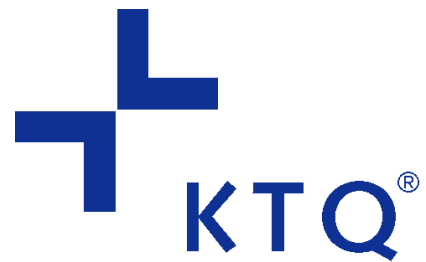




Kliniken Dr. Erler gGmbH



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: Kliniken Dr. Erler gGmbH

Institutionskennzeichen: 260950179

Anschrift: Kontumazgarten 4 - 18
90429 Nürnberg

Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2005-0129 K

durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle: LGA InterCert GmbH

Datum der Ausstellung: 03.11.2005

Gültigkeitsdauer: 02.11.2008

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Einleitung	5
Basisteil	8
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	8
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	16
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	27
C Qualitätssicherung	31
C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	31
C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	32
C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)	32
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V	33
Systemteil	34
D Qualitätspolitik	34
E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	36
F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	40
G Weitergehende Informationen	41
H Ausstattung	42
Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Kliniken Dr. Erler gGmbH	46
1 Patientenorientierung in der Krankenversorgung	46
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	52
3 Sicherheit im Krankenhaus	56
4 Informationswesen	61
5 Krankenhausführung	63
6 Qualitätsmanagement	67

Vorwort der KTQ[®]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Jedem KTQ-Qualitätsbericht ist ein Vorwort der KTQ-GmbH vorangestellt, darauf folgen die individuelle Einleitung, in der drei bis vier innovative, patientenorientierte Leistungen beschrieben werden, die Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses, die Daten der Qualitätssicherung, die Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung sowie eine Beschreibung des krankenhausesinternen Qualitätsmanagements und darüber hinaus wird zu jedem der insgesamt **70 Kriterien des KTQ-Kataloges** ein Abstrakt dokumentiert.

Wir freuen uns, dass das Krankenhaus Kliniken Dr. Erler gGmbH 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

Das Fachkrankenhaus für Chirurgie und Orthopädie Kliniken Dr. Erler gGmbH in Nürnberg verdankt seine Entstehung dem in Freiberg in Sachsen am 05.09.1899 geborenen Orthopäden Dr. med. Fritz Erler, verstorben am 10.09.1992 in Nürnberg.

Ein kurzer zeitlicher Abriss soll die Entstehungsgeschichte beleuchten:

- Ø 1935 Eröffnung einer orthopädischen Praxis durch Dr. Fritz Erler in Nürnberg mit Belegarztstätigkeit am Krankenhaus Martha Maria in Nürnberg
- Ø 1940 Einrichtung einer orthopädischen Klinik in Nürnberg, Fürther Str. 6 mit 36 Betten
- Ø 1942 Schaffung einer Außenabteilung in Schwaig bei Nürnberg mit einer Sonderstation für Heil- und Berufsfürsorge Schwerunfallverletzter
- Ø 1951 Erwerb des ehemaligen Kreiskrankenhauses Ellingen vom Landkreis Weißenburg zum Betrieb einer orthopädischen Klinik bis zur Schließung im Jahre 1990.
- Ø 1963 Dr. Fritz Erler gründet zusammen mit 4 weiteren Gesellschaftern
 - Stadt Nürnberg
 - Paritätischer Wohlfahrtsverband Bayern
 - Süddeutsche Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft
 - Tiefbau-Berufsgenossenschaft
- Ø eine der ersten gemeinnützigen Krankenhausgesellschaften in der Bundesrepublik
- Ø 1965 Inbetriebnahme des 1. Bauabschnitts der Klinik Dr. Erler am Kontumazgarten in Nürnberg
- Ø 1975 Fertigstellung des 2. Bauabschnitts und Vermietung von 3 Ebenen des Klinikneubaues an die Stadt Nürnberg zur Unterbringung der 4. Med. Klinik - Nephrologie -

- Ø Ca. 20 Jahre später

- Ø 1994 Übersiedlung der 4. Med. Klinik in das neue Südklinikum der Stadt Nürnberg
- Ø 1995 Spatenstich zur Generalsanierung und Erweiterung der Kliniken Dr. Erler

