoskopischen Eingriffe in der Gynäkologie an. Die Ergebnisse der Medizinischen Klinik und Chirurgie liefern keine auffälligen Abweichungen. Die dokumentierte Rate allgemeiner Komplikationen liegt im durchschnittlichen Bereich. Bei den Gynäkologischen Operationen liegen vergleichsweise wenig postoperative Wundinfektionen vor.

Bisher ergaben sich keine Hinweise auf so genannte "sentinel events" und keine Ergebnisse, die einen strukturierten Dialog ausgelöst hätten. Das interne QM bezieht die Ergebnisse der externen QS als Qualitätssicherungsmaßnahme in das Gesamtkonzept ein.

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

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

Zur Erreichung der strategischen Ziele innerhalb des Kommunalunternehmens wurden in der Klinik Neustadt a. d. Aisch verschiedene Projektgruppen eingerichtet und Projekte durchgeführt:

- Neubau Zentral-OP
- Überarbeitung OP-Organisation
- Einrichten der interdisziplinären Privatstation mit Intermediate-Care-Unit
- Optimierung der Patientendokumentation
- Neuorganisation Archiv
- Einführung eines klinikweiten Notfallmanagements
- Durchführung einer umfassenden Mitarbeiterbefragung
- KTQ-Zertifizierung
- Qualitätsmanagementsystem etablieren
- Dokumentenlenkung
- Aufbau Intranet
- Projekt Ethikkomitee
- Pflegeprozess einführen
- Erweiterung des internen Fort- und Weiterbildungsangebotes
- Einführung Digitales Röntgensystem (PACS)
- Fortschreiben und Weiterentwicklung von Pflegestandards
- Sturzprophylaxe
- EDV-Ausfallkonzept

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Klinik Neustadt a. d. Aisch
Paracelsusstr. 30 - 36
91413 Neustadt a. d. Aisch
Telefon: 09161 700

Vorstand: Gerhard Habermeier
Telefon: 09161 70-2778
E-mail: info@kliniken-nea.de

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

Chefarzt Anästhesie: Dr. Josef Stauber
Chefarzt Chirurgie: Dr. Hermann Wilkening
Chefarzt Gynäkologie-Geburtshilfe: Chefarzt Jacek Goldzinski
Chefarzt Medizinische Klinik: Dr. Wilhelm Spitzer
Kaufmännischer Leiter: Gerhard Sandmann
Pflegedienstleitung: Karin Jez und Dieter Schütz

Qualitätsmanagementbeauftragter: Herr Johannes Schoierer
Telefon: 09161 70-2302
E-mail: johannes.schoierer@kliniken-nea.de

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

Homepage: <http://www.kliniken-nea.de>

H Ausstattung

H-1 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen

Innere Medizin

Anzahl der Einbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		2	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
	2		ohne TV mit Telefon

Anzahl der Zweibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		16	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
	2		ohne TV mit Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		6	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der
Mehrbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		8	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Allgemeine Chirurgie

Anzahl der Einbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		2	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Zweibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		8	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
	2		ohne TV mit Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		6	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der
Mehrbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		4	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Urologie

Anzahl der Einbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
			Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
	1		ohne TV mit Telefon

Anzahl der Zweibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		5	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der
Mehrbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		2	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Anzahl der Einbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		1	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
	1		ohne TV mit Telefon

Anzahl der Zweibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		6	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der
Mehrbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		4	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Anzahl der
Mehrbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		1	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit 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-Lithotrypsie (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
2200	Urologie	Ja
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Ja
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Ja
	Anästhesie	Ja

Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Klinik Neustadt a. d. Aisch

1 Patientenorientierung im Krankenhaus

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

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

Geplante Aufnahmen werden mit den einweisenden Ärzten und den Patienten organisiert und vorbereitet. Wir erbringen eine Reihe von vorstationären Leistungen, das hilft, den Krankenhausaufenthalt möglichst kurz zu halten. Notfälle werden jederzeit aufgenommen, dafür gibt es besondere Regelungen. Die Patienten können sich über Informationsblätter und unsere Homepage über die Klinik und unsere Leistungen informieren. In den Ambulanzen liegen ausführliche Informationsmappen aus. Für werdende Eltern finden Kurse statt, der Kreißsaal kann besichtigt werden.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Mit unserem Wegeleitsystem werden Patienten und Besucher zum Ziel geführt. Dabei werden sie bei Bedarf von unseren Mitarbeitern unterstützt. Die Mitarbeiter am Empfang stehen zwischen 05:45 und 22:30 Uhr für Fragen zur Verfügung. Sie sorgen auch für die Begleitung der Patienten, wenn das nötig ist. Außerdem stehen Gehhilfen, Rollstühle und Transporthilfen wie z. B. Kofferkulis 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.

Die administrative Aufnahme der Patienten findet in einem Aufnahmezimmer statt, das sich im Erdgeschoss der Klinik befindet. Dort werden die Aufnahmeformalitäten erledigt. Die Patienten erhalten alle nötigen Informationen und Unterlagen zum Krankenhausaufenthalt. Die Stationen werden über Aufnahmen und Zugänge zeitnah informiert. Die Aufnahme auf den Stationen erfolgt nach einem Standard durch unsere qualifizierten Mitarbeiter. Die Patienten werden über den Stationsablauf informiert, die pflegerischen und ärztlichen Ansprechpartner stellen sich namentlich vor.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

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

Wir bieten ambulanten Patienten eine Behandlung in unseren Ambulanzen an. Für vor- und nachstationäre Leistungen werden feste Termine vergeben. Außerhalb der Ambulanzöffnungszeiten sind die Ärzte der Rufbereitschaft für die Versorgung von Notfallpatienten zuständig. Absprachen mit dem Rettungsdienst sorgen für eine reibungslose Übergabe. Zur Sicherstellung der Versorgung ambulanter Patienten kooperieren wir eng mit den niedergelassenen Ärzten und anderen weiterbetreuenden Einrichtungen.

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.

Eine sorgfältige und zeitnahe Einschätzung der körperlichen und seelischen Verfassung und des sozialen Status unserer Patienten ist die Voraussetzung für eine gut geplante Behandlung. Ärzte und Pflegekräfte arbeiten bei der Erhebung der dazu notwendigen Informationen eng zusammen. Dabei werden auch die Erwartungen und Wünsche der Patienten in Bezug auf Pflege und Behandlung erfragt. Für diese Datenerhebung nutzen wir einheitliche Aufnahmeformulare. Über besondere Angebote (z. B. Sozialdienst, Besuchsdienst, Seelsorge) werden die Patienten vom Pflegedienst informiert.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Mit Hilfe unseres Krankenhausinformationssystems und der Archive gewinnen wir einen raschen Überblick über Vorbefunde von früheren Aufenthalten in unserem Haus. Wir fragen unsere Patienten in den Vorgesprächen gezielt nach Voruntersuchungen und den Befunden und bitten sie, sie mitzubringen. Wenn es medizinisch vertretbar ist, werden Vorbefunde zur Vermeidung kostspieliger und belastender Doppeluntersuchungen genutzt. Bei Verlegungen innerhalb der Klinik stehen dem weiterbehandelnden Team sämtliche erhobenen Befunde über EDV oder in der Patientenakte zur Verfügung.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Die Pflege und Behandlung unserer Patienten erfolgt gezielt und geplant. Bei der Aufnahme erstellt der verantwortliche Arzt einen individuellen Behandlungsplan, der vom Stationsarzt in Absprache mit dem Oberarzt angepasst und fortgeschrieben wird. Der Behandlungsplan enthält diagnostische Maßnahmen (z. B. Labor, Röntgen), therapeutische Maßnahmen (z. B. Physiotherapie) und pflegerische Maßnahmen (z. B. Lagerung, Wundversorgung). Regelmäßig finden Absprachen zum Behandlungsplan zwischen den Beteiligten statt.

1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Eine umfassende Information der Patienten und Angehörigen unterstützt den Genesungsprozess. Deshalb beziehen wir Patienten und Angehörige aktiv in die Behandlungsplanung ein. Hierbei respektieren wir, sofern mit dem Gesetz vereinbar, individuelle Bedürfnisse und religiöse Wünsche. Die Aufklärung über die Behandlung oder über Änderungen erfolgt im Aufnahmegespräch und in den täglichen Visiten. Bei Bedarf werden auch Einzelgespräche geführt. Für fremdsprachige Patienten stehen Mitarbeiter als Dolmetscher zur Verfügung.

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.

Wir behandeln unsere Patienten orientiert an wissenschaftlich fundierten medizinischen Leitlinien. Die Verantwortung dafür liegt beim behandelnden Arzt. Chef- und Oberärzte überwachen die korrekte Durchführung im Rahmen von Visiten und Besprechungen. Bei Bedarf werden Spezialisten anderer Fachrichtungen zu Rate gezogen. Die Pflege orientiert sich an festgelegten Pflegestandards. Jede Anordnung wird in der Patientenakte dokumentiert. Der Schmerztherapie liegt ein Konzept zu Grunde. In der Geburtshilfe wird Akupunktur zur Schmerzlinderung eingesetzt.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Unter Berücksichtigung der aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften liegen für einige Erkrankungen eigene Behandlungsanweisungen vor. Damit gewährleisten wir eine gleichbleibende Qualität und sorgen für Sicherheit bei der Behandlung unserer Patienten. Für einen großen Teil der pflegerischen Maßnahmen liegen Pflegestandards vor. Abweichungen von diesen Vorgaben werden in der Patientenakte dokumentiert. Fortbildungen, Fallbesprechungen und Konferenzen halten das Wissen der Mitarbeiter auf dem aktuellen Stand.

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.

Unsere Klinik entspricht auch in Bezug auf Räume und Ausstattung den Anforderungen an ein modernes Krankenhaus. Die Patientenzimmer sind mit Telefon, Radio- und Fernsehempfang, Dusche und Toilette und einem großzügigen Wandschrank ausgestattet. Die Cafeteria lädt zum Imbiss ein. Wir bieten Unterbringungsmöglichkeiten für Angehörige an. Die Mitarbeiter tragen Namensschilder und stellen sich beim ersten Kontakt immer vor. Besuche sind ganztägig möglich. Abläufe und Essenszeiten orientieren sich an den Bedürfnissen der Patienten.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Unser Speiseplan bietet den Patienten abwechslungsreiche und schmackhafte Gerichte. Dabei werden bevorzugt saisonale und regionale Speisen angeboten. Unsere Menüassistentinnen fragen die Patienten täglich nach ihren Wünschen. Die vielfältigen Wahlmöglichkeiten können auch Diabetiker und Vegetarier nutzen. Auch die Portionsgrößen können gewählt werden. Für spezielle Diäten steht eine Diätassistentin zur Verfügung, sie berät die Patienten bei besonderen Kostformen. Mineralwasser und Tee steht den Patienten kostenfrei zur Verfügung.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Der schriftliche Behandlungsplan und die sorgfältige Dokumentation aller Maßnahmen erleichtern dem Stationsarzt und dem Pflegepersonal die Koordination der Behandlungsschritte. Besonders dringende Untersuchungen werden gekennzeichnet und bevorzugt ausgeführt. Der Hol- und Bringdienst sorgt für einen reibungslosen Transfer der Patienten. Eine zeitnahe Rückmeldung zu den Ergebnissen der Untersuchungen, i. d. R. am Untersuchungstag, ist gewährleistet. Laborbefunde sind über die EDV abrufbar, handschriftliche Befunde werden dem Patienten direkt mitgegeben.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Zwei OP-Koordinatoren sind für einen reibungslosen Ablauf der OP-Organisation verantwortlich. Sie koordinieren die OP-Säle, die Personalressourcen und die Eingriffe der verschiedenen Fachdisziplinen im OP. Notfälle werden in das laufende OP-Programm integriert. Für die Vorbereitung von Operationen liegen umfassende Pflegestandards vor.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Die gute Kooperation aller an der Patientenversorgung Beteiligten ist Voraussetzung für den Behandlungserfolg. Regelmäßige Besprechungen, Visiten und Übergaben innerhalb und zwischen den Berufsgruppen und Fachabteilungen sorgen für einen umfassenden Informationsaustausch zum Wohle des Patienten. Bei Bedarf werden die Experten anderer Fachabteilungen angefordert. Dafür gibt es einheitliche Anforderungsscheine.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Alle Regelungen zu den Visiten sind in einem Konzept beschrieben. Überwiegend finden sie am Vormittag statt. Werktags erfolgt in allen Abteilungen mindestens eine Visite täglich. Ausführlichere Beratungen finden in Einzelgesprächen außerhalb der Visite statt. Im Rahmen der Visiten, an denen Ärzte und Mitarbeiter des Pflegedienstes teilnehmen, werden der Behandlungsverlauf und das weitere Vorgehen gemeinsam mit dem Patienten besprochen. Die Informationen übermitteln wir in einer für den Patienten verständlichen Sprache.

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.

Bereits im Aufnahmegespräch wird die häusliche Situation des Patienten erfasst und bei der Entlassungsplanung berücksichtigt. Ein Pflegeüberleitungsbogen sichert die pflegerische Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt. In Entlassungsgesprächen erhalten die Patienten alle Informationen für die weiteren Schritte und Verhaltensregeln. In besonderen Fällen erhalten sie auch schriftliche Informationsmaterialien. Bei Bedarf unterstützt unser Sozialdienst die Sicherstellung der nachstationären Versorgung.

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.

Unsere Patienten erhalten bei der Entlassung einen Arztbrief, in dem alle zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Informationen enthalten sind. Bei Bedarf erfolgt eine zusätzliche telefonische Information der weiterbehandelnden oder betreuenden Stelle. Innerhalb des Hauses finden beim Wechsel des Betreuungsteams Übergabegespräche statt. Der Sozialdienst kümmert sich um einen nahtlosen Übergang in Reha- und Pflegeeinrichtungen.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Eine gute Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten, Pflege- und Hospizeinrichtungen, Selbsthilfegruppen u. a. wird durch regelmäßige Kontakte (z. B. Fortbildungen) und Gespräche gepflegt. Pflegeeinrichtungen, die Patienten von uns übernehmen, informieren wir mit einem Pflegeüberleitungsbogen über den Zustand des Patienten. Das Einverständnis des Patienten zur Weitergabe von ihm betreffenden Informationen wird schriftlich eingeholt.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

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

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

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

Die Sicherung der qualifizierten Behandlung und Versorgung unserer Patienten ist die Grundlage bei der Personalplanung. Jährlich wird ein Stellenplan erstellt, der die Leistungsentwicklung sowie die gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigt. Die erforderliche Anzahl qualifizierter Mitarbeiter ist jederzeit verfügbar. Bei Veränderungen im Leistungsspektrum oder in der Struktur passen wir den Personalbedarf auch im laufenden Jahr an.

2.2 Personalentwicklung

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

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Die dynamische Entwicklung unseres Krankenhauses erfordert die kontinuierliche Weiterqualifikation von Mitarbeitern und Führungskräften. Deshalb arbeiten wir mit einem Personalentwicklungskonzept, in dem u. a. die Personalauswahl, die Einarbeitung, das System der Fort- und Weiterbildung und die Jahresgespräche beschrieben sind. Verantwortlich für die Personalentwicklung sind jeweils die direkten Vorgesetzten.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Für einige Funktionen in unserem Haus wurden Stellenbeschreibungen entwickelt. Sie schaffen Klarheit über Kompetenzen und Verantwortlichkeiten. Darin sind die Über- und Unterordnung, die Qualifikation, das Ziel der Stelle und die Aufgaben und Kompetenzen beschrieben und festgelegt. Auf Grund der in den Stellenbeschreibungen geforderten Kompetenzen können zwischen dem Mitarbeiter und dem Vorgesetzten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen abgestimmt werden.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

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

Für die Innerbetriebliche Fortbildung haben wir Verantwortliche benannt, die ein jährliches Fortbildungsprogramm erstellen. In allen Abteilungen und für einzelne Dienstgruppen finden außerdem interne Fortbildungsveranstaltungen statt. Pflichtthemen wie Reanimation, Hygiene, Arbeits- und Brandschutz werden regelmäßig angeboten. Zu Fach- und Führungsthemen besuchen Mitarbeiter auch externe Seminare, Kongresse und Tagungen. Für spezielle fachliche Qualifikationen bestehen Kooperationen mit umliegenden Krankenhäusern (Klinikum Fürth, Uni Erlangen).

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Die Klinik Neustadt fördert die Teilnahme von Mitarbeitern an Fort- und Weiterbildungen auf vielfältige Weise. So werden interne Veranstaltungen für die Mitarbeiter kostenfrei angeboten. Bei externen Veranstaltungen werden unterschiedliche Finanzierungsmodelle angewendet, die von der Freistellung vom Dienst bis zur vollständigen Übernahme der Kosten reichen.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Das Internet hat einen hohen Stellenwert in Bezug auf aktuelle Informationen für Medizin und Pflege. Deshalb haben viele Mitarbeiter dieser Bereiche Zugriff auf das Internet und damit auch auf Online-Ausgaben von Fachzeitschriften oder Informationen von Fachgesellschaften. Weiter stehen den Mitarbeitern die Fachbibliotheken ihrer Abteilung und der Pflegedienstleitung zur Verfügung. Fort- und Weiterbildungsmedien (Beamer, Moderationsausrüstung u. ä.) für interne Veranstaltungen können zentral ausgeliehen werden.

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.

Die enge Verknüpfung von Theorie und Praxis ist die Basis einer fundierten Ausbildung. Deshalb werden unsere Schüler in den Pflege- und Gesundheitsberufen nach dem Konzept des problemorientierten Lernens unterrichtet. Zwei hauptamtliche und eine Reihe von nebenamtlichen Praxisanleitern gewährleisten die praktische Anleitung auf den Stationen. Ein Regelkommunikationssystem zwischen der Schule und den Fachabteilungen unterstützt die Vernetzung. Mit den Schülern werden regelmäßig Feedbackgespräche geführt und dokumentiert.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

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

Motivierte Mitarbeiter, die sich für unsere Patienten, Angehörigen und zuweisenden Ärzte engagieren, sind unsere wichtigste Ressource. Im Leitbild der Klinik Neustadt und in Führungsgrundsätzen sind deshalb Erwartungen an unsere Führungskräfte, wie zum Beispiel ein kooperativer und partnerschaftlicher Führungsstil, formuliert. Führungskräfte werden für ihre Führungsaufgabe qualifiziert. Jahresgespräche werden eingeführt. In Mitarbeiterbefragungen wird die Umsetzung des mitarbeiterorientierten Führungsstils überprüft.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Die Arbeitszeitregelungen in unserem Haus orientieren sich an den Bedürfnissen unserer Patienten, den Wünschen unserer Mitarbeiter und an den gesetzlichen Bestimmungen. Eine Vielzahl von Teilzeitregelungen und Arbeitszeitmodellen (Arbeitszeitkonten, flexible Arbeitszeiten u. a.) innerhalb eines bestimmten Rahmens tragen diesen Anforderungen Rechnung. Bei der Dienstplangestaltung werden Wünsche der Mitarbeiter nach Möglichkeit berücksichtigt.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter stellt eine gute Qualität der Patientenversorgung sicher. Neue Mitarbeiter werden auf Grundlage eines Einarbeitungskonzepts eingeführt. Sie erhalten eine Bezugsperson für die ersten Wochen. Gespräche in festgelegten Intervallen fördern den Lernprozess und dienen der Überprüfung des Einarbeitungsfortschritts. Checklisten und arbeitsplatzbezogene Handbücher gewährleisten, dass der neue Mitarbeiter über die notwendigen Informationen verfügt.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Jeder Mitarbeiter kann Verbesserungsvorschläge, Ideen, Wünsche oder Kritik jederzeit schriftlich oder persönlich an den jeweiligen Vorgesetzten oder direkt an den Vorstand richten. Die Vorgesetzten entscheiden über eine Umsetzung der Vorschläge. Die Mitarbeiter werden darüber informiert. Außerdem können sie Ideen und Verbesserungsvorschläge in Projektgruppen einbringen und sich aktiv an der Umsetzung beteiligen.

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.

Grundlage für den Arbeitsschutz ist das Regelwerk der Arbeitssicherheit. Die Klinik Neustadt hat die Fachkraft für Arbeitssicherheit des BRK im Landkreis als Experten für die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen bestellt. Ein Arbeitsschutzausschuss ist eingerichtet. Die Einhaltung der Schutzbestimmungen wird durch Begehungen und Kontrollen überwacht. Sicherheitsmängel werden zeitnah behoben. Die Mitarbeiter werden regelmäßig durch den betriebsärztlichen Dienst untersucht.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Der Brandschutz und begleitende Maßnahmen sind in der Klinik Neustadt in einer Brandschutzordnung geregelt. Flucht- und Rettungspläne wurden mit der Feuerwehr erarbeitet. Sie hängen aus und werden bei Bedarf aktualisiert. Schulungen und Übungen zum Umgang mit dem Feuerlöscher vermitteln den Mitarbeitern Sicherheit für den Notfall. Brandschutzunterweisungen finden jährlich statt. Brandschutzbegehungen führen der Brandschutzbeauftragte und der Technische Leiter regelmäßig durch.

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 Klinik Neustadt ist in den Katastrophenschutz des Landkreises eingebunden. Dazu liegen Pläne und Verzeichnisse vor. Weitere nicht-medizinische Notfallsituationen sind definiert (z. B. Ausfall der Telefonanlage, eingeschlossene Personen im Aufzug). Über den Empfang werden die Störungen an die Mitarbeiter der Haustechnik gemeldet, die sich um die Beseitigung der Störungen kümmert. Das Notstromaggregat wird regelmäßig geprüft und gewartet.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Für die Sicherheit unserer Patienten bei medizinischen Notfällen liegt ein Konzept zum "Medizinischen Notfallmanagement" vor. Definierte Stationen sind mit einer mobilen Notfalleinheit ausgestattet. Die Ausrüstung dieser Notfallwägen ist einheitlich. Die Mitarbeiter des Pflegedienstes werden regelmäßig zur Notfallversorgung und Reanimation geschult. Die Notfallausrüstung wird nach jedem Einsatz und bei den Schulungen überprüft.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Unser Ziel ist der Schutz unserer Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung unter Wahrung ihrer Persönlichkeitsrechte. Für die Sicherheit von besonders gefährdeten Patientengruppen (Säuglinge, Kinder, verwirrte Patienten) wurden spezielle Sicherheitsvorkehrungen getroffen. Zur Betreuung von Kindern kann ein Elternteil mit aufgenommen werden.

3.2 Hygiene

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

3.2.1 Organisation der Hygiene

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

Mit unserem Hygieneplan regeln wir den Schutz unserer Patienten vor im Krankenhaus erworbenen Infektionen. Dort sind u. a. Hygiene- und Desinfektionspläne, Verantwortlichkeiten sowie das Meldewesen beschrieben. Der Hygieneplan ist im Intranet hinterlegt und steht damit allen Mitarbeitern immer zur Verfügung. Die Einhaltung der Hygieneplanung überprüft die Hygienefachkraft vor Ort. Die Hygienekommission überwacht regelmäßig Infektionsstatistiken, Meldungen und die Ergebnisse von Begehungen und leitet ggf. Maßnahmen ein. Die Mitarbeiter werden beraten und geschult.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Hygienerelevante Daten werden erfasst und gemeldet. Unser mikrobiologischer Laborpartner übermittelt uns quartalsweise die Keim- und Resistenzstatistik. Auffällige Ergebnisse werden in der Hygienekommission analysiert und entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Die Ergebnisse werden auch an die Abteilungen zurückgemeldet und führen u. a. zu Schulungen.

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Wir schützen unsere Patienten und Mitarbeiter vor Infektionserregern (z. B. Hepatitis, HIV, SARS), indem der Umgang mit infizierten Patienten durch Handlungsanweisungen in der Hygieneordnung eindeutig geregelt ist. Die Hygienefachkraft informiert sich regelmäßig über neue Entwicklungen und unterweist die Mitarbeiter. Risikobereiche werden mindestens einmal jährlich durch sie überprüft. Die Ergebnisse der Überprüfungen und der Begehungen des Gesundheitsamtes werden in der Hygienekommission beraten, die Maßnahmen zur Behebung der Mängel veranlasst.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Die Hygienefachkraft überwacht die Einhaltung der Richtlinien und Empfehlungen und unterstützt die Abteilungen bei der Umsetzung der Hygieneordnung. Die Zentralsterilisation erfüllt die geltenden Qualitätsstandards. In der Krankenhausküche werden die in der Lebensmittelverordnung festgelegten Hygienestandards (HACCP) umgesetzt. Die Mitarbeiter der Küche werden regelmäßig zu diesem Thema geschult.

3.3 Bereitstellung von Materialien

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

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

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

Die Versorgung unserer Patienten mit Arzneimitteln gewährleistet eine externe Apotheke. Die Arzneimittelkommission legt jährlich die Arzneimittelliste unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse fest. Blut und Blutprodukte werden über das eigene Labor beschafft. Das Verfahren ist in einer Arbeitsplatzbeschreibung geregelt. Für die Beschaffung des medizinischen Sachbedarfs ist das Zentrallager zuständig.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Die kooperierende Apotheke versorgt die Klinik mit den notwendigen Arzneimitteln. Sie beliefert direkt die einzelnen Stationen. Die Bestellung und Anwendung erfolgt ausschließlich auf Grund schriftlicher ärztlicher Anordnung. Auf der Intensivstation wird ein Notfalldepot bereitgehalten. Arzneimittelnebenwirkungen werden schriftlich gemeldet. Die Lagerhaltung auf den Stationen wird regelmäßig durch Mitarbeiter der Apotheke und Mitarbeiter der Stationen überprüft.

3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten

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

Für Patienten, die Blut oder Blutprodukte erhalten, haben wir mit einem Qualitätshandbuch und einer Dienstanweisung einen einheitlichen Qualitätsstandard festgelegt. Dort ist u. a. geregelt, wie und durch wen Blut und Blutprodukte angefordert werden, wie die Aufklärung erfolgt und wie und durch wen die Durchführung einer Transfusion erfolgt. Jede Anwendung von Blut und Blutprodukten wird nachvollziehbar dokumentiert. Patienten werden über die Möglichkeit der Eigenblutspende aufgeklärt. Die Mitarbeiter werden über das Transfusionswesen umfassend informiert.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Ein Organisationshandbuch für medizintechnische Prozesse regelt das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten. Dort ist u. a. festgelegt, dass ausschließlich eingewiesene Mitarbeiter die medizinischen Geräte bedienen dürfen. Die Einweisungen der Mitarbeiter werden dokumentiert. Die Verantwortlichkeiten für die Anwendung von Medizinprodukten sind benannt. Der Meldeweg für Vorkommnisse und Beinahe-Vorkommnisse mit Medizinprodukten ist beschrieben.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

In der Klinik Neustadt existieren Regelungen zum Umweltschutz. Abfallvermeidung, Recycling, Mülltrennung und Energieeinsparung gehören zu den Zielen unserer Einrichtung. Dafür setzen wir u. a. ein umfassendes Abfallkonzept um, berücksichtigen beim Einkauf Umweltfaktoren, überprüfen regelmäßig die eingesetzten Technologien, nutzen Energiesparlampen und betreiben ein Blockheizkraftwerk.

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.

Für die Dokumentation, den Umgang mit den Patientendaten und deren Archivierung liegt ein Konzept vor. Die Patientendokumentation wird von allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen kontinuierlich zur Informationsweitergabe genutzt und u. a. im Rahmen der ärztlichen Visiten und der Pflegevisiten überprüft. Bei der Einführung neuer Regelungen werden die Mitarbeiter geschult. Zur Überprüfung der Patientendokumentation finden Audits statt.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Um alle Schritte des Behandlungsprozesses nachvollziehbar zu machen, werden sämtliche diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen in der Patientenakte dokumentiert. Dafür liegen entweder standardisierte oder an die jeweiligen Bedürfnisse der einzelnen Abteilungen angepasste Dokumentationsbögen vor. Die Vollständigkeit der Dokumentation wird von den Verantwortlichen kontrolliert.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Die für die Behandlung und Pflege unserer Patienten notwendigen Informationen sind der Patientenakte jederzeit zu entnehmen. Die Akten von aktuellen Patienten befinden sich in den Visitenwägen auf den Stationen. Zugang haben nur die befugten Personen. Eine Reihe von Befunden und Prozeduren sind elektronisch hinterlegt und können dort eingesehen werden. Akten von früheren Krankenhausaufenthalten werden zentral archiviert und bei Bedarf dem Behandlungsteam zeitnah zur Verfügung gestellt.

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.

Unsere Kommunikationsstruktur fördert den Informationsfluss zwischen den Abteilungen und den Austausch aller für die Genesung unserer Patienten verantwortlichen Mitarbeiter. Neben Besprechungen und Übergaben wird das Intranet intensiv für die Informationsweitergabe genutzt.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Die Zentrale Auskunftsstelle im Eingangsbereich unserer Klinik ist für viele Patienten und Besucher die erste Anlaufstelle. Sie ist zwischen 5:45 und 22:30 Uhr mit einem Mitarbeiter besetzt. Über das Krankenhausinformationssystem haben diese Mitarbeiter Zugriff auf alle wesentlichen Informationen (Telefonnummern, Namenslisten etc.). Außerdem werden sie von den Abteilungen über Neuerungen informiert. Bei der Erteilung von Auskünften werden die Datenschutzbestimmungen berücksichtigt. Dazu wurden die Mitarbeiter geschult.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Die interessierte Öffentlichkeit wird über Neuerungen und besondere Ereignisse im Krankenhaus und zu Fachthemen umfassend informiert. Dazu führt die Klinik Neustadt u. a. Informationsveranstaltungen, Gesundheitstage und Vorträge durch. Mit unserem Internetauftritt und den schriftlichen Patienteninformationsmappen und Flyern erhalten Interessierte einen guten Überblick über das Leistungsspektrum unserer Klinik. Darüber hinaus finden in der Klinik regelmäßig Kunstausstellungen und Ausstellungen zu medizinischen Themen statt.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

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

Mit den Daten unserer Patienten gehen wir verantwortungsvoll um. Die Datenschutzbestimmungen werden eingehalten. Ein Datenschutzkonzept regelt den Umgang mit Daten. Über ein spezielles Zugriffssystem und Passwörter wird der Zugang Unberechtigter auf die elektronisch gespeicherten Daten verhindert. Im Rahmen ihrer Einarbeitung werden die Mitarbeiter besonders auf die Datenschutzbestimmungen hingewiesen. Ein Datenschutzbeauftragter überwacht den Umgang mit Patientendaten.

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.

Zur Unterstützung der effektiven Patientenversorgung nutzen wir ein vernetztes Krankenhausinformationssystem, an das sämtliche medizinischen und administrativen Bereiche angeschlossen sind. Sicherungssysteme schützen die Daten bzw. sorgen einem Datenausfall vor. Die EDV-Abteilung weist die Mitarbeiter in neue Softwareprogramme ein und führt Schulungen durch. Mitarbeiter der EDV-Abteilung stehen den Anwendern für Fragen oder Problemlösungen zur Verfügung.

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.

Bei der Behandlung und Versorgung der Patienten leiten uns die Grundsätze unseres Leitbildes. Bereits 2001 haben wir unter Beteiligung der Mitarbeiter dieses Leitbild entwickelt. Es liegt in schriftlicher Form vor und ist im Internet und Intranet veröffentlicht. Außerdem haben wir im Jahr 2005 ein Pflegeleitbild erarbeitet, das sich am Leitbild der Kliniken des Landkreises orientiert. Die Leitbilder sind Richtschnur für unser Handeln und Ansporn für weitere Entwicklung.

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.

Die Zielplanung für die Klinik Neustadt wird jährlich im Leitungsteam entwickelt. Die obersten strategischen Ziele sind, der Bevölkerung eine wohnortnahe, umfassende medizinische Versorgung anzubieten und die kommunale Trägerschaft zu erhalten. Aus der Zielplanung resultieren außerdem das stationäre und ambulante Leistungsspektrum und die Auswahl von Kooperationspartnern. Die Zielplanung wird regelmäßig an die aktuellen Erfordernisse des Gesundheitswesens angepasst. Damit sichern wir den Standort und erweitern das Angebot für unsere Patienten.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Eine klare Organisationsstruktur schafft Transparenz und Handlungssicherheit. Im Intranet ist die Organisationsstruktur als Organigramm hinterlegt und für alle Mitarbeiter einsehbar. Eine Vielzahl von Projekt- und Arbeitsgruppen arbeitet an Optimierungs- oder Qualitätsverbesserungsprojekten. Sie werden vom Vorstand, den Linienvorgesetzten bzw. vom Qualitätsmanagement überwacht. Die Durchführung von Projekten ist in einem Konzept beschrieben.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Jeweils zum Jahresbeginn wird der Wirtschafts- und Investitionsplan für das kommende Jahr erstellt. Dabei bilden die Anforderungen aus den Abteilungen und die vom Vorstand und kaufmännischen Leiter erkannten Investitionsnotwendigkeiten die Grundlage. Die Wirtschafts- und Investitionspläne werden auf Basis des angenommenen Budgets entwickelt und je nach Budgetabschluss fortgeschrieben. Die Abteilungsleitungen werden monatlich über Leistungen, Kosten und Erlöse informiert.

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 Leitungsgremien und Kommissionen des Krankenhauses tagen in festgelegten Zyklen. Die Effektivität der Besprechungen wird durch Tagesordnungen, Protokolle und Maßnahmepläne zur Ergebnissicherung gewährleistet. Geschäftsordnungen regeln die Arbeitsweise der Gremien. Über die Zusammensetzung der Kommissionen und Gremien sowie über relevante Ergebnisse werden die Mitarbeiter mit Hilfe der Mitarbeiterzeitung, im Intranet und durch Aushänge informiert.

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.

Der Vorstand sichert in enger Zusammenarbeit mit dem Leitungsteam die effektive Führung des Krankenhauses. Regelmäßige Besprechungen in den Leitungsgremien (Lenkungsausschuss, Drehscheibe, SL-Sitzung, Abteilungsbesprechung) stellen die Kommunikation in beide Richtungen sicher. Über Beschlusskontrollen mit Hilfe der Protokolle wird die Umsetzung von Maßnahmen in den nachgeordneten Leitungsebenen überprüft.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

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

Die Führungsgremien im Krankenhaus benötigen den Sachverstand der nachgeordneten Ebenen für ihre Entscheidungen. Der Vorstand ist in den meisten Kommissionen und Gremien Mitglied und erhält dadurch die Informationen aus erster Hand. Die Controlling-Abteilung informiert über die wichtigsten Kenngrößen mit monatlichen Reports. Ergebnisse von Befragungen und unterschiedlichen Überprüfungsmaßnahmen werden zeitnah an die Führungsgremien zurückgemeldet.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Im Leitbild ist der respektvolle Umgang und die gegenseitige Wertschätzung als Leitlinie für alle Mitarbeiter formuliert. Die Umsetzung zeigt sich in einem kooperativen Führungsstil und in der Einbeziehung der Mitarbeiter in Entscheidungen. Jahresgespräche und persönliche Gespräche zwischen Führungskräften und Mitarbeitern sind die Basis für gegenseitiges Vertrauen. Der Personalrat ist in wichtige Projekte einbezogen. Der Vorstand führt monatlich mit dem Personalrat ein Gespräch. Die Mitarbeiterzufriedenheit messen wir mit Hilfe einer Befragung.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

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

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Mit den durch den wissenschaftlichen Fortschritt ständig wachsenden Möglichkeiten der Medizin nimmt die Zahl der ethischen Fragestellungen im Krankenhaus zu. Zur Unterstützung von Patienten, Angehörigen, Ärzten und Pflegepersonal haben wir ein Ethikkomitee eingerichtet. Es berät bei ethischen Fragestellungen und stößt die Diskussion zu diesen Themen an. Für weitere Hilfestellungen stehen auch die Seelsorger und der Sozialdienst zur Verfügung. Wir arbeiten außerdem eng mit Selbsthilfegruppen und dem ambulanten Krisendienst zusammen.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Unsere Mitarbeiter berücksichtigen die besondere Situation, in der sich sterbende Patienten und ihre Angehörigen befinden und gehen einfühlsam und rücksichtsvoll damit um. Ärzte, Pflegepersonal, Seelsorger und ehrenamtliche Mitarbeiter der Besuchs- und Hospizdienste kümmern sich um die Bedürfnisse der Patienten. Eine ausreichende Schmerztherapie und die Ausschöpfung der Möglichkeiten der Palliativmedizin stehen im Vordergrund. Angehörige können jederzeit beim sterbenden Patienten sein. Eine gemeinsame Unterbringung ist möglich.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Der respektvolle Umgang mit Verstorbenen und die angemessene Begleitung der Angehörigen gehört zu den Grundlagen unseres Handelns. Den Angehörigen geben wir die Möglichkeit, in einem würdigen Rahmen Abschied zu nehmen. Dabei berücksichtigen wir so weit möglich auch die Rituale anderer Religionen. Angehörigen wird die Unterstützung durch die Seelsorge angeboten.

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.

Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität haben für uns hohe Priorität. Die Stabsfunktion Qualitätsmanagement ist deshalb direkt dem Vorstand unterstellt und mit einem Qualitätsmanager besetzt. In einem Konzept sind die Struktur und Aufgaben aller am QM beteiligten Gremien und Funktionen beschrieben. Qualitätsbeauftragte in den Abteilungen sorgen für die Umsetzung der Qualitätsaktivitäten. Regelmäßige Selbstbewertungen decken Schwachstellen auf, die u. a. mit Qualitätsverbesserungsprojekten in Angriff genommen werden.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Messbare Qualitätsziele sind für unser Handeln Richtschnur und Ansporn zugleich. Auf Grundlage des Leitbilds wurden in einer aus verschiedenen Berufsgruppen und Führungsebenen zusammengesetzten Arbeitsgruppe unsere Qualitätsziele entwickelt. Sie wurden in der Mitarbeiterzeitung veröffentlicht und sind im Intranet allen Mitarbeitern zugänglich.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Mit unserem Qualitätsmanagementsystem sichern und verbessern wir kontinuierlich die Leistungen für unsere Patienten. Die Organisation des Qualitätsmanagements ist in unserem Qualitätsmanagement-Konzept beschrieben. Eine große Zahl von Mitarbeitern und Führungskräften wurde für die Wahrnehmung von Aufgaben im Qualitätsmanagement qualifiziert. Die Durchführung von Qualitätsprojekten ist vom schriftlichen Projektauftrag bis zum Projektabschluss klar geregelt. Die Mitarbeiter werden regelmäßig über den Stand der Projekte informiert.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Im Zusammenspiel mit den externen Qualitätssicherungsmaßnahmen finden interne Qualitätssicherungsmaßnahmen statt. Chef- und Oberarztvisiten, interdisziplinäre Fallbesprechungen, interne Fortbildungen und die Erfassung und Auswertung von Daten (z. B. Infektionen, Medikamentenverbrauch) sind nur einige Instrumente, die der internen Qualitätssicherung dienen. Mit Selbstbewertungen und Befragungen der verschiedenen Gruppen (Patienten, Zuweiser, Mitarbeiter) überprüfen wir laufend unsere Qualität.

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

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

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

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

Die Auswertung qualitätsrelevanter Daten bildet ein wichtiges Frühwarnsystem für Qualitätsmängel. Sie dienen außerdem der Evaluation qualitätsverbessernder Maßnahmen. Zusätzlich zu den gesetzlich vorgeschriebenen Daten werden interne Daten gesammelt und ausgewertet. Die Ergebnisse der Datenauswertung werden an die Verantwortlichen zurückgemeldet. Bei Bedarf werden Ursachen für Mängel erforscht und Verbesserungen eingeleitet.

6.3.2 Nutzung von Befragungen

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

Befragungen nutzen wir in unserer Klinik als wichtige Instrumente zur Qualitätsbeurteilung. Deshalb befragen wir unsere Patienten und Mitarbeiter schriftlich. Die niedergelassenen Ärzte werden regelmäßig im persönlichen Gespräch nach ihrer Zufriedenheit mit unserer Klinik befragt. Bei allen Befragungen wird der Datenschutz beachtet. Die Befragungsergebnisse werden an die Mitarbeiter zurückgemeldet. Das Qualitätsmanagement und die Linienvorgesetzten sind für die Umsetzung von Maßnahmen verantwortlich.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Falls es während des Aufenthalts Anlässe zu Beschwerden gegeben hat, ist es uns wichtig, diese zu kennen. Deshalb erhält jeder Patient bei der stationären Aufnahme den Fragebogen "Ihre Meinung ist uns wichtig", auf dem Anregungen und Beschwerden geäußert werden können. Das Qualitätsmanagement wertet die Bögen aus und meldet die Ergebnisse bereichsbezogen zurück. Darüber hinaus nehmen alle Mitarbeiter Beschwerden entgegen und leiten sie mit Hilfe eines Formblattes an das Qualitätsmanagement weiter. Die Patienten werden über die Bearbeitung der Beschwerde informiert.

6.4 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

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

6.4.1 Beteiligung an der externen Qualitätssicherung

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

Die Klinik Neustadt beteiligt sich in vollem Umfang an den gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Die einzelnen Abteilungen haben dafür verantwortliche Ärzte benannt. Mit Hilfe einer speziellen Software werden die Daten dokumentiert. Die EDV-Abteilung sendet die Daten online an die für die Auswertung zuständige Geschäftsstelle. Die aktuelle Dokumentationsrate wird monatlich überprüft, um schneller auf Defizite reagieren zu können.

6.4.2 Umgang mit den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

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

Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden von der Geschäftsstelle den Chefärzten zur Verfügung gestellt. Sie besprechen die Ergebnisse mit den Oberärzten ihrer Abteilung. Der Qualitätsmanagementbeauftragte und ggf. weitere Ärzte werden in die Analyse einbezogen. Bei Bedarf werden Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet. Die Ergebnisse wurden erstmals im Jahr 2004 im Qualitätsbericht publiziert. Dieser Bericht ist auf der Homepage der Klinik veröffentlicht.