



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

K T Q - Q U A L I T Ä T S B E R I C H T

Krankenhaus: Knappschaftskrankenhaus Püttlingen

Institutionskennzeichen: 261000466

Anschrift: In der Humes
66346 Püttlingen

Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer: 2007 – 0062 K

durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:

Green & Ibex Zertifizierung GmbH

Datum der Ausstellung: 20.07.2007

Gültigkeitsdauer: 19.07.2010

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Einleitung	5
Basisteil	7
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	7
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	13
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	32
C Qualitätssicherung	36
C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	36
C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	37
C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)	37
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V	37
Systemteil	38
D Qualitätspolitik	38
E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	39
F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	42
G Weitergehende Informationen	42
H Ausstattung	43
Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Knappschaftskrankenhaus Püttlingen	49
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	49
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	56
3 Sicherheit im Krankenhaus	60
4 Informationswesen	65
5 Krankenhausführung	68
6 Qualitätsmanagement	72

Vorwort der KTQ®

Die KTQ-Zertifizierung ist ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, das getragen wird von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen¹. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet. **Die Verfahrensinhalte wurden ausschließlich von Krankenhauspraktikern entwickelt und erprobt.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. M. Walger
Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller
Für den Deutschen Pflegerat

Einleitung

Dieser Qualitätsbericht gibt Ihnen einen aktuellen Überblick über das Leistungsspektrum und die Behandlungsschwerpunkte im Knappschaftskrankenhaus Püttlingen.

Träger des Knappschaftskrankenhauses Püttlingen ist die Knappschaft Bahn See (KBS).



Neben den Grund- und Regelversorgungsleistungen beinhaltet das Leistungsspektrum des Hauses ein zertifiziertes Schlaganfallzentrum (Stroke Unit), ein zertifiziertes Brustzentrum, eine Klinik für Rheumatologie sowie die Deutsche Klinik für Naturheilkunde und Präventivmedizin. Das Haus verfügt über 393 Betten in insgesamt acht Fachabteilungen. Als medizinisches Kompetenzzentrum aber auch als Ausbildungsträger ist das Krankenhaus Püttlingen akademisches Lehrkrankenhaus der Universität des Saarlandes. Regelmäßiger Kontakt zur Forschung sowie die aktuelle und hochwertige apparative Ausstattung ermöglicht die Durchführung aufwendiger Diagnose- und Behandlungsverfahren und damit eine optimale Versorgung unserer Patienten.

Mit über 800 Mitarbeitern ist das Knappschaftskrankenhaus Püttlingen nicht nur ein wichtiger Anbieter medizinischer Leistungen sondern auch ein großer Arbeitgeber in der Region. In der angegliederten Krankenpflegeschule stehen 65 Ausbildungsplätze zur Verfügung.

Eine intensive praxisbezogene und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit sowie ein ständiger Erfahrungsaustausch besteht mit niedergelassenen Ärzten. Das knappschaftseigene Netz der integrierten Versorgung (Prosper) hat sich bewährt und wurde weiter ausgebaut, um unseren Patienten effizient und schnell helfen zu können.

Als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung nimmt das Knappschaftskrankenhaus Püttlingen überregional Aufgaben wahr, unter anderem im Bereich Gefäßchirurgie. Das Gefäßzentrum zählt zu den ersten der in Deutschland zertifizierten Zentren dieser Art.

Das Krankenhaus Püttlingen führt über die gesetzliche Verpflichtung hinaus freiwillige Maßnahmen zur Qualitätsbewertung durch, unter anderem eine standardisierte Erhebung zu Brustkrebserkrankungen, die Qualitätssicherung Schlaganfall Rheinland

Pfalz/Saarland und ein Qualitätssicherungsverfahren zur Schmerztherapie.

Die Innere Medizin, die Gefäßchirurgie und die Radiologie nehmen ebenfalls an Qualitätssicherungsprogrammen teil. Auf den Dialog mit unseren Patienten und externen Leistungserbringern legen wir großen Wert. Deshalb führen wir regelmäßig Befragungen durch, um entsprechende Parameter zu ermitteln.

Das Qualitätsmanagement sorgt anhand dieser Kennzahlen für eine systematische Koordination und Weiterentwicklung aller Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung. Diese Zielsetzung entspricht dem Leitbild und den Grundsätzen für Führung und Zusammenarbeit der knappschaftlichen Eigenbetriebe. Bereits im Jahr 2000 hat der Träger in Absprache mit den Betriebsleitungen der Knappschafts-Krankenhäuser ein Rahmenkonzept zur Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagements verabschiedet. Im Jahr 2004 wurde das Krankenhaus Püttlingen für seine Qualitätsbemühungen ausgezeichnet und nach KTQ[®] -zertifiziert.

Seitdem wurden weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung durchgeführt. Hierzu zählen insbesondere die verbesserte integrierte Versorgung sowie die Weiterentwicklung klinischer und sektorübergreifender Behandlungspfade. Im Jahr 2007 wird unter anderem eine Abteilung für Schmerztherapie und Palliativmedizin mit neun Planbetten etabliert.

Die Strukturdaten des - Knappschaftskrankenhaus Püttlingen

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

In der Humes
66346 Püttlingen
www.krankenhaus-puettingen.de

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

261000466

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See

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)

393

A-1.5.1 Anzahl der Betten für den Maßregelvollzug¹

0

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten: 12.780

Ambulante Patienten: 56.600

Davon Privatpatienten: 8.200

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		76	3470	ha	Ja	Ja
0154	I.M. SP Naturheilkunde		20	243	ha	Nein	Nein
0900	Rheumatologie		28	464	ha	Ja	Nein
1500	Allgemeine Chirurgie		76	2928	ha	Ja	Ja
2300	Orthopädie		62	2127	ha	Ja	Ja
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe		34	1213	ha	Ja	Ja
2800	Neurologie		70	2881	ha	Ja	Ja
3600	Intensivmedizin		15	1426	ha	Nein	Ja
3751	Radiologie				ha	Ja	Ja
3753	Schmerztherapie		9	376	ha	Ja	Nein

* Nicht bettenführende Abteilung mit fachlich nicht weisungsgebundener Leitung nb eintragen

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

¹ Bei Intensivmedizin getrennte Angabe der Betten nach Intensivstation/Wachstation

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	B70	Schlaganfall	479
2	E63	Schlafbezogene Atemstörungen	450
3	P67	Neugeborenes >2.499g	364
4	I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen der Wirbelsäule	362
5	I44	Kniegelenksprothese	325
6	G67	Entzündliche und andere Erkrankungen der Verdauungsorgane	269
7	O60	Spontangeburt	268
8	I48	Ersatz Hüftgelenk ohne komplexen Eingriff	266
9	B69	Vorübergehende Hirndurchblutungsstörung	261
10	I47	Ersatz Hüftgelenk mit komplexem Eingriff	210
11	I69	Knochenkrankheiten und spezifische Gelenkrankheiten	207
12	B67	Degenerative Krankheiten des Nervensystems	203
13	F62	Herzschwäche	192
14	B63	Demenz	176
15	H41	Komplexe therapeutische endoskopische Gallengangrevision	175
16	G24	Eingriffe bei Bauchwand- und Nabelbrüchen	152
17	H08	Laparoskopische Gallenblasenentfernung	139
18	B76	Krampfanfälle des Gehirns	133
19	B71	Erkrankungen an Hirn- und peripheren Nerven	120
20	O01	Kaiserschnittentbindung	114
21	F65	arterielle Gefäßerkrankung Beine	113
22	E71	Neubildungen der Atmungsorgane	111
23	F67	Hoher Blutdruck	109
24	F34	Große wiederherstellende Gefäßeingriffe	107
25	E77	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	102
26	F71	Herzrhythmusstörungen	100
27	I66	Erkrankungen des Bindegewebes	98
28	N23	Senkungsoperationen an weiblichen Geschlechtsorganen	94
29	N21	Entfernung der Gebärmutter	93
30	B77	Kopfschmerz	89

A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte

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

Gelenkendoprothetik, Schlaganfall, Stroke-Unit (neurologische Intensivstation), Schlafmedizin, Rehabilitation, Gefäßzentrum, Brustzentrum, Naturheilkunde

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)

Alle üblichen, ambulant durchführbaren abteilungstypischen Behandlungen, darüber hinaus Gefäß- und Tumorsprechstunde, ambulante Endoskopie.

A-2.0 Durchgangsarztverfahren

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

Unfallchirurgie

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 si- cherge- stellt	Apparate- gemeinschaft
Computertomographie	Ja	Ja	nein
Magnetresonanztomographie	Ja	Ja	nein
Herzkatheterlabor	Nein	Nein	nein
Szintigraphie	Ja	Ja	nein
Positronenemissionstomographie	Nein	Nein	nein
Elektronenzephalogramm	Ja	Ja	nein
Angiographie	Ja	Ja	nein
Schlaflabor	Ja	Ja	nein
Kernspin	Ja	Ja	nein
Sonographie	Ja	Ja	nein
Röntgen	Ja	Ja	nein
Broncho-/Endoskopie	Ja	Ja	nein
Echoskopie/TEE	Ja	Ja	nein
Mikrobiologie	Nein	Nein	nein

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

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

Kardiologie (Herzerkrankungen), Echokardiographie (EKG), Transösophageale Echokardiographie (von der Speiseröhre aus), Herzschrittmacherimplantation, Pulmonologie (Lungenerkrankungen), Onkologie (Bösartige Erkrankungen)

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Endoskopie, Interventionelle (endoskopische Eingriffe) am Magen-Darmtrakt, Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP, endoskopische Untersuchung der Gallengänge und der Bauchspeicheldrüse), Endosonographie (Ultraschalluntersuchung), Chromoendoskopie (mit Anwendung von Farbstoff), Darmzentrum

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Internistische Intensivstation, Perkutane endoskopische Gastrostomie-Anlage (Anlage einer Ernährungsfistel), Schrittmacherambulanz,

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	G67	Entzündliche Erkrankungen der Verdauungsorgane	287
2	F62	Herzinsuffizienz (Herzschwäche)	197
3	H41	Therapeutische Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (endoskopische Behandlung an Gallen- und Pankreasgang)	129
4	E71	Neubildungen der Atmungsorgane	112
5	F67	Hoher Blutdruck	109
6	E77	Infektionen der Atemorgane	102
7	F71	Herzrhythmusstörungen	101
8	G71	Andere Erkrankungen der Verdauungsorgane	82
9	H64	Erkrankungen Gallenblase, Gallengänge	75
10	H61	Bösartige Neubildung Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse	74

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	195	Herzschwäche
2	I10	105	Hoher Blutdruck
3	C34	94	Bösartige Neubildung Lunge/ Bronchien
4	K80	90	Gallensteinleiden
5	I48	80	Herzrhythmusstörungen (Vorhofflimmern)
6	J44	70	Chronische Lungenerkrankungen
7	J18	70	Lungenentzündung
8	K52	65	Magen- Darmentzündungen, nichtinfektiös
9	K83	64	Krankheiten der Gallenwege
10	I21	63	Akuter Herzinfarkt

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	1632	1123	Diagnostische Magenspiegelung
2	1440	702	Diagnostische Probeentnahme oberer Verdauungstrakt
3	1650	525	Diagnostische Darmspiegelung
4	8390	256	Lagerungsbehandlung
5	1444	242	Diagnostische Probeentnahme unterer Verdauungstrakt
6	5513	174	Endoskopische Operationen an den Gallengängen über Magen-Darmspiegelung
7	8800	140	Gabe von Fremdblut/ rote Blutkörperchen
8	5469	126	andere Operationen am Darm
9	1651	105	Spiegelung Enddarm
10	5452	81	Entfernen von erkranktem Gewebe Dickdarm

B-1.1 Innere Medizin, Schwerpunkt Naturheilkunde
B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Unter anderem Chronisches Schmerzsyndrom, Metabolisches Syndrom (Fettsucht, hoher Blutdruck, Zuckerkrankheit)

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Ganzheitliches Behandlungskonzept unter ordnungstherapeutischen Gesichtspunkten; naturheilkundliche anthroposophische Komplexbehandlung.