- Ø 1998 Inbetriebnahme des Neubaus des 1. Bauabschnitts (aseptischer Zentral-OP, Zentralsterilisation, Radiologie, zentrale Notaufnahme, Foyer u. Cafeteria, zentrale Speiserversorgung und Haustechnik)
- Ø 2004 Inbetriebnahme des umfassend sanierten 6-geschossigen Bettenhauses für 234 Normalpflege- und 10 Intensivbetten, zentrale Aufnahme und Behandlung
- Ø Seit 2004 bis 2008 Bauzeit für den 3. und gleichzeitig letzten Bauabschnitt (Physikalische Therapie mit Bewegungsbad, Zentrallager, Zentralumkleiden, alle medizinischen Fachabteilungsbereiche der Kliniken und Abteilungen, Zentralarchiv, Septischer OP- und Ambulanter OP-Bereich, Endoskopie, Zentrallabor, Bereitschaftsdienststräume, patientenferne Verwaltungsbereiche sowie Technikräume.

Den Patienten steht nach Abschluss der Sanierung ein in jeder Hinsicht nach modernsten medizinischen Gesichtspunkten erweitertes und saniertes Fachkrankenhaus mit 244 Planbetten und den Hauptfachabteilungen für

- Ø Orthopädische Chirurgie und Endoprothetik
- Ø Unfallchirurgie und Sportmedizin
- Ø Hand- und Plastische Chirurgie
- Ø Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Ø Anästhesie und Intensivmedizin (neue Intensivstation mit 10 Plätzen)
- Ø Belegabteilung für Orthopädie

zur Verfügung. Die Klinikleitung hat es sich gemeinsam mit allen Beteiligten des Krankenhauses zum Ziel gesetzt, bei der Planung und Ausführung optimale Funktionalität mit einem ansprechenden patientenorientierten Ambiente zu vereinigen.

Das erklärte Ziel der Kliniken Dr. Erler gGmbH ist ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess zugunsten der Patienten. Dies schließt auch eine Optimierung der medizinischen Behandlung ein. In diesem Zusammenhang stehen in unserem Haus alle erforderlichen Funktionsbereiche wie z. B. Radiologie, Zentrallabor und Physikalische Therapie zur Verfügung. Des Weiteren kooperieren wir bei neurologischen, kardiologischen und gefäßchirurgischen Fragestellungen

eng mit Konsiliarärzten, um eine optimale Patientenversorgung zu gewährleisten.

Im Rahmen einer Zusammenarbeit mit den Fachärzten für Radiologie Dres. Lindner und Kollegen stehen die medizinischen Großgeräte CT und MR in den Räumen der Kliniken Dr. Erler bereit.

Um den Aufenthalt der Patienten so angenehm wie möglich zu gestalten, arbeiten wir in den Kliniken Dr. Erler gGmbH mit Hilfe neuer medizinischer, pflegerischer und technischer Ausstattung und gehen gleichermaßen auf individuelle Wünsche und Bedürfnisse ein. So bleiben wir dem Leitgedanken der Kliniken Dr. Erler gGmbH treu:

"Der Patient und sein Wohlbefinden stehen im Mittelpunkt unseres Handelns"

Die Strukturdaten des - Kliniken Dr. Erler gGmbH

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

Kontumazgarten 4 - 18
90429 Nürnberg
info@erler-klinik.de

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

260950179

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Dr. Fritz-Erler-Stiftung

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

Sonstige

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)

244

A-1.5.1 Anzahl der Betten für den Maßregelvollzug¹

0

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten:	7.587
Ambulante Patienten:	29.781
Davon Privatpatienten:	5.343

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

A-1.7 A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl ¹ der Betten	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)*	Poliklinik/Ambulanz ja (j) / nein(n)	Notfallaufnahme vorhanden? ja(j) / nein (n)
1500	Allgemeine Chirurgie					Nein	Nein
1550	Allg. Chirur./SP Abdom.-/Gefäßchir.		21	923	ha	Ja	Ja
1600	Unfallchirurgie		94	3229	ha	Ja	Ja
1900	Plastische Chirurgie		9	484	ha	Ja	Ja
2300	Orthopädie		112	2303	ha	Ja	Ja
3700	Sonstige Fachabteilung		8	648	ha	Ja	Ja
	Anästhesie	nb		0	ha	Nein	Nein

* Nicht bettenführende Abteilung mit fachlich nicht weisungsgebundener Leitung nb eintragen

¹ Bei Intensivmedizin getrennte Angabe der Betten nach Intensivstation/Wachstation

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	I18	Andere Eingriffe an Knie-, Ellenbogengelenk u. Unterarm	581
2	I13	Eingriffe an Oberarm, Schienbein, Wadenbein, Sprunggelenk	560
3	I03	Eingriffe am Hüftgelenk	552
4	I23	Metallentfernung außer an Hüftgelenk und Oberschenkelknochen	541
5	I04	Ersatz des Kniegelenks	451
6	I20	Eingriffe am Fuß	366
7	I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen u. Verletzungen im Wirbelsäulenbereich	294
8	I31	Eingriffe am Ellenbogengelenk und Unterarm	289
9	I32	Eingriffe an Handgelenk und Hand	281
10	I27	Eingriffe am Weichteilgewebe	267
11	I08	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Oberschenkelknochen	236
12	I26	Andere Eingriffe an Handgelenk und Hand	153
13	I28	Andere Eingriffe am Bindegewebe	127
14	B05	Entlastung bei Nerveneinklemmung im Handgelenksbereich	117
15	B80	Andere Kopfverletzungen	112
16	I30	Eingriffe am Kniegelenk	111
17	J15	Große Eingriffe an der Brustdrüse außer bei bösartiger Neubildung	97
18	J65	Verletzungen der Haut, Unterhaut und Brustdrüse	89
19	G02	Große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	88
20	G09	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien	85
21	J08	Hautverpflanzungen	83
22	H08	Bauchspiegelung zur Gallenentfernung	74
23	F20	Unterbindung und Ziehen von Krampfadern	70
24	B07	Eingriffe an Nerven, Hirnnerven u. anderen Teilen des Nervensystems	63
25	I62	Brüche an Becken und Schenkelhals	63
26	I29	Eingriffe am Schultergelenk	58
27	I22	Große Eingriffe an Handgelenk, Hand und Daumen	54
28	G11	Andere Eingriffe am Anus	49
29	G49	Darm- und Magenspiegelungen, 1 Belegungstag	49
30	I12	Knochen- und Gelenkentzündung mit verschiedenen Eingriffen	49

A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte

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

Die Kliniken Dr. Erler gGmbH verfügt über eine berufsgenossenschaftliche Sonderstation.

Orthopädie: Gelenkersatz Hüft-, Knie- und Schultergelenk, einschließlich Wechseloperationen; Behandlung von Wirbelsäulenbeschwerden, Spiegelungen der Gelenke, Vorfußkorrekturen, Kinderorthopädie: Klumpfuß, Hüftveränderungen

Plastische Chirurgie: Brustverkleinerung- oder Aufbau auch nach Brustabsetzungen, Geschwulstoperationen der Brust; Verbesserungen angeborener Fehlbildungen, Spezialbehandlungen nach Verbrennungen/Verätzungen; Schönheitschirurgie, Straffungsoperationen

Unfallchirurgie: stationäre und ambulante Unfallbehandlung, Sportverletzungen, Gelenkersatz von Hüft-, Knie-, Schultergelenk; operative Vereinigung von Knochenbruchstücken, Gelenkchirurgie durch Spiegelung, Verbesserungsoperationen bei Verletzungsfolgen

Handchirurgie: Operationsverfahren zur Deckung nach Weichteilverlust, Versorgung von Gefäßen und Nerven, Behandlung von Nerveneinklemmungserscheinungen und Bewegungseinschränkungen der Finger, Rheumachirurgie, Verbesserung angeborener Fehlbildungen

Allgemeinchirurgie: chirurgische Geschwulstkrankheiten des Verdauungstraktes, insbesondere von Dünn- und Dickdarm, Leberchirurgie, Leistenhernienchirurgie, Darm- und Magenspiegelungen, Krampfaderchirurgie

Ausführliche Angaben zu den Leistungsangeboten der einzelnen Fachdisziplinen erhalten Sie auf unserer Homepage unter www.erler-klinik.de

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung

ja nein

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

24-Stunden-Notfallversorgung;
Erstinformationssprechstunden für Kassen- und Privatpatienten in allen Fachabteilungen; Sprechstunde für Verletzung nach Arbeitsunfällen
Ambulante Eingriffe z.B. Kniespiegelung, Materialentfernungen, Weichteilchirurgie, Nerveneinklemmungen, Vorsorge-Darm und Magenspiegelungen, Darmspiegelungen zur Behandlung einschließlich Geschwulstabtragungen

A-2.0 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 sicherge- stellt	Apparate- gemeinschaft
Computertomographie	Ja	Ja	Ja
Magnetresonanztomographie	Ja	Nein	Ja
Herzkatheterlabor	Nein	Nein	
Szintigraphie	Nein	Nein	
Positronenemissionstomographie	Nein	Nein	
Elektronenzephalogramm	Nein	Nein	
Angiographie	Ja	Ja	Ja
Schlaflabor	Nein	Nein	
Kernspin	Ja	Nein	Ja
Sonographie	Ja	Ja	
Röntgen	Ja	Ja	
Broncho-/Endoskopie	Ja	Ja	
Echoskopie/TEE	Nein	Nein	
Mikrobiologie	Nein	Nein	

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

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

A-2.1.3 Existieren folgende erweiterte therapeutische Möglichkeiten?

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

A-2.1.4 Welche weiteren Leistungsangebote bestehen?

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

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Allgemeine Chirurgie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Dünn- Dick- und Enddarmoperationen, Erkrankungen des Mastdarms, Darm- und Magenspiegelungen, Schilddrüsenoperationen, Bauchchirurgie und Leistenbruchchirurgie über Bauchspiegelung und kleinste Bauchschnitte, Chirurgie der Krampfadern der Beine

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Chirurgie bei Erkrankungen des Bauchraums über Bauchspiegelung, Chirurgie bei bösartigen Geschwülsten des Magen-Darm-Traktes, operative Versorgung von Bauchwand-, Nabel- und Leistenbrüchen

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Leberchirurgie, entzündliche Darmerkrankungen

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	G02	Große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	87
2	G09	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelbrüchen	86
3	H08	Bauchspiegelungen mit Gallenentfernung	73
4	F20	Unterbindung und Ziehen von Krampfadern	70
5	G11	Andere Eingriffe am After	49
6	G49	Spiegelung von Magen und Darm, ein Belegungstag	48
7	F65	Gefäßkrankheiten	45
8	G08	Eingriffe bei Bauchwandbrüchen, Nabelbrüchen	38
9	G04	Lösung von Verwachsungen am Bauchfell	31
10	G48	Darmspiegelung	29

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	K40	90	Leistenbruch
2	K80	72	Gallenblasensteine
3	I83	68	Krampfadern der Beine
4	I73	53	Sonstige Gefäßkrankheiten
5	K63	44	Sonstige Krankheiten des Darms
6	K57	40	Ausstülpungen am Darms
7	D12	32	Gutartige Neubildung des Darms
8	C18	31	Bösartige Neubildung des Darms (Krebs)
9	K43	29	Bauchwandbruch
10	E04	21	Schilddrüsenerkrankung

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	5385	124	Unterbindung und Ziehen von Krampfadern
2	5530	103	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs
3	5511	92	Operative Entfernung der Gallenblase
4	1654	78	Vorsorge-Darmspiegelung
5	5455	77	Teilweise Entfernung des Dickdarms
6	5469	76	Andere Operationen am Darm
7	5452	53	Lokales Entfernen und Zerstören von erkranktem Darmgewebe
8	5541	43	Operative Eröffnung des Bereichs hinter dem Bauchfell
9	5470	31	Operative Entfernung des Blinddarms
10	5534	31	operativer Verschluss eines Nabelbruchs

B-1.1 Unfallchirurgie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Stationäre u. ambulante Unfallbehandlung, Knochenbruchbehandlung, Gelenkspiegelungen, Versorgung mit Ersatzstücken bei Brüchen oder Gelenkverschleißerkrankungen, Operationen bei Verletzungsfolgen, Band-Sehnenchirurgie mit Sehnen-/Bandnaht

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Sportverletzungen, Arbeitsunfälle, Sonderstation der Berufsgenossenschaften, moderne operative Verfahren bei allen Brüchen und Gliedmaßenverletzungen, Schulterchirurgie mit Einsetzen von Ersatzstücken, Gelenkchirurgie mittels Spiegelung

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Lasereinsatz bei Spiegelungen, Fußverletzungen, operative Chirurgie bei anhaltenden Infektionen, krankengymnastische Frühbehandlung

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	I13	Eingriffe an Oberarm, Schien- und Wadenbein	513
2	I23	Materialentfernung außer an Hüfte und Oberschenkelknochen	466
3	I18	Anderere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk	297
4	I31	Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm	277
5	I08	Anderere Eingriffe an Hüftgelenk und Oberschenkelknochen	198
6	I27	Eingriffe am Weichteilgewebe	148
7	I03	Eingriffe am Hüftgelenk	131
8	B80	Anderere Kopfverletzungen	112
9	I30	Eingriffe am Kniegelenk	100
10	I28	Anderere Eingriffe am Bindegewebe	107

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	S82	450	Bruch des Unterschenkels, Sprunggelenk
2	S52	405	Bruch des Unterarms
3	S72	393	Bruch des Oberschenkelknochens/Schenkelhalses
4	S42	377	Bruch im Bereich der Schulter und des Oberarms
5	M23	191	Binnenschädigung des Kniegelenks
6	S83	158	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenks
7	S06	118	Gedeckte Schädelverletzung
8	S43	107	Verstauchung und Zerrung des Schultergürtels
9	S92	107	Brüche am Fuß
10	S32	100	Brüche der Lendenwirbelsäule und des Beckens

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	5787	699	Entfernung des zur Behandlung von Knochenbrüchen eingebrachten Material
2	5794	516	Offene Einrichtung eines Bruchs mit mehreren Bruchstücken im Gelenkbereich
3	5812	345	Spiegelungen am Kniegelenk
4	5793	343	Offene Einrichtung einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich
5	5820	145	Einsetzen eines Knochenersatzstücks am Hüftgelenk
6	5790	139	Geschlossene Einrichtung eines Bruchs
7	5806	133	Offen chirurgische Bandnähte am Kapselbandapparat
8	5855	117	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnen Scheide
9	5810	113	Wiederholte Gelenkspiegelung
10	5893	112	Chirurgische Wundreinigung

B-1.1 Plastische Chirurgie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Verbesserung angeborener Fehlbildungen, Wiederherstellung nach Unfällen, operative Behandlung bei Haut-Knochen-Weichteil- Brustgeschwüren, Schönheitschirurgie

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Brustverkleinerungs- und Brustaufbauoperationen, Operationsverfahren unter Verwendung eines Mikroskops z.B. bei rekonstruktiven Eingriffen, besonders schonende Techniken bei Stirn-, Augen-, Gesichtstraffungsoperationen

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Lid-, Nasen- u. Ohrkorrektur, Straffungsoperationen, Spezialbehandlung nach Verbrennungen/Verätzungen

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	J15	Große Eingriffe an der Brustdrüse außer bei bösartigen Erkrankungen	96
2	I32	Eingriffe an Handgelenk und Hand	83
3	J08	Hautverpflanzungen/Wundreinigung	39
4	B07	Eingriffe an Nerven	30
5	K07	Andere Eingriffe bei Fettsucht	28
6	I26	Andere Eingriffe an Handgelenk und Hand	23
7	J02	Hautverpflanzung untere Gliedmaßen	20
8	J10	Operationen an Haut, Unterhaut, Brustdrüse	18
9	J11	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut u. Brustdrüse	17
10	I23	Materialentfernung außer an Hüfte und Oberschenkelknochen	10

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	N62	84	Vergrößerung der Brustdrüse
2	S62	71	Knochenbrüche an der Hand
3	L89	31	Druckgeschwüre
4	S64	27	Verletzungen von Nerven der Hand
5	E65	25	Fettverteilungsstörung
6	S66	24	Verletzung von Muskeln und Sehnen der Hand
7	L03	16	Eitrige Entzündung
8	L90	13	Narben
9	T85	13	Gestörter Heilungsverlauf durch eingebrachtes Material
10	C50	12	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Krebs)

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	5840	88	Operationen an Sehnen der Hand
2	5893	86	Chirurgische Wundversorgung
3	5884	80	Brustverkleinerung
4	5911	49	Gewebeentfernung an Haut und Unterhaut zur Straffung
5	5795	41	Offene Einrichtung eines einfachen Bruchs am kleinen Knochen
6	5903	32	Örtliche Gewebeübertragung an Haut und Unterhaut
7	5894	27	Ausschneidung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
8	5044	22	Naht eines oder mehrerer Nerven
9	5790	21	Geschlossene Einrichtung eines Bruchs
10	5895	21	Ausgedehnte Ausschneidung von erkranktem Gewebe

B-1.1 **Orthopädie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Versorgung mit Ersatzstücken bei Gelenkverschleißerkrankungen, Gelenkspiegelungen, Behandlung von allen Erkrankungen des Halte- und Bewegungsapparates

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Gelenkersatz des Hüft- Knie- und Schultergelenks, inkl. Wechseloperationen, chronische und akute Wirbelsäulenerkrankungen, gelenkerhaltende Operationen an Hüft- und Kniegelenk, Vorfußkorrekturen

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Kinderorthopädie, Sportorthopädie, Geschwulstkrankheiten des Bewegungsapparates, Lösen von Verwachsungen der großen Gelenke

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	I04	Ersatz des Kniegelenks	442
2	I03	Eingriffe am Hüftgelenk	423
3	I20	Eingriffe am Fuß	288
4	I18	Andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk	278
5	I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen der Wirbelsäule	229
6	I27	Eingriffe am Weichteilgewebe	97
7	I13	Eingriffe an Oberarm, Schien- und Wadenbein	47
8	I73	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes	38
9	I10	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule	37
10	I08	Andere Eingriffe an Hüftgelenk u. Oberschenkelknochen	34

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	M17	517	Verschleiß des Kniegelenks
2	M16	397	Verschleiß des Hüftgelenks
3	M20	287	Erworbene Fehlstellung der Zehen (Hammerzehen u.ä.)
4	M23	200	Binnenschädigung des Kniegelenks
5	T84	149	Lockerung von Gelenkersatz
6	M51	107	Sonstige Bandscheibenschäden
7	M54	77	Rückenschmerzen
8	M75	67	Erkrankungen des Schultergelenks
9	M48	38	Wirbelsäulenbeschwerden bei Einengung des Rückenmarkkanals
10	M47	35	krankhafte Veränderungen der Wirbelsäule

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	5788	747	Operationen an Mittelfußknochen und Zehenstrahlen
2	5800	694	Offene Gelenkoperationen
3	5812	511	Spiegelungen am Gelenkknorpel
4	5822	430	Kniegelenkersatz
5	5820	419	Hüftgelenkersatz
6	8910	338	Spritzen zur Schmerzbehandlung an der Wirbelsäule
7	5786	301	Operative Einrichtung von Knochen (mit Schrauben, Platten etc.)
8	8020	244	Spritzen an Sehnen, Bändern, Schleimbeutel, Gelenken
9	5783	223	Entnahme von Knochentransplantaten
10	5780	189	Anbohrung von Knochen

B-1.1 Sonstige Fachabteilung

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Handchirurgie: frische Verletzungen, Wiederannähen abgetrennter Körperteile, Wiederherstellung nach Verletzungen, Beugeeinschränkungen der Finger, Korrekturen angeborener Fehlbildungen

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

alle Eingriffe an Hand und Handgelenk, Behandlung bei Knochenbrüchen, Sehnen- und Nervenverletzungen, Nerveneinklemmungen, Versorgung von Gefäßen und Nerven unter Verwendung eines Mikroskops

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Rheumachirurgie

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	I32	Eingriffe an Handgelenk und Hand	185
2	I26	Andere Eingriffe an Handgelenk und Hand	118
3	B05	Operative Entlastung bei Nerveneinklemmung im Handgelenksbereich	110
4	I22	Große Eingriffe an Handgelenk, Hand und Daumen	47
5	B07	Eingriffe an Nerven	29
6	J08	Hautverpflanzungen/Wundreinigung	22
7	I23	Materialentfernung außer an Hüfte und