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
2	B71	Erkrankungen an Nerven	35
3	I68	Erkrankungen im Wirbelsäulenbereich	18
4	D61	Schwindel	9
5	I71	Muskel- und Sehnenerkrankungen	9
6	U66	Persönlichkeitsstörungen	9
7	I69	Knochen- und Gelenkerkrankungen	8
8	Z65	Beschwerden, Symptome	7
9	I42	Multimodale Schmerztherapie (verschiedene Behandlungsansätze)	6
10	I79	Fibromyalgie (Muskel-Bindegewebserkrankung)	5

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	F62	92	Persönlichkeitsstörung durch Schmerz
2	M54	52	Rückenschmerzen
3	M79	11	Krankheiten des Weichteilgewebes (Muskeln, Sehnen)
4	R52	7	Chronischer Schmerz
5	M25	6	Gelenkerkrankungen
6	H81	5	Störungen des Gleichgewichtsorgans
7	F45	4	Körperliche Beschwerden ohne organisches Korrelat
8	E88	3	Stoffwechselstörungen
9	E66	3	Fettsucht
10	H93	3	Erkrankungen des Innenohres

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	8975	216	Naturheilkundliche anthroposophische Komplexbe- handlung
2	8918	98	Multimodale Schmerztherapie (verschiedene Behan- dlungsansätze)
3	9410	9	Psychotherapie/ Einzel-
4	9411	9	Psychotherapie/ Gruppen-
5	1911	8	Schmerzdiagnostik
6	8650	7	Elektrotherapie
7	8910	6	Rückenmarksnahe Infusion zur Schmerztherapie
8	8914	5	Spritzen eines Medikamentes an Nervenwurzeln
9	891b	4	Multimodale Schmerztherapie Kurzzeit
10	8800	3	Transfusion von Erythrozytenkonzentrat (rote Blut- körperchen)

B-1.1 Rheumatologie
B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Behandlung von immunologisch-, stoffwechsel- u. hormonell bedingten Krankheiten des rheumatischen Formenkreises

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Diagnostik, medikamentöse Behandlung, Physio-, Ergotherapie

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	I69	Knochenkrankheiten	209
2	I66	Erkrankungen des Bindegewebes	98
3	I68	Erkrankungen im Wirbelsäulenbereich	30
4	I79	Muskel-Bindegewebserkrankung	26
5	I28	Eingriffe am Bindegewebe	8
6	I74	Verletzungen am Arm	7
7	J66	Hauterkrankungen	7
8	I71	Muskel- und Sehnerkrankungen	5
9	Z65	Beschwerden, Symptome	4
10	B71	Erkrankungen an Nerven	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	M06	138	chronische Gelenkentzündungen
2	M35	43	Bindegewebserkrankungen
3	M05	37	chronische Gelenkentzündungen
4	M79	28	Krankheiten des Weichteilgewebes
5	M34	20	Bindegewebserkrankungen
6	M15	15	Gelenkerkrankungen
7	M80	15	Osteoporose(Knochenschwund)
8	M45	11	Entzündliche Veränderungen der Wirbelsäulengelenke
9	L40	10	Psoriasis (Schuppenflechte)
10	M54	10	Rückenschmerzen

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	1854	10	Diagnostische Gelenkpunktion
2	5893	12	-chirurgische Wundtoilette

B-1.1 **Allgemeine Chirurgie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Spektrum der Abdominal-, Schilddrüsen-, Hernien-, Gallenblasenchirurgie

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Tumorchirurgie Magen-, Darm-, Schilddrüsen-, Leber-, Pankreas-, Endoskopische Chirurgie, Gefäßchirurgie

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Gefäßchirurgie, Behandlung peripherer arterieller Verschlusskrankheit, Aortenaneurysma (Erweiterung der Bauchschatlagader), Arteria Carotis (Halsschatlagader), Varizenchirurgie (Krampfadern), Diabetischer Fuß, Gefäßsprechstunde, Interventionen, Wund-/ Multiresistente Erreger-Sprechstunde

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	F65	arterielle periphere Durchblutungsstörungen	179
2	G71	Erkrankungen der Verdauungsorgane	116
3	G24	Eingriffe bei Bauchwand-, Nabel- u.a. Brüchen	110
4	H08	Laparoskopische Gallenblasenentfernung	107
5	F34	Grosse wiederherstellende Gefäßeingriffe	79
6	G18	Eingriffe an Dünn-, und Dickdarm	67
7	G67	Entzündliche Darmerkrankungen	60
8	B80	Kopfverletzungen	55
9	G65	Verstopfung	52
10	J65	Verletzungen an Haut und Unterhaut	51

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

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	I70	245	Verschlusskrankheit arterieller Gefäße
2	K40	178	Leistenbruch
3	K80	155	Gallenblasensteine
4	E11	110	Zuckerkrankheit/ Gefäßerkrankungen bei -
5	I83	78	Krampfadern Beine
6	K56	77	Darmverschluss
7	K43	66	Bauchwandbruch
8	K57	63	Divertikulose (Darmwandausstülpung)
9	S06	59	Gehirnerschütterung
10	I80	58	Venenentzündung, Blutgerinnsel in Venen

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	5893	201	Chirurgische Wundtoilette
2	5511	193	Gallenblasenentfernung
3	5895	189	Entfernung von erkranktem Gewebe Haut/ Unterhaut
4	5530	172	Verschluss eines Leistenbruchs
5	5393	155	Anlegen eines Bypass (Umgehung) an Blutgefäßen
6	5930	125	Art eines Transplantates
7	5386	105	Entfernung von Blutgefäßen/ Transplantatentnahme
8	5469	103	Operationen am Darm
9	5455	92	Teilentfernung des Dickdarms
10	5385	75	Unterbindung/ Entfernung von Krampfadern

- B-1.1 **Orthopädie**
- B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung
Konservative Behandlung des Stütz- und Bewegungsapparates
- B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung
Endoprothetik Knie, Hüfte Schulter, Wirbelsäulenchirurgie, Arthroskopische Operationen
- B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung
Traumatologische Orthopädie (Versorgung von Akutverletzungen), Sonographie Säuglingshüfte
- 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	Konservative Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen	376
2	I69	Knochen- und Gelenkerkrankungen	289
3	I44	Implantation einer Kniegelenksprothese	237
4	I48	Revision / Ersatz Hüftgelenk ohne komplexen Eingriff	198
5	I47	Revision/ Ersatz Hüftgelenk mit komplexem Eingriff	159
6	I73	Behandlung bei Bindegewebserkrankungen	56
7	I03	Ersatz Hüftgelenk mit kompl. Diagnosen/ Eingriffen	44
8	I05	Ersatz großes Gelenk/ Hüfte	42
9	I08	Eingriffe an Hüfte/ Oberschenkel- Mehrfacheingriff	41
10	I46	Prothesenwechsel Hüfte	26

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	M16	521	Arthrose (Abnutzung) des Hüftgelenks
2	M17	343	Arthrose (Abnutzung) des Kniegelenks
3	M54	249	Rückenschmerzen
4	T84	151	Komplikationen durch künstliche orthopädische Gelenke
5	M51	95	Bandscheibenschäden
6	S72	78	Oberschenkelbruch
7	S82	39	Unterschenkelbruch
8	M48	37	Wirbelsäulenerkrankungen
9	M80	35	Osteoporose (Knochenschwund) mit Knochenbruch
10	M47	23	Degenerative Veränderungen Wirbelkörper/ Bandscheiben

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	5820	565	Einbau Hüftgelenksendoprothese
2	5822	335	Einbau Kniegelenksendoprothese
3	8800	97	Gabe von Erythrozytenkonzentrat (rote Blutkörperchen)
4	5821	87	Wechsel/ Entfernung Hüftgelenksendoprothese
5	5810	83	Arthroskopischer Gelenkeingriff
6	5784	78	Knochen transplantation (-übertragung)
7	5988	77	Anwendung eines Navigationssystems
8	5783	66	Entnahme eines Knochentransplantates
9	5823	52	Wechsel/ Entfernung Kniegelenksendoprothese
10	5032	48	Zugang zur/ Eingriffe an der Lendenwirbelsäule

- B-1.1 **Frauenheilkunde und Geburtshilfe**
- B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung
 Konservative Untersuchungen, operative Behandlung des gynäkologischen Spektrums, Entbindungen
-
- B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung
 Brustzentrum, Gynäkologisch-onkologische Operationen, Harninkontinenz-Operationen
-
- B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung
 Pränataldiagnostik (vorgeburtliche-), Urodynamische (zur Erkennung der Harninkontinenz) Untersuchung, Elternschule
-
- 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	O60	Spontangeburt	287
2	O01	Kaiserschnitt	114
3	N62	Menstruationsstörungen	100
4	N23	Wiederherstellende Eingriffe am weiblichen Genitale	77
5	N21	Gebärmutterentfernung	75
6	O65	Vorgeburtliche stat. Aufenthalte	40
7	J23	Große OP bei Mammakarzinom	39
8	J62	Mammakarzinom	35
9	N60	Bösartige Neubildung an weiblichen Geschlechtsorganen	32
10	N25	Eingriffe an Gebärmutter/ Eierstöcken	31

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	298	Lebendgeborenes
2	C50	98	Bösartige Neubildung der Brust
3	N39	96	Stressharninkontinenz
4	O70	82	Dammriss unter der Geburt
5	N81	69	Senkung der weiblichen Genitalorgane
6	D25	69	Gebärmuttermyome (Muskelknoten)
7	O80	50	Spontangeburt eines Einlings
8	N83	37	Nicht entzündliche Erkrankungen an den Eierstöcken
9	O42	34	Vorzeitiger Blasensprung
10	O68	29	Komplikationen bei Wehen und Entbindung

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	385	Versorgung des Neugeborenen
2	1208	362	Hörtest bei Neugeborenen
3	5683	166	Entfernung der Gebärmutter
4	9261	133	Leitung einer Risikogeburt
5	9260	128	Leitung einer normalen Geburt
6	5758	114	Versorgung von Geburtsverletzungen nach der Geburt
7	5593	112	Transvaginale Zügeloperation bei Harninkontinenz
8	5749	107	Kaiserschnittoperation
9	5704	85	Rekonstruktive Eingriffe am Beckenboden
10	5738	65	Dammschnitt unter der Geburt

- B-1.1 **Neurologie**
- B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung
Diagnostik und Behandlung des gesamten neurologischen Spektrums
- B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung
Schlaganfallbehandlung, Stroke-Unit (neurologische Intensivstation), Elektroencephalogramm (Hirnstrommessung), Ultraschalldiagnostik, Elektrophysiologische-, Schwindel-, Untersuchungen des vegetativen Nervensystems
- B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung
Schlaflabor, Lichttherapie, Magnetstimulation
- 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	B70	Schlaganfall	486
2	E63	Atembezogene Schlafstörungen	451
3	B69	Vorübergehende Gehirndurchblutungsstörung	262
4	B67	Degenerative Erkrankungen des Nervensystems	203
5	B63	Demenz	177
6	B76	Cerebrales Anfallsleiden	133
7	B71	Erkrankungen an Hirn- und peripheren Nerven	120
8	B77	Kopfschmerz	89
9	I68	Erkrankungen im Wirbelsäulenbereich	87
10	B72	Infektionen des Nervensystems	53

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

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	G47	473	Schlafstörungen
2	I63	446	Schlaganfall
3	G45	256	Vorübergehende Hirndurchblutungsstörung
4	I67	229	Erkrankungen des Gehirns
5	G40	122	Epilepsie (Anfallsleiden)
6	G20	91	Parkinsonerkrankung (Schüttellähmung)
7	G44	58	Kopfschmerz
8	F32	54	Depressionen
9	Z29	51	Prophylaktische (vorbeugende) Maßnahmen
10	M54	43	Rückenschmerzen

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	1207	1926	EEG (Aufzeichnung der Gehirnströme)
2	1206	1647	Neurographie (Messung der Nervenleitgeschwindigkeit)
3	1208	894	Aufzeichnung evozierter Potentiale (Beurteilung von Hirnfunktionen)
4	1204	657	Liquoruntersuchung (Hirnwasser-)
5	1266	550	Elektrophysiologische Untersuchung Herz
6	1790	517	Polysomnographie (Schlaflabor)
7	1791	286	Kardiorespiratorische Polygraphie(Aufzeichnung von Herzschlag und Atmung)
8	8717	260	Einstellung auf/ Kontrolle von Kontinuierlichem Atemwegsdruck -Therapie bei Schlafapnoe
9	8981	258	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
10	1205	244	Elektromyographie (elektrische Untersuchung von Muskeln)

- B-1.1 **Intensivmedizin**
- B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung
- Allgemeinnarkosen und Regionalanalogie (Schmerzausschaltung) bei Operationen sowie diagnostischen Untersuchungen und therapeutischen Eingriffen
-
- B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung
- Akutschmerzbehandlung, postoperative Untersuchungen, posttraumatische Überwachung auf Intensivstation
-
- B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung
- Akutversorgung/ Reanimation (Wiederbelebungsmaßnahmen) im Haus, Eigenblutspende
-
- 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	F60	Akuter Herzinfarkt	38
2	V60	Alkoholvergiftung	17
3	A13	Beatmung >95 und <250 Stunden	14
4	A11	Beatmung >249 und < 500 Stunden	13
5	X62	Vergiftungen	10
6	F62	Herzinsuffizienz (-schwäche) und Schock	8
7	B70	Schlaganfall	7
8	F70	Schwere Herzrhythmusstörungen	7
9	A09	Beatmung >499 und <1000 Stunden	6
10	F43	Beatmung >24 Std. bei Kreislaufkrankungen	5

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	I21	42	Akuter Herzinfarkt
2	F10	18	Alkoholvergiftung
3	I50	9	Herzschwäche
4	I46	7	Herzstillstand
5	J44	7	Chronische Lungenerkrankungen
6	A41	6	Blutvergiftung
7	I71	6	Aortenaneurysma (Aussackung der großen Bauchschlagader)
8	K56	5	Darmverschluss
9	I20	4	Angina pectoris (Verkrampfung der Herzkranzgefäße)
10	I70	4	Arterielle Gefäßerkrankung

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	8930	813	App. Überwachung von Herz, Atmung, Kreislauf ohne zentraler Venendruck
2	8831	499	Zentraler Venenkatheter/ Therapeutische Einlage eines Katheters in ein großes venöses Gefäße
3	8980	490	Intensivmedizinische Komplexbehandlung
4	8931	406	App. Überwachung Herz, Atmung, Kreislauf mit Messung zentraler Venendruck
5	8800	262	Gabe von Erythrozytenkonzentrat (rote Blutkörperchen)
6	8910	176	Rückenmarksnahe Injektion./ Infusion zur Schmerzbekämpfung
7	8701	124	Endotracheale Intubation (Einführen eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung)
8	8810	53	Gabe von Plasma (Blutbestandteilen)
9	8640	27	Externe elektrische Kardioversion (nichtmedikamentöse Behandlung von Herzrhythmusstörungen)
10	8144	25	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle (Lungenfell)

B-1.1 Radiologie
B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Gesamte konventionelle Diagnostik

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

MRT (Magnet-Resonanz-Tomographie), CT (Computertomographie), Angiographie (Gefäßdarstellung mit Kontrastmittel), Digitale Subtraktionsangiographie (spezielle Gefäßdarstellung), Nuklearmedizinische Diagnostik (mit radioaktiven Substanzen), Mammographie (Röntgen der weiblichen Brust)

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Gefäßeingriffe Bein/ Becken, Carotis (Halsschlagader) , Aorta (Hauptkörperschlagader)

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	3200	2561	Computertomographie-Schädel
2	3800	965	Magnetresonanztomographie-Schädel
3	3802	849	Magnetresonanztomographie Wirbelsäule
4	3225	794	Computertomographie-Bauchraum mit Kontrastmittel
5	3222	470	Computertomographie-Brustraum mit Kontrastmittel
6	380x	450	Andere Magnetresonanztomographie
7	3207	397	Computertomographie Bauchraum
8	3203	334	Computertomographie Wirbelsäule
9	3705	294	Szintigraphie Muskel- Skelettsystem (Darstellung mit radioaktiven Substanzen)
10	320x	239	Andere Computertomographie

- B-1.1 **Schmerztherapie**
- B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung
Gesamte Diagnostik und medikamentöse Therapie von Schmerzzuständen
-
- B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung
Schmerztherapeutische Betreuung von Tumorpatienten
-
- B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung
Interventionelle (durch spezielle Eingriffe) bildgebungsunterstützte Schmerztherapie, multimodale Schmerztherapie
-
- B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	I68	Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen, Konservativ	85
2	B71	Erkrankungen von Hirn- und peripheren Nerven	39
3	I42	Multimodale Schmerztherapie Muskel- Skelettsystem	32
4	I69	Knochen- und Gelenkerkrankungen	28
5	Z65	Beschwerden, Symptome	27
6	Z44	Multimodale Schmerztherapie bei bestimmten Faktoren	23
7	B47	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten des Nervensystem	22
9	V63	Opioidabhängigkeit	10
10	B18	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark	7

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	M47	52	Wirbelsäulenerkrankungen
2	R52	51	Chronischer Schmerz
3	G54	44	Krankheiten von Nerven/ Nervenwurzeln
4	M51	30	Bandscheibenschäden
5	M80	20	Osteoporose (Knochenschwund mit Knochenbruch)
6	F62	16	Persönlichkeitsstörung durch Schmerz
7	F11	11	Psychische Verhaltensstörungen durch Opiode
8	M48	11	Wirbelsäulenerkrankungen
9	M53	11	Erkrankungen Wirbelsäule und Rückenmark
10	M96	11	Erkrankungen des Muskel- Skelettsystems

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	9410	216	Psychotherapie, Einzel-
2	8650	214	Elektrotherapie
3	1911	208	Interventionelle (durch besondere Eingriffe) Schmerzdiagnostik, apparativ überwacht
4	9411	200	Psychotherapie, Gruppen-
5	8914	134	Injektion von Medikamenten an Nervenwurzeln
6	8918	109	Multimodale Schmerztherapie
7	8910	75	Rückenmarksnahe Medikamentengabe zur Schmerztherapie
8	891b	66	Multimodale (Kurzzeit-) Schmerztherapie
9	8020	40	Therapeutische Injektion
10	8917	37	Gabe von Medikamenten in Gelenke

B-1.8 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung

Schl. nach § 301 SGB V	Fachabteilung	Durchschnittliche Verweildauer (VD) (Angabe in Tagen)	Gibt es in Ihrer Abteilung spez. Kinderbetten? ja(j)/nein(n)	Stehen in Ihrer Abt. Kinderkrankenschw./-pfleger zur Verfügung? ja(j)/nein(n)
0100	Innere Medizin	7,9	Nein	Nein
0154	I.M. SP Naturheilkunde	17,6	Nein	Nein
0900	Rheumatologie	11,9	Nein	Nein
1500	Allgemeine Chirurgie	8,7	Nein	Nein
2300	Orthopädie	11,9	Nein	Nein
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5,2	Ja	Ja
2800	Neurologie	8,7	Nein	Nein
3600	Intensivmedizin	3,1	Nein	Nein
3751	Radiologie		Nein	Nein
3753	Schmerztherapie	10,1	Nein	Nein

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

Anzahl der Behandlungen nach § 116 SGB V pro Jahr:

17.838

B-1.9 Spezifisch für die Fachabteilung:
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
B-1.9.1 Anzahl der Geburten pro Jahr

390

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

Intensivmedizin
B-1.9.5 Art der Intensivstation?

- interdisziplinär operativ
 fachgebunden operativ
 interdisziplinär operativ/konservativ
 fachgebunden konservativ

B-1.9.6 Haben Sie zusätzlich eine Wachstation ("Intermediate Care")?

ja nein

Wenn ja: Existiert eine ärztliche Leitung der Wachstation
 ja nein

B-1.9.7 Anzahl der Intensivpatienten pro Jahr

1.426

B-1.9.8 Durchschnittliche Beatmungsdauer pro Patient (Angabe in Min.)

7.740

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

1.774

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	13421	Koloskopischer Komplex(Darmspiegelung)	940
2	31142	Endoskopischer Gelenkeingriff (Gelenkspiegelung)	170
3	31301	Operativer gynäkologischer Eingriff	115
4	31131	Operativer Eingriff an Knochen und Gelenken	110
5	31311	Endoskopischer Gynäkologischer Eingriff (über Bbauchspiegelung)	49

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

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

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

	Abteilung	Ärztliche Leitung ja (j)/nein (n)	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl der Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung	Anzahl der Ärzte mit fakultativer Weiterbildung ¹	Anzahl der Ärzte im Praktikum	Liegt eine Weiterbildungsbefugnis vor Ja (j)/nein (n)
0100	Innere Medizin	Ja	23.00	14.00	9.00	5.00		Ja
0900	Rheumatologie	Ja	4.00	2.00	2.00	1.00		Ja
1500	Allgemeine Chirurgie	Ja	15.00	2.00	13.00	4.00		Ja
2300	Orthopädie	Ja	11.00	7.00	4.00	3.00		Ja
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Ja	8.00	3.00	5.00	2.00		Ja
2800	Neurologie	Ja	15.00	8.00	7.00	3.00		Ja
3600	Intensivmedizin	Ja	14.00	5.00	9.00	4.00		Ja
3751	Radiologie	Ja	11.00	4.00	7.00	2.00		Ja
3753	Schmerztherapie	Ja	2.00		2.00	1.00		Ja
	Gesamt		103,00	45,00	58,00	25,00		

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

12

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 Krankenpfleger/ in (1 Jahr)	Wird Hilfspersonal eingesetzt Ja (j)/ nein (n)
0100	Innere Medizin	50,5	98	15	2	Ja
0900	Rheumatologie	7	100	14		Ja
1500	Allgemeine Chirurgie	38	97	11	2	Ja
2300	Orthopädie	37	100	11		Ja
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	27	100	7		Ja
2800	Neurologie	56	98	9	2	Ja
3600	Intensivmedizin	38	100	87		Ja
3751	Radiologie					Nein
3753	Schmerztherapie	6	100	17		Ja
	Gesamt	259,50	99	19	1	

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

./.

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über keine Ausbildung verfügen

./.

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

./.

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

Ärztlicher Dienst	98,6
Pflegedienst ¹	216,1
Medizinisch-Technischer Dienst	101,7
Funktionsdienst	58,0
Klinisches Hauspersonal	24,3
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	47,3
Technischer Dienst	5,0
Verwaltungsdienst	36,5
Sonderdienste	2,0

Sonstiges Personal

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

7,0

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

Anzahl der Mitarbeiter in der Anästhesie	9
Anzahl der Mitarbeiter im OP	23
Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter im Verwaltungsdienst	6
Anzahl der Mitarbeiter in der Hygiene	2
Anzahl der Mitarbeiter für die Praxisanleitung	28
Anzahl der Stomatherapeut(en)	
Anzahl der Diabetesfachschwester(n)	
Anzahl der Mitarbeiter in der Ernährungsfachpflege	1
Anzahl der Qualitäts-/ Prozessberater	1
Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)	
Schlaflabor	5

B-2.9 Weitere Berufsgruppen (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)

Anzahl der Sozialarbeiter	3
Anzahl der Dipl.-Psychologen	1
Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)	
Pflegeseekretärinnen	10
Sozialhelfer im Patienten Hol- und Bringedienst	13
Kauffrau im Gesundheitswesen	1
Medizinische Dokumentationsassistenten	2

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
01	Aortenklappenchirurgie	Nein	Nein		
02	Cholezystektomie	Ja	Ja	100,0	99,6
03	Gynäkologische Operationen	Ja	Ja	100,0	97,0
04	Herzschrittmacher-Erstimplantation	Ja	Ja	100,0	97,6
05	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Ja	Ja	100,0	100,0
06	Herzschrittmacher-Revision	Ja	Ja	100,0	83,2
07	Herztransplantation	Nein	Nein		
08	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	Ja	Ja	100,0	99,1
09	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	Ja	Ja	100,0	96,0
10	Karotis-Rekonstruktion	Ja	Ja	100,0	97,3
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	Ja	Ja	100,0	99,5
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	Ja	Ja	100,0	98,7
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie	Nein	Nein		
14	Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	Nein	Nein		
15	Koronarchirurgie	Nein	Nein		
16	Mammachirurgie	Ja	Ja	100,0	96,0
17	Perinatalmedizin	Nein	Nein	100,0	99,3
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	Ja	Ja	100,0	99,8
19	Totalendoprothese(TEP bei Koxarthrose)	Ja	Ja	100,0	98,4
00	Gesamt			100,0	97,3

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:

DMP Koronare Herzkrankheiten im Saarland
DMP Brustkrebs

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

Leistung ¹	OPS der einbezogenen Leistungen ¹	Mindestmengen ¹ (pro Jahr) pro KH / pro gelistetem Operateur ²	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH (4a)/ pro gelistetem Operateur (4b) ²		
1a	1b	2	3	4a	4b	5
01 Lebertransplantation		10	Nein			
02 Nierentransplantation		20	Nein			
03 Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus		5/5	Nein			
04 Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas		5/5	Nein			
05 Stammzellentransplantation		12+/- 2 [10-14]	Nein			
06. Kniegelenk Totalendoprothese		50	Ja	265		

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

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

Systemteil

D Qualitätspolitik

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

Unsere Qualitätsziele orientieren sich an gesundheitspolitischen Vorgaben, am strategischen Leistungsprofil und an den Anforderungen medizinischer Fachgesellschaften. Ziel ist die qualitativ hochwertige, ressourcenschonende und wirtschaftliche Versorgung unserer Patienten. Mit der Zielsetzung, das Behandlungsspektrum zu erweitern und Wettbewerbsvorteile zu verschaffen, werden qualitätsverbessernde Projekte in den einzelnen Abteilungen durchgeführt.

Die Planung von Qualitätszielen und die Entwicklung des strategischen Leistungsprofils wird seit 2002 in regelmäßig stattfindenden Strategieseminaren erarbeitet, an denen die Betriebsleitung, Chefarzte und Abteilungsleitungen teilnehmen.

Meilensteine sind die Rezertifizierung des Brust- und Gefäßzentrums, die Zertifizierung des Darmzentrums sowie die Umsetzung einer onkologisch interdisziplinären Behandlung.

Durch den Träger ist das Verbundnetz Prosper Saar zur integrierten Versorgung mit niedergelassenen Knappschaftsärzten und den beiden Knappschaftskrankenhäusern im Saarland erweitert worden. Ziel war die Assoziation von weiteren Arztnetzen, an denen sich mittlerweile 290 Ärzte beteiligen. Die Integrierte Versorgung soll als Instrument der Kundenbindung und Kundengewinnung genutzt werden. Im Rahmen der Öffnung der Knappschaft-Bahn-See-Krankenkasse wird die integrierte Versorgung umstrukturiert. Künftig werden auch Fremdkassenpatienten im Versorgungsnetz Prosper behandelt werden. Weiterhin ist die Einführung sektorübergreifender Behandlungspfade in Planung. Bei der Weiterentwicklung des Verbundnetzes Prosper steht die Erhöhung der Kundenzufriedenheit im Vordergrund. Ein detailliertes, trägerweites Controlling für das medizinische Versorgungsnetz, gestattet eine quartalsweise Auswertung der wirtschaftlichen Ergebnisse und die prozessorientierte Beurteilung (Einschreibequote, Einweiserzuweisung, Fallvermeidung, Erfolgsmessung). Die Umsetzung der Ziele wird außerdem durch entsprechende Projektberichte, die Protokollierung innerhalb etablierter Prozesse und/oder durch Audits überprüft.

Für häufige Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck) wurden von den im Netz beteiligten Ärzten Leitlinien zur medikamentösen Versorgung erarbeitet und im Rahmen von Kooperationsverträgen umgesetzt.

Das Projekt "Prosper" wird im Hinblick auf die Zielplanung im Netzwerk-Vorstand (Vertreter der Netzwerkkonferenz) und in den Netzwerkkonferenzen (Mitglieder sind Prosper Knappschaftsärzte) sowie im Koordinierungsausschuss (Vertreter aller Netze) regelmäßig aktualisiert. In den quartalsmäßig stattfindenden Netzwerkkonferenzen des Trägers wird über die Zielplanung des Netzes informiert.

Krankenhausintern wird die Zielplanung in den regelmäßig stattfindenden Chefarzt-konferenzen abgestimmt, im Steuerkreis besprochen und in die Abteilungen kommuniziert. Die Sitzungen der Qualitätsbeauftragten der Abteilungen dienen dazu, Qualitätsziele und Maßnahmen zu deren Umsetzung den Mitarbeitern bekannt zu geben. In den Monatsgesprächen mit dem Personalrat und in Personalversammlungen werden die Ziele des Hauses durch die Betriebsleitung vorgestellt.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

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

Die gemeinsame Qualitätspolitik wurde im Jahr 2000 zunächst auf Trägerebene unter Mitwirkung aller Betriebsleitungen der Krankenhäuser festgelegt. In einem Rahmenkonzept wurde die Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagements verabschiedet. Alle Einrichtungen haben sich einstimmig für das Verfahren nach KTQ[®] entschieden. In dem Konzept geregelt sind u. a. Schulungsbedarf, Dokumentation und Berichtswesen, Projektstruktur und -durchführung (Qualitätsmanagement-Strukturen). Es wurde festgelegt, dass das Qualitätsmanagement eine berufsgruppen-, abteilungs- und hierarchieübergreifende Arbeitsweise ermöglichen soll. Folgende Gremien wurden daher eingerichtet:

- a) ein Entscheidungskreis, der sich aus Mitgliedern der Betriebsleitung zusammensetzt und für die Durchführung dieses Projekts und die Festlegung der Prioritäten verantwortlich ist
- b) ein Steuerkreis, dessen Mitglieder von der Betriebsleitung benannt wurden, und der sich aus Führungskräften und der Qualitätsmanagementbeauftragten zusammensetzt.
- c) Qualitätszirkel, die sich aus den benannten Qualitätsbeauftragten aller Abteilungen zusammensetzen.
- d) Es werden aber auch bestehende oder in den letzten Jahren eingerichtete Regelbesprechungen wie klinikinterne Team-Besprechungen für Qualitätsmanagementaktivitäten genutzt.

Die Qualitätsmanagementbeauftragte informiert die Betriebsleitung und den Steuerkreis abwechselnd 14-tägig und berichtet alle 4 Wochen in der Chefarztkonferenz über die Aktivitäten und Ergebnisse im Qualitätsmanagement.

Durch regelmäßige Besprechungen der Qualitätsmanagementbeauftragten mit den Qualitätsbeauftragten der Abteilungen werden alle Mitarbeiter in das Qualitätsmanagement eingebunden.

Im Intranet sind Informationen zum Qualitätsmanagement für Mitarbeiter einsehbar. Die Qualitätsmanagementbeauftragte ist Ansprechpartnerin für Fragen zum Qualitätsmanagement.

Die Krankenhausleitung nutzt das Instrument der Befragungen als strategisches Lenkungsinstrument. Sie ist in alle Phasen der Befragungen involviert und stellt die notwendigen Ressourcen zur Verfügung.

2002 und 2004 wurden jeweils eine Patienten- und eine Mitarbeiterbefragung mit externer Unterstützung durchgeführt. 2005 wurde zusätzlich die kontinuierliche Patientenbefragung eingeführt. Diese wurde Ende 2006 den neuen Anforderungen angepasst. Die Fragebögen erhalten die Patienten bei der Aufnahme und an ausgewählten Punkten innerhalb des Hauses.

Eine Einweiserbefragung wurde 2004 mit externer Unterstützung durchgeführt.

In der Klinik für Gynäkologie werden alle Patientinnen des zertifizierten Brustzentrums speziell befragt. Nach diesem Vorbild ist ebenfalls die Zufriedenheitsbefragung der Patienten im Darmzentrum geplant.

Die Kennzahlen der Patientenbefragung

gung werden monatlich erhoben und miteinander verglichen. Vergleichende Auswertungen (Benchmarking) wurden sowohl trägerintern mit allen Knappschaftskrankenhäusern als auch bundesweit mit Hilfe externer Berater durchgeführt. Dieser Prozess wurde zertifiziert.

E-2 Qualitätsbewertung

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

- Bewertung aller Schlaganfallpatienten im Rahmen der Qualitätssicherung Schlaganfall Rheinland-Pfalz/Saarland
 - Bundesweites Benchmarking Dekubitusmanagement
 - Bundesweites Benchmarking Innerbetriebliche Fortbildung
 - Bundesweites Benchmarking Sturzmanagement
 - -Deutsche Klinik für Naturheilkunde: Langzeitevaluation des integrativen medizinischen Konzepts bei hochgradig chronifizierten Patienten
 - Durchführung interner Audits
 - Erhebungsbogen für Brustzentren der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie
 - Führen eines Papillotomieregister in der Medizinischen Klinik
 - Jährliche Qualitätskontrollen durch externe Auditoren im Brust- und Gefäßzentrum
 - Jährlicher Vergleich der Behandlungsdaten des Brustzentrums Saarmitte mit den Daten der gynäkologischen Kliniken in Hessen.
 - Qualitätssicherung bei Carotisoperationen
 - Qualitätssicherung bei Varizenoperationen
 - Schmerztherapie: Internet-basierte Erfassung der Neuromodulativen Verfahren
 - Selbstbewertung nach KTQ[®]
 - Zertifizierung Gefäßzentrum
 - Zufriedenheitsbefragung der Knappschaftsärzte bzgl. der Zusammenarbeit mit den Knappschaftskrankenhäusern durch den Träger
-

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

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

Module	Soll	Ist (Alle)	Angenommene Module	Ersatz durch MDS
09/1	11	11	11	-
09/2	2	2	2	-
09/3	-	-	-	-
10/2	39	39	39	-
12/1	159	159	159	-
15/1	250	250	250	-
16/1	390	390	390	-
17/1	98	98	98	-
17/2	515	515	514	-
17/3	77	77	77	-
17/5	273	273	273	-
17/7	33	33	33	-
18/1	111	111	111	-
21/3	-	-	-	-
HCH	-	-	-	-
HTX	-	-	-	-
PNEU	116	116	115	-
NTX	-	-	-	-
NLS	-	-	-	-
LLS	-	-	-	-
LTX	-	-	-	-
Summe	2074	2074	2072	-

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

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

- Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeiter
 - Einführung eines Umweltkonzepts
 - Endovaskuläre Therapie bei Bauchaortenaneurysma
 - Entwicklung eines Kennzahlensystems zur Auswertung der Patienten- und Mitarbeiter-Befragungen sowie interner Audits
 - Einführung eines Innerbetrieblichen Vorschlagswesens
 - Integrierte Versorgung im Rahmen des Projekts Prosper
 - Einführung eines Katastrophenmanagement
 - Umsetzung der Klinischen Behandlungspfade
 - Entwicklung eines Konzeptes zur Medikamentensicherheit
 - Magnetresonanz-gesteuerte Interventionen
 - Methicillin-resistenter-Staphylococcus aureus-Management
 - Optimierung der Tumordokumentation Brustzentrum Saarmitte
 - Rezertifizierung Brustzentrum
 - Zertifizierung Darmzentrum
-

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Dr. Helmut Jäger, Ärztlicher Direktor
Rita Quirin-Kessler, Pflegedirektorin
Dr. Andreas Ruffing, Krhs.-Verw.-Direktor

Ansprechpartner (z.B. Qualitätsbeauftragter, Patientenfürsprecher, Presse-referent; Leitungskräfte verschiedener Hierarchieebenen):

Sabine Meyer, Qualitätsmanagementbeauftragte

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

www.krankenhaus-puettingen.de

H Ausstattung

H-1 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen

Innere Medizin

Anzahl der Einbettzimmer

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

Anzahl der Zweibettzimmer

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

Anzahl der Dreibettzimmer

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

Rheumatologie

Anzahl der Einbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		3	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	
		2	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon

			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer

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 Mehrbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		3	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	
		5	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	
		19	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	8	5	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Orthopädie

Anzahl der Einbettzimmer

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

Anzahl der Zweibettzimmer

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

Anzahl der Dreibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	8	5	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	
		3	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	
		7	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer

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

Neurologie

Anzahl der Einbettzimmer

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 Zweibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	2	18	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	17	3	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	
			Mit TV und Telefon
	1		ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Intensivmedizin

Anzahl der Zweibettzimmer	Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
				Mit TV und Telefon
		7		ohne TV und Telefon
				mit TV ohne Telefon
				ohne TV mit Telefon

Schmerztherapie

Anzahl der Einbettzimmer	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

Anzahl der Zweibettzimmer	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

Anzahl der Dreibettzimmer	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

H-1.2 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gibt es einen eigenen Not-Septio-Raum

ja nein

Ist die Möglichkeit einer zentralen CTG-Überwachung vorhanden

ja nein

H-1.4 Spezifisch für die Fachabteilung Orthopädie

Haben Sie eine Knochenbank

ja nein

Wenn ja, wird die Knochenbank nach den Richtlinien der Bundesärztekammer geführt

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
0154	Innere Medizin, Schwerpunkt Naturheilkunde	Ja
0900	Rheumatologie	Ja
1500	Allgemeine Chirurgie	Ja
2300	Orthopädie	Ja
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Ja
2800	Neurologie	Ja
3600	Intensivmedizin	Ja
3751	Radiologie	Ja
3753	Schmerztherapie	Ja

Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Knappschaftskrankenhaus Püttlingen

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.

Über den Internetzugang "www.krankenhaus-puettingen.de" können sich Patienten und Interessierte im Vorfeld über alle Kliniken, spezielle Behandlungen, Anfahrt und Service informieren. Auf Anfrage wird dem Patienten Informationsmaterial zugesandt. Aufnahme-termine werden zwischen den Ambulanzen und zuweisenden Ärzten zeitnah abgestimmt. Über das integrierte Verbundnetz Prosper und weitere kooperierende Netze besteht ein enger Kontakt zwischen den niedergelassenen Ärzten und dem Krankenhaus. Am Krankenhaus stehen über 500 gebührenfreie Parkplätze zur Verfügung.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

In der großen Eingangshalle, die hell und freundlich gestaltet ist, wird auf alle Bereiche des Krankenhauses hingewiesen. Eine von 08:00 bis 18:00 Uhr besetzte Gästeinformation hat Zugriff auf Geh- und Gepäckhilfen. Ein Patientenbegleitdienst wird bei Bedarf organisiert. In den Aufzügen sind die Abteilungen ausgeschildert. Ein Flyer, auf dem Station und Zimmernummer des Patienten vermerkt wird, wird an der Pforte ausgeteilt. Vom Foyer aus sind die meisten Ambulanzen ebenerdig zu erreichen. Für fremdsprachige Patienten und Besucher wird ein Dolmetscherdienst organisiert.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Bei der Aufnahme erhalten Patienten Informationen über Unterbringung, Wahlleistungen, Telefon, TV, wichtige Abläufe und unser Beschwerdemanagement. Durch die gestaffelten Einbestellungen kommt es kaum zu Wartezeiten. Die Reihenfolge des Patientenaufrufs in der administrativen Patientenaufnahme ist durch ein Nummernsystem nachvollziehbar geregelt. Ausreichende Sitzmöglichkeiten sind in allen Wartebereichen vorhanden, Mineralwasser und Zeitschriften werden kostenlos angeboten. Informationsmaterial liegt aus. Eine Patientenbegleitung wird im Bedarfsfall organisiert.

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.

Die Institutsambulanzen sind von 08:00 bis 16:00 Uhr durch Ambulanzpflegekräfte und Fachärzte besetzt. Ambulante, vor- und nachstationäre Termine werden koordiniert geplant. Um Wartezeiten zu vermeiden, werden die Patienten gestaffelt einbestellt. Zwei Notfallambulanzen sind rund um die Uhr einsatzbereit. Die Versorgung von Patienten mit ambulanten Operationen und Chemotherapien wird durch eine Tagesklinik sichergestellt. Medizinisch notwendige Diagnostik (CT, MRT) kann rund um die Uhr angefordert werden.

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.

Patientenfragen werden bei der ärztlichen und pflegerischen Aufnahme besprochen. Dabei werden die medizinische Vorgeschichte, der aktuelle Zustand und die Art der bestehenden Beschwerden geklärt. Es wird eine körperliche Untersuchung durchgeführt, eine erste Diagnose gestellt und das weitere Vorgehen besprochen. Wünsche der Patienten werden soweit möglich berücksichtigt, Fragen werden verständlich und zeitnah beantwortet. Auf Wunsch des Patienten können Angehörige in die Besprechungen einbezogen werden.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Im Rahmen des integrativen Versorgungskonzepts Prosper werden Daten zwischen den niedergelassenen Ärzten und dem Krankenhaus ausgetauscht. Untersuchungsergebnisse, die Patienten von Haus- oder Fachärzten mitbringen, werden berücksichtigt. Falls erforderlich, werden Vorbefunde angefordert und genutzt, um Doppeluntersuchungen möglichst zu vermeiden. Der Zugang zu allen Vorbefunden ist rund um die Uhr gewährleistet. Röntgenbilder und Laborwerte sind über EDV abrufbar.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Der Behandlungsplan des Patienten wird von dem aufnehmenden Arzt festgelegt und von einem Facharzt überprüft. Die Vorgehensweise orientiert sich an den Leitlinien der jeweiligen Fachgebiete. Ein pflegerischer Aufnahmezustand wird auf strukturierten Formularen erhoben. Maßnahmen, wie die Erstellung eines Bewegungsplanes, werden daraus abgeleitet. Durch berufsgruppenübergreifende Teambesprechungen wird eine zeitnahe Festlegung des Behandlungsprozesses gewährleistet. Dieser wird zum Beispiel in täglichen Visiten überprüft.

1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Patienten und deren Angehörige werden in die Behandlungsplanung und in den Behandlungsablauf integriert. Bei Anamneseerhebungen, Untersuchungen und den täglichen Visiten werden Wünsche, Probleme und das geplante Vorgehen mit den Patienten besprochen und dokumentiert. Sprachliche, kulturelle und religiöse Besonderheiten werden berücksichtigt. Dolmetscherdienste sind im Krankenhaus organisiert. Palliative Therapiekonzepte werden dem Patienten und seinen Angehörigen erläutert und angeboten. Auf Wunsch werden der Sozialdienst und die Seelsorge hinzugezogen.

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.

In allen Abteilungen erfolgt die Behandlung nach den Richtlinien der Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und den Leitlinien der fachspezifischen Deutschen Gesellschaften. Für die häufigsten Diagnosen jeder Fachabteilung wurden klinische Behandlungspfade entwickelt. In der Pflege geben Pflegestandards den Handlungsrahmen vor. Der Facharztstandard ist rund um die Uhr gewährleistet. Eine adäquate Schmerztherapie wird durch eine eigene Abteilung sichergestellt. Das Gefäß-, Darm- und Brustzentrum sind zertifizierte Fachzentren; daneben besteht ein Schlaflabor.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Alle Patienten werden nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft behandelt. Hierfür greifen alle Fachabteilungen auf die Leit- und Richtlinien der jeweiligen medizinischen Fachgesellschaften und der übergeordneten, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften' (AWMF) zurück. Aktuelle Veröffentlichungen und wissenschaftliche Ergebnisse werden darüber hinaus berücksichtigt. In allen Bereichen werden aktuelle hausinterne Behandlungs- und Pflegestandards angewandt, die den wissenschaftlichen Erkenntnissen Rechnung tragen.

1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

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

Die Patientenaufklärung erfolgt auf Grundlage der Leitlinien und Vorgaben der Fachgesellschaften. Eine Aufklärung durch den Arzt erfolgt in einem patientenindividuellen Gespräch im Arzt- oder Untersuchungszimmer. Für die häufigsten Eingriffe und Untersuchungen liegen mehrsprachige Aufklärungsbögen in den jeweiligen Abteilungen vor. Alle Mitarbeiter tragen Namensschilder und stellen sich bei Erstkontakt vor. Schulungen und Beratungen für Patienten und deren Angehörige bieten wir an. Über alternative Verfahren klären wir auf, eine Zweitmeinung kann vermittelt werden.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Die Krankenhausküche bietet eine reichhaltige Auswahl im Hinblick auf Menüformen, Kostformen und Sonderwünsche. Wochenmenüpläne sind erstellt, anhand derer die Patienten ihre Speisen vorab auswählen können. Persönliche Vorlieben und kulturelle oder religiöse Aspekte können individuell berücksichtigt werden. In der Geburtshilfe wird ein Frühstücksbuffet angeboten. Individuelle Diätpläne werden in Abstimmung mit der Diätassistentin erstellt. Schulungen, zum Beispiel nach einer Kostumstellung sowie Einzelberatungen werden durchgeführt.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Die Koordination der Patientenbehandlung erfolgt durch eine moderne Informationstechnologie. Alle Aufträge zur Durchführung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen können in der EDV auf Dringlichkeit gekennzeichnet werden. Die Untersuchungsergebnisse stehen den Berechtigten ohne Zeitverzögerung zur Verfügung. In dringenden Fällen werden die Ergebnisse telefonisch mitgeteilt. Die Funktionsbereiche sind rund um die Uhr besetzt. Vor geplanten Eingriffen erfolgt die notwendige Diagnostik teilweise an vorstationären Terminen.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Die langfristige OP-Planung und die Planung für den Folgetag werden von den jeweiligen Fachdisziplinen erstellt. Notfälle werden in das laufende Programm eingebunden und im nächsten frei werdenden Saal operiert. Schriftliche Standards zur präoperativen Vorbereitung sind auf allen Stationen vorhanden. Für ambulante Patienten wurden zusätzliche Standards erarbeitet und an die niedergelassenen Ärzte weitergeleitet. Operationsteams aller Fachabteilungen befinden sich ständig im Haus. Vor der Operation wird die zu operierende Seite gekennzeichnet und in der OP-Abteilung nochmals überprüft.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Die interdisziplinäre Vernetzung der Patientenversorgung spiegelt sich im Aufbau von zertifizierten Zentren (Gefäß- und Brustzentrum, Schlaganfall) wieder. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist durch ein Konsiliarwesen geregelt. Eine interdisziplinäre Intensivstation, auf der zwei Fachabteilungen und eine Einheit für Schlaganfallpatienten vertreten sind, fördert den direkten Kontakt zwischen den Berufsgruppen. Täglich werden interdisziplinäre Operations-Konferenzen mit allen betroffenen Abteilungen und der Anästhesie durchgeführt. Klinikinterne Tumorkonferenzen finden wöchentlich statt.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Für alle Patienten finden wochentags mindestens einmal täglich eine Visite gemeinsam mit Ärzten und dem Pflegepersonal statt. Wöchentlich findet eine Chef- und mehrmals in der Woche eine Oberarztvisite statt. Bei Bedarf werden andere Berufsgruppen hinzugezogen. Im intensivmedizinischen Bereich werden mehrmals täglich Visiten mit Fach- und Oberärzten abgehalten. Die Visitenzeiten werden den Patienten durch den Pflegedienst mitgeteilt und sind den Stationsflyern zu entnehmen. Patienten werden in die Visiten einbezogen und ermutigt, Fragen zu stellen.

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 bei Aufnahme eines Patienten wird nach seiner häuslichen Versorgung gefragt. Der Arzt informiert den Patienten spätestens am Vortag während der Visite über die Entlassung. Die Weiterversorgung wird durch die Station, den Sozialdienst und das Büro für Anschlussheilbehandlung frühzeitig geplant und organisiert. Es wird ein Entlassungsgespräch, in dem auch pflegerische Besonderheiten besprochen werden, mit dem Patienten geführt und dokumentiert. Alle notwendigen Unterlagen und Informationen werden dem Patienten für seinen weiterbehandelnden Arzt mitgegeben.

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.

Bei interner Verlegung wird die Patientenakte und ein Verlegungsbericht mitgegeben. Die weiterbetreuende Fachabteilung wird rechtzeitig informiert. Bei externer Verlegung wird ein Arztbrief geschrieben, wichtige Befunde sowie Bilder kopiert und mitgegeben. Die Pflegekraft erstellt einen Überleitungsbogen und informiert über weitere erforderliche Maßnahmen. Die nächsten Angehörigen werden rechtzeitig benachrichtigt. Eine telefonische Kontaktaufnahme zu externen Einrichtungen erfolgt bei Bedarf durch Ärzte und Pflegekräfte oder den Sozialdienst.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Schon während der stationären Behandlung wird bei absehbarem Nachbetreuungsbedarf Kontakt mit weiterbetreuenden Einrichtungen aufgenommen. Der Stationsarzt informiert über den geplanten Zeitpunkt der Verlegung. In Absprache mit dem Patienten werden die Angehörigen und die weiterbehandelnde Einrichtung benachrichtigt. Bei Pflegebedürftigkeit wird eine Pflegeüberleitung erstellt. Allgemeine und pflegerelevante Informationen über den Patienten werden vorab telefonisch übermittelt. In den eigenen Institutsambulanzen werden Nachbetreuungskonzepte angeboten.

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 Personalbedarfsplanung erfolgt jährlich durch den Träger der Knappschaft-Bahn-See in Absprache mit der Krankenhausleitung. Die Planung für die Fachbereiche wird mit der Betriebsleitung, den Abteilungsleitern und der Personalleitung besprochen. Der Stellenplan wird jährlich aktualisiert. Planungsgrundlagen stellen bereichsbezogene Leistungsdokumentationen und andere Kennzahlen dar. Personalausfallszeiten werden erhoben. Arbeitsbelastungen auf den Stationen werden durch kurzfristige Personalumsetzungen aufgefangen.

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.

Ziel der Personalentwicklung unseres Hauses ist es, qualifiziertes Personal für den aktuellen und zukünftigen Bedarf sicherzustellen und zu akquirieren. Mitarbeiter werden nach geregelten Beurteilungsrichtlinien bewertet und gefördert. Fort- und Weiterbildungswünsche werden durch die Abteilungsleiter grundsätzlich berücksichtigt. Bei Bedarf werden Entwicklungsgespräche mit Mitarbeitern aller Berufsgruppen geführt. Mitarbeitergespräche werden zum Beispiel vor Ablauf der Probezeit geführt.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Durch ein Organigramm wird die Aufbauorganisation dargestellt. Es existieren Stellenbeschreibungen für alle Berufsgruppen. Diese werden regelmäßig überprüft und im Bedarfsfall aktualisiert. Ernennungen erfolgen unter Angabe der Führungskompetenzen. Je nach Berufsgruppe sind entsprechende Weiterbildungen Voraussetzung. Dazu nehmen die Mitarbeiter an internen oder externen Fachweiterbildungen teil. Alle Mitarbeiter verfügen über die für ihre Arbeit notwendige Qualifikation.

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.

Unsere Führungskräfte und Mitarbeiter qualifizieren sich für ihre Aufgaben durch regelmäßige Fort- und Weiterbildungen. Dazu gehören fachspezifische Themen in Theorie und Praxis sowie die Förderung sozialer Kompetenz und Kreativität. Im ärztlichen Dienst finden interne und externe Veranstaltungen sowie Weiterbildungen in Absprache mit dem Abteilungsleiter statt. Im Pflegedienst wird regelmäßig innerbetriebliche Fort- und Weiterbildung durchgeführt. Seminar- und Weiterbildungsangebote werden durch Aushang, Rundbrief und Intranet bekannt gemacht.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Der finanzielle Rahmen von Fort- und Weiterbildungen orientiert sich am Bedarf der Mitarbeiter. Allen Mitarbeitern werden zur Fortbildung fünf Tage Arbeitsbefreiung im Jahr unter Fortzahlung der Bezüge gewährt, in Einzelfällen auch länger. Im ärztlichen Bereich ist die Kostenübernahme für bestimmte Kurse (Strahlenschutz, Notfallmedizin) festgelegt. Stationsleiterkurse und Fachweiterbildungen (OP, Intensiv, Anästhesie) werden in Absprache mit der Pflegedienstleitung voll finanziert. Für interne Fortbildungen wird Dienstbefreiung gewährt.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Das Krankenhaus verfügt über mehrere Räumlichkeiten für Fort- und Weiterbildung. Ein EDV-Schulungsraum ist hochmodern ausgestattet. Computer werden zu Weiterbildungszwecken bereitgestellt. Sämtliche verfügbaren Weiterbildungsmedien (Moderatorenkoffer, Flipcharts, Beamer, Fernseher, Video, Kameras) werden vorgehalten. Für die Mitarbeiter besteht in allen Fachbereichen Zugang zum Internet. Das Intranet ist an fast allen Arbeitsplätzen nutzbar. Es gibt Fachbereichsbibliotheken sowie ein breites Angebot an Fachzeitschriften.

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.

Unserem Haus ist eine Krankenpflegeschule mit 65 Plätzen für die Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegern und -pflegerinnen angegliedert. In allen Ausbildungsgängen wird der Theorie-Praxis-Bezug sichergestellt. Dies geschieht durch fundierten theoretischen Unterricht und durch persönliche Anleitung der Lernenden während der Praxiseinsätze. Dazu wurden Mentoren und Praxisanleiter ausgebildet. Jeder Schüler erhält eine Ausbildungsmappe mit verschiedenen Dokumenten und dem Lernzielkatalog, der allgemeine und abteilungsspezifische Lernangebote enthält.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

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

Das Krankenhaus verfügt über ein berufsgruppenübergreifend erstelltes Leitbild mit schriftlich verfassten Grundsätzen zur Führung und Zusammenarbeit. Darin werden ausdrücklich ein "partnerschaftlicher Umgang" und ein "offener Dialog" gefordert. Diese Führungsgrundsätze gelten für alle Hierarchieebenen des Hauses. Den Führungskräften werden Seminare zur Führung von Mitarbeitern angeboten. Bei der Besetzung von Projekt- und Arbeitsgruppen werden Mitarbeiter aller Hierarchieebenen und Bereiche einbezogen. Beurteilungsgespräche werden mit Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen geführt.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Im Krankenhaus existieren über 100 verschiedene Arbeitszeitregelungen, die durch ihre Flexibilität sicherstellen, dass in allen Bereichen eine optimale Patientenversorgung stattfinden kann. Alle Dienst- und Urlaubspläne werden in Abstimmung mit den Mitarbeitern erstellt. In einigen Bereich erfolgt die Arbeitzeiterfassung über ein Dienstplanprogramm. Mehrarbeit wird dokumentiert und abgegolten. Neue Arbeitszeitmodelle werden gemeinsam mit den betroffenen Mitarbeitern entwickelt.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Alle neuen Mitarbeiter erhalten am ersten Arbeitstag einen Einarbeitungsordner. Dieser enthält Informationen zur Krankenhausorganisation, zu Serviceleistungen und stellt alle Fachabteilungen mit Ansprechpartnern vor. Zudem wird dem neuen Mitarbeiter ein "Wegweiser" zur Vorstellung in den Abteilungen und Funktionsbereichen ausgehändigt. Zusätzlich enthält der Ordner das Leitbild sowie einen Lage- und Orientierungsplan des Hauses. Während der Einarbeitung und vor Ablauf der Probezeit wird mit jedem Mitarbeiter ein Feedback- und ein Beurteilungsgespräch geführt.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Im Krankenhaus ist ein betriebliches Vorschlagswesen eingeführt, um die Mitarbeiter zu motivieren, ihre Kenntnisse und Erfahrungen über ihre eigentlichen Aufgaben hinaus zum Nutzen des Krankenhauses einzubringen. Ein Beauftragter wurde benannt, eine Dienstvereinbarung geschlossen. Umgesetzte Ideen werden prämiert, abgelehnte Vorschläge mit einer Anerkennungsprämie honoriert. Darüber hinaus werden Mitarbeiteranregungen und -beschwerden in den regelmäßigen Teambesprechungen aufgenommen, besprochen und weitergeleitet.

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.

In unserem Haus ist ein Arbeitssicherheitsausschuss eingerichtet, der regelmäßig Sicherheitsaspekte prüft, bewertet und bei Bedarf Verbesserungsmaßnahmen beschließt. Es werden regelmäßige Begehungen durchgeführt. Für alle arbeitsschutzrelevanten Bereiche liegen Geschäftsordnungen, Benennungsnachweise und Betriebsanweisungen vor. Gefahrstoffbeauftragte und Strahlenschutzbeauftragte sichern in den Fachbereichen die gesetzlichen Vorgaben. Gefährdungsbeurteilungen wurden erstellt. Die Mitarbeiter werden durch jährliche Unterweisungen geschult.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Die Betriebsleitung hat zur Wahrnehmung der Verpflichtungen im Brandschutz einen leitenden Brandschutzbeauftragten eingesetzt. Die Aufgaben und Zuständigkeiten sind über die Brandschutzordnung und im Alarm- und Einsatzplan schriftlich als Dienstanweisung hinterlegt. Das Krankenhaus ist mit Flucht- und Rettungswegeplänen ausgestattet, die mit den zuständigen Behörden abgestimmt sind. In Zusammenarbeit mit der örtlichen Feuerwehr erfolgen regelmäßige Begehungen des Hauses, zusätzlich finden regelmäßig Brandschutzübungen mit der Feuerwehr statt.

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.

Das Krankenhaus ist in den Katastrophenschutzplan des Landes eingebunden. In der Brand- und Katastrophenschutzordnung des Krankenhauses sind alle Verantwortlichkeiten und Erreichbarkeiten hinterlegt. Der Plan wird regelmäßig aktualisiert. Schulungen zum Brandschutz werden jährlich durch die Feuerwehr und die technische Abteilung durchgeführt und dokumentiert. Die Brandschutzordnung ist in jeder Abteilung hinterlegt. Checklisten für das Verhalten im Brand- und Katastrophenfall sowie bei Bombendrohungen liegen den Telefonisten vor.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Das medizinische Notfallmanagement ist im Krankenhaus standardisiert geregelt. Bei Alarmierung begibt sich ein Notfallteam mit Notfallausrüstung zum Ort der Reanimation. Bis zum Eintreffen dieses Teams beginnen geschulte Mitarbeiter mit der Erstversorgung. Durch Mitarbeiter der Anästhesie finden regelmäßig Schulungen und praktische Übungen für die Mitarbeiter statt. Eine zentrale Notrufnummer ist allen Mitarbeitern bekannt. Ein Notfallkonzept ist auf allen Stationen umgesetzt. Die Notfallausrüstungen werden regelmäßig dokumentiert 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.

Alle Bau- und Umbaumaßnahmen werden im Hinblick auf die Patientensicherheit überprüft. Die Fenster in den Patientenzimmern und Aufenthaltsräumen sind nur in Kippstellung zu öffnen. Betreuungsintensive Patienten werden in der Nähe des Stationsstützpunktes untergebracht. Patienten werden zu diagnostischen Maßnahmen begleitet. Im Neugeborenenzimmer sind eine Alarmanlage und eine Videoüberwachung installiert.

3.2 Hygiene

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

3.2.1 Organisation der Hygiene

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

Die Belange der Hygiene werden durch die Hygienekommission geregelt. Die Sitzungen finden zweimal jährlich statt und werden protokolliert. Den Vorsitz hat der Ärztliche Direktor in seiner Funktion als hygieneverantwortlicher Arzt. Zuständig für Fragen zur Hygiene sind der hygienebeauftragte Arzt und die beiden beauftragten Pflegekräfte. Die Zuständigkeiten sind in der Geschäftsordnung der Hygienekommission benannt. Dienst- und Verfahrensanweisungen liegen in Form von Hygieneplänen vor und können auch im Intranet nachgelesen werden.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Nosokomiale (im Krankenhaus erworbene) Infektionen werden erfasst, Infektionsstatistiken werden krankenhausesweit durch einen externen Mikrobiologen ausgewertet. Infektionen auf der Intensivstation werden gesondert erfasst. Sekundärheilungen werden abteilungsintern durch die Chefärzte dokumentiert. Die Ergebnisse werden an die Betriebsleitung und die hygienebeauftragten Ärzte der Fachabteilungen weitergeleitet. Die Kriterien des Robert-Koch-Instituts werden angewendet.

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Hygienepläne und Standards sind in einem gelben Hygieneordner hinterlegt. In allen Bereichen existiert eine gelbe Hygienekiste für Hygienenotfälle; das Vorgehen ist schriftlich hinterlegt. Meldewege werden, wie gesetzlich gefordert, eingehalten. Regelmäßige Kontrollbegehungen finden durch das Gesundheitsamt und die hygienebeauftragten Pflegekräfte statt. Nichtangekündigte Begehungen werden ebenfalls durchgeführt. Zu aktuellen Anlässen und bei Bedarf finden Fortbildungen zu hygienerelevanten Themen statt.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Die Einhaltung der Hygienerichtlinien wird durch Begehungen, Teilnahme an Visiten und Einhaltung der Hygienestandards sichergestellt. Schulungen des Personals finden regelmäßig und bei Bedarf statt. Eine Dienstanweisung regelt die Personalhygiene. Die Krankenhausküche arbeitet nach gesetzlichen Vorgaben. Diese sind in der Lebensmittelverordnung hinterlegt. Die Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes werden eingehalten und dokumentiert. Mit den zuständigen Behörden arbeiten wir kooperativ zusammen.

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 Arzneimittelbeschaffung wird in der Arzneimittelkommission des Krankenhauses geregelt. Über Standardtherapien bestehen Absprachen mit dem niedergelassenen Bereich (Prosper). Die Bereitstellung, Handhabung und Organisation von Blutprodukten werden nach gesetzlichen Vorgaben durch die Transfusionskommission des Krankenhauses überwacht. Eine Herstellungserlaubnis für Eigenblutpräparate existiert, die entsprechende Qualitätssicherung ist gewährleistet. Medizinprodukte werden, wie in der Geschäftsordnung hinterlegt, nach strengen Kriterien angewandt.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Die Arzneimittelbeschaffung wird in der Arzneimittelkommission des Krankenhauses geregelt. Über Standardtherapien bestehen Absprachen mit den niedergelassenen Ärzten (Prosper). Bereitstellung, Handhabung und Organisation von Blutprodukten werden nach gesetzlichen Vorgaben durch die Transfusionskommission des Krankenhauses überwacht. Eine Herstellungserlaubnis für Eigenblutpräparate existiert, die entsprechende Qualitätssicherung ist gewährleistet. Medizinprodukte werden, wie in der Geschäftsordnung hinterlegt, nach strengen Kriterien angewandt.

3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten

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

Die Bereitstellung, Handhabung und Organisation von Blutprodukten werden nach gesetzlichen Vorgaben durch die Transfusionskommission des Krankenhauses überwacht. Eine Herstellungserlaubnis für Eigenblutpräparate existiert, die entsprechende Qualitätssicherung ist gewährleistet. In jedem Bereich liegen Kurzfassungen der Standardarbeitsanweisungen an den Arbeitsplätzen vor. Das Qualitätsmanagement im Umgang mit Blut und Blutprodukten ist geregelt.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Die Anwendung von nichttechnischen und technischen Medizinprodukten ist in einer Geschäftsordnung geregelt. In einer Software werden die Medizingerätebücher gepflegt sowie Wartung, Einweisungen und Vorkommnisse mit den Geräten dokumentiert. Geräteverantwortliche (Fachabteilungsleiter) und Medizinprodukte-Beauftragte sind schriftlich benannt. Medizingeräte werden nur von Mitarbeitern bedient, die an diesem Gerätetyp geschult wurden. Jeder Mitarbeiter besitzt einen Gerätepass mit dem Nachweis der Einweisung.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Durch das in unserem Umweltkonzept beschriebene Umweltprogramm und die erstellten Verfahrensanweisungen ist die Umsetzung unserer Umweltziele gewährleistet. Auch die Beschaffung von umweltrelevanten Stoffen und Dienstleistungen ist darin festgelegt. Durch die regelmäßige Überwachung und Kontrolle der monatlichen Energie- und Abfallbilanzen sowie des Wasserverbrauchs wird die Umsetzung des Umweltkonzeptes überprüft. Ein Energiepass liegt vor und ist im Haus veröffentlicht. Durch Auswertung der verschiedenen Abfallmengen werden Einsparpotentiale erreicht.

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.

Vorgaben zur Patientendokumentation und die Verantwortlichkeiten sind in Verfahrensweisungen geregelt. Diese hausinternen Regelungen wurden von einem berufsgruppenübergreifenden Team erarbeitet. Die elektronische Verfügbarkeit wichtiger Patientendaten ist über das Krankenhausinformationssystem sichergestellt. Digitale Dokumente wie Entlassungsbrief, OP-Bericht sind dort einsehbar. Handzeichen und Unterschriften der an der Dokumentation beteiligten Mitarbeiter sind so hinterlegt, dass sie auch langfristig nachvollzogen werden können.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Alle relevanten Informationen werden in der Patientenakte von den Mitarbeitern, die an der Behandlung direkt beteiligt sind, dokumentiert. Aus der Akte geht stets eindeutig hervor, was für den einzelnen Patienten geplant ist, wie sein Zustand ist und welche Maßnahmen bereits durchgeführt wurden. Zusätzlich nutzen wir ein Krankenhausinformationssystem, mit dem wichtige Informationen, wie aktuelle Laborbefunde, schnell beim Empfänger vorliegen.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Ein Zugriff auf das Archiv und somit auf die Patientendaten ist rund um die Uhr möglich. Die Entnahme von Krankenakten wird durch das Archivpersonal fallbezogen dokumentiert. Die elektronische Verfügbarkeit wesentlicher Patientendaten ist für berechtigte Mitarbeiter zeitlich uneingeschränkt über das eingesetzte Krankenhausinformationssystem sichergestellt. Digitale Dokumente wie Entlassungsbrief, OP-Bericht und verschiedene Befunde sind dort einsehbar. Teilakten eines Krankenhausaufenthaltes werden zu einer Akte zusammengefügt.

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.

In allen Abteilungen finden Teambesprechungen statt. In den medizinischen Fachabteilungen werden abteilungsinterne, abteilungsübergreifende und auch berufsgruppenübergreifende Besprechungen, teilweise mit Protokoll und Teilnehmerlisten durchgeführt. In der Pflege erfolgt die Informationsweitergabe in der morgendlichen Frühbesprechung zwischen der Pflegedienstleitung und den Stationsleitungen. Mitarbeiter sind über das Funktelefon jederzeit erreichbar. Jede Abteilung verfügt über Intranet und Abteilungspostfach. E-Mails können versandt werden.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Als zentrale Auskunftsstelle steht eine jederzeit besetzte Information/Telefonzentrale in unserer Eingangshalle zur Verfügung. Sie gibt allen Angehörigen und Besuchern Auskunft darüber, auf welchem Zimmer oder unter welcher Telefonnummer ein Patient erreichbar ist. Die entsprechenden Informationen sind über das Krankenhausinformationssystem jederzeit abrufbar. Wenn ein Patient nicht wünscht, dass über ihn Auskunft erteilt wird, werden seine Daten gesperrt. Telefonlisten des Krankenhauses werden für alle Bereiche des Hauses regelmäßig aktualisiert und im Intranet bereitgestellt.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Grundlage für die Information der Öffentlichkeit ist ein Konzept, das für das gesamte Krankenhaus entwickelt wurde. Die sich daraus ergebenden Aktivitäten werden innerhalb der Betriebsleitung abgestimmt und in einem Halbjahresplan dargestellt. Dieser Plan ist allen Mitarbeitern zugänglich. Das Krankenhaus besitzt einen eigenen Internet-Auftritt, in dem die Veröffentlichungen nachzulesen sind (www.krankenhaus-puettingen.de). Es werden regelmäßig Veranstaltungen und Fortbildungen für die Öffentlichkeit durchgeführt.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

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

Der Datenschutz wird durch einen Beauftragten des Trägers gewährleistet. Für das Krankenhaus wurde eine Datenschutz-Verbindungsperson ernannt, die Informationen an alle Mitarbeiter des Hauses weiterleitet und die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen in der Patientenversorgung überprüft. Dienstanweisungen wurden erstellt. Der EDV-Einsatz erfolgt unter der gesetzlichen Vorgabe des Datenschutzgesetzes und des Signaturgesetzes. Die Passwortvergabe und Rechtevergabe sichern die Einhaltung der Bestimmungen im täglichen EDV-Einsatz.

4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

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

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

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

Alle Bereiche des Hauses sind an ein modernes EDV-Netzwerk angeschlossen. Das Netzwerk ist gegen Zugriffe von außen geschützt. Alle Server sind in Räumen untergebracht, die durch Brandschutztüren und Rauchmelder gesichert sind. In einem feuerfesten Safe werden Sicherungsbänder für alle wichtigen Daten aufbewahrt. Bei der Einführung neuer Systeme oder bei einem Upgrade vorhandener Systeme werden alle betroffenen Mitarbeiter geschult. Für EDV-Fragen ist eine Hotline eingerichtet. Ein elektronisches Störungsmeldeformular ist zusätzlich im Intranet hinterlegt.

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 Leitbilderstellung handelte es sich um ein trägerweites Projekt. In mehreren Seminaren wurden die Leitbildinhalte berufsgruppen- und hierarchieübergreifend erarbeitet. Zur Vermittlung des Leitbildes wurden Moderatoren ausgebildet. In mehreren Informationsveranstaltungen haben sich die Mitarbeiter aktiv mit den Inhalten des Leitbildes auseinandergesetzt. Eine Kurzform des Leitbildes hängt in allen Bereichen des Hauses aus.

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 des Krankenhauses wird seit 2002 mit allen Führungskräften in regelmäßigen Strategieseminaren erarbeitet. Meilensteine sind die Re-Zertifizierung des Gefäß- und des Brustzentrums, die Zertifizierung des Darmzentrums sowie die Umsetzung einer onkologisch interdisziplinären Behandlung. Die Integrierte Versorgung (Verbundnetz Prosper Saar) soll als Instrument der Kundenbindung und Kundengewinnung genutzt werden. Dabei steht die Erhöhung der Kundenzufriedenheit im Vordergrund. In Personalversammlungen werden die Ziele des Hauses vorgestellt.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die Organisationsstruktur des Krankenhauses ergibt sich aus dem übergeordneten Organigramm des Trägers. Das Organigramm des Hauses ist im Intranet einsehbar und wird neuen Mitarbeitern bei der Einstellung ausgehändigt. Die Zuständigkeiten der Mitarbeiter sind in Stellenbeschreibungen hinterlegt. Leitungs- und Gremienarbeit werden protokolliert. Im Rahmen des Qualitätsmanagements sind in den Fachbereichen Projektarbeitsgruppen berufsgruppenübergreifend eingerichtet. Die Projektdurchführung im Krankenhaus ist in einer Verfahrensanweisung geregelt.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

In Zusammenarbeit mit dem Träger wird der Stellenplan, der Wirtschaftsplan und der Haushaltsplan jeweils ein Jahr im Voraus erstellt. Krankenhausintern wird für das Folgejahr ein Haushaltsplan erarbeitet. Über Investitionen entscheidet die Krankenhausleitung in Abstimmung mit allen Bereichen des Hauses. Die Budgetverantwortlichkeit ist klar geregelt. Der Verbrauch von Ressourcen wird offen gelegt und an die Abteilungsleiter kommuniziert. In Abteilungsleitungsbesprechungen wird die aktuelle Entwicklung diskutiert..

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.

Kommissionen und Leitungsgremien tagen regelmäßig. Geschäftsordnungen existieren für alle im Hause tagenden Kommissionen und sind im Intranet veröffentlicht. Für jedes Gremium ist ein Verantwortlicher benannt. Es erfolgen zeitgerechte Einladungen mit Angabe der Agenda sowie Teilnehmernachweis und Protokollerstellung. Die Informationsweitergabe an die Mitarbeiter erfolgt durch die Abteilungsleitungen. Sachverhalte mit besonderer Relevanz werden entweder gegen Unterschrift oder per Gehaltsabrechnung allen Mitarbeitern zur Kenntnis gegeben.

5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

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

Die Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung ist durch eine Dienstanweisung geregelt. 14-tägig finden im Wechsel die Sitzungen der Betriebsleitung und des Qualitätsmanagement-Steuerkreises statt. Monatlich tagt die Chefarztkonferenz unter Beteiligung der Betriebsleitung. Die interdisziplinäre Kommunikation erfolgt durch regelmäßig stattfindende Abteilungsbesprechungen. Die Abteilungsleiter sind verpflichtet, ihre Mitarbeiter in den regelmäßigen Teambesprechungen über die Ergebnisse der Sitzungen zu informieren.

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 Krankenhausleitung erhält durch ein strukturiertes Berichtswesen monatlich einen Überblick über die wesentlichen Entwicklungen der Kosten- und Leistungen sowie über Abläufe und Entwicklungen der Krankenhausbereiche. Zudem erhält sie aus der Sicht des Patienten Informationen zum Behandlungsverlauf durch die regelmäßige Auswertung der Patientenfragebögen und das Beschwerdemanagement. Die Krankenhausleitung macht sich in Gesprächen mit den Beteiligten oft ein eigenes Bild von der konkreten Situation. Sie steht für Mitarbeiterfragen regelmäßig zur Verfügung.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Schriftliche Führungsgrundsätze sind in unserem Leitbild enthalten. In den monatlichen Gesprächen zwischen der Betriebsleitung und dem Personalrat werden vertrauensfördernde Maßnahmen geplant und die Durchführung besprochen. Der Umgang mit Problemen am Arbeitsplatz sowie der Umgang mit sterbenden Patienten und daraus resultierenden psychischen Belastungen der Mitarbeiter wird durch die Betriebsärztin, den Psychologen und den Personalrat professionalisiert. Eine Supervision wird für die Abteilungen/Stationen bei Bedarf ermöglicht.

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.

Ethische Probleme und Fragen werden zunächst in den Bereichen und Abteilungen besprochen, in denen sie auftreten. Dazu können die unmittelbar beteiligten Mitarbeiter auch die Unterstützung ihrer Vorgesetzten und anderer Berufsgruppen, wie zum Beispiel Seelsorge und Psychologie, einholen. Im Krankenhaus ist eine Arbeitsgruppe Ethik eingerichtet, die berufsübergreifend zusammengesetzt ist und ethische Strukturen organisiert. In der Krankenpflegeschule ist Ethik Unterrichtsfach. Fortbildungen zur Thematik werden angeboten.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Unterbringungs- und Betreuungswünsche der Patienten und Angehörigen sowie Besuchswünsche werden nach Möglichkeit und im Sinne des Patienten berücksichtigt. Gespräche mit dem behandelnden Team oder Seelsorger bzw. Psychotherapeuten werden angeboten und auf Wunsch geführt. Religiöse und spirituelle Bedürfnisse werden in der Pflege und Versorgung berücksichtigt. Gottesdienste und Trauerbegleitung werden im Krankenhaus angeboten. Über den Schwerpunkt Schmerztherapie ist eine Kooperation mit Palliativ- und Hospizeinrichtungen sichergestellt.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Verstorbene Patienten werden von uns würdevoll behandelt und versorgt. Angehörige können sich in dem entsprechend gestalteten Patientenzimmer oder in unserem Abschiedsraum von dem Verstorbenen verabschieden. Die dafür gewünschte Zeit und Ruhe gewähren wir. Pflegende und Ärzte bieten Begleitung und Gespräche an. Die Seelsorge führt auf Wunsch zudem ein entsprechendes Abschiedsritual durch. In Zusammenarbeit mit der Stadt Püttlingen wurde auf dem Friedhof Engelsfeld eine Gedenkstätte für verstorbene Früh- oder Neugeburten errichtet.

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.

Eine gemeinsame Qualitätspolitik wurde im Jahr 2000 auf Trägerebene unter Mitwirkung der Krankenhausbetriebsleitungen in einem Konzept festgelegt. Da das Qualitätsmanagement eine berufsgruppen-, abteilungs- und hierarchieübergreifend Arbeitsweise ermöglichen soll, sind folgende Gremien eingebunden: Betriebsleitung, die für die Durchführung des Projekts und die Festlegung der Prioritäten verantwortlich ist, ein Qualitätsmanagement-Steuerkreis, der aus Führungskräften besteht und Qualitätszirkel, in denen die benannten Qualitätsbeauftragten aller Abteilungen vertreten sind.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Die Zielplanung des Krankenhauses wird seit 2002 mit den Führungskräften des Krankenhauses in Strategieseminaren erarbeitet. In den regelmäßig stattfindenden Chefarztkonferenzen wird die Zielplanung abgestimmt, im Steuerkreis besprochen und in die Bereiche kommuniziert. Die Qualitätsbeauftragten der Abteilungen geben die Zielplanung und die umgesetzten Qualitätsziele den Mitarbeitern bekannt. Die Qualitätsziele orientieren sich an gesundheitspolitischen Vorgaben, am strategischen Leistungsprofil und an den Anforderungen medizinischer Fachgesellschaften.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Im Krankenhaus ist ein Qualitätsbüro eingerichtet, das mit 1,5 Vollkräften besetzt ist. Verantwortlich für die Entscheidungen im Qualitätsmanagement ist ein Steuerkreis, der sich aus Betriebsleitung, Qualitätsmanagementbeauftragte, Führungskräften und Personalrat zusammensetzt. Eine Geschäftsordnung ist erstellt. Von allen Abteilungen wurden Qualitätsbeauftragte benannt und zur Thematik geschult. Die Mitarbeiter des Hauses werden durch diese Beauftragten, Veranstaltungen und das Intranet über qualitätsrelevante Inhalte informiert.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Die interne Qualitätssicherung erfolgt durch die Auswertung von Befragungen und Abteilungsbegehungen. Standards, wie z.B. Klinische Pfade für alle bettenführenden Abteilungen oder Pflegestandards stellen die interne Qualität sicher und werden regelmäßig überarbeitet. Verfahrensanweisungen zum Beschwerde- und Projektmanagement regeln abteilungsübergreifende Prozesse. In den zertifizierten Zentren (Brust-, Gefäßzentrum, Stroke-Unit) und den kooperativen Abteilungen (Radiologie, Schmerzklinik) finden problemorientierte Qualitätszirkel statt.

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.

Das Krankenhaus beteiligt sich an allen gesetzlich vorgeschriebenen Modulen der externen Qualitätssicherung sowie zusätzlich an qualitätssichernden Maßnahmen einiger medizinischer Fachgesellschaften. Die Pflege erfasst EDV-gestützte Daten in den Bereichen Dekubitus, Sturz, Schmerz und chronische Wunden. Die Daten werden systematisch erhoben und ausgewertet. Die Ergebnisse werden in regelmäßigen Teamsitzungen besprochen. Zur Vermeidung von Wartezeiten werden Patienten gestaffelt einbestellt. Die Wartezeiten werden erfasst und überprüft.

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.

Wie in unserem Leitbild beschrieben, betrachten wir jede Form von Kritik als Anreiz, unsere Leistungen und Angebote ständig zu verbessern. Die Krankenhausleitung nutzt daher das Instrument der Befragungen als strategisches Lenkungsinstrument. Seit 2002 werden in regelmäßigen Abständen Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen durchgeführt. Vergleichende Auswertungen (Benchmarking) werden sowohl trägerintern mit allen betriebenen Krankenhäusern als auch bundesweit mit Hilfe externer Berater durchgeführt.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Wir werten Beschwerden als Zeichen des Vertrauens. Patientenwünsche und -beschwerden werden kontinuierlich über Fragebögen erfragt, erfasst und ausgewertet. Ein Patientenführsprecher ist im Krankenhaus tätig. Grundsätzlich ist jeder Mitarbeiter zur Annahme einer Beschwerde verpflichtet. Um angemessen auf Anregungen der Patienten reagieren zu können, haben viele Mitarbeiter Schulungen zur Thematik erhalten. Alle Beschwerden werden zeitnah mit der Betriebsleitung und den betroffenen Bereichen besprochen und zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt.

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.

Unser Krankenhaus beteiligt sich an allen für uns vorgesehenen Maßnahmen der externen Qualitätssicherung (statistische Verfahren mit externen Vergleichen). Alle zu meldenden Daten werden anonymisiert und stets fristgerecht an die zuständige Auswertungsstelle übermittelt. Unsere mehrjährige Dokumentationsrate liegt bei 100 %. Die Datenerfassung und Übermittlung erfolgt EDV-gestützt, um möglichst zutreffende Informationen zu erheben und weiterzuleiten. Die für die Dokumentation zuständigen Mitarbeiter sind geschult.

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.

Wir nutzen die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung für den Vergleich auf Landesebene und für die systematische und messbare Verbesserung der Patientenversorgung. Die Chefarzte und die für die externe Qualitätssicherung beauftragten Ärzte der jeweiligen Fachabteilung sorgen für die klinikinterne Aufarbeitung und Analyse der Ergebnisse und falls notwendig, für die Ableitung von Verbesserungen. Die Daten werden zeitnah in der Chefarztkonferenz besprochen und im Intranet veröffentlicht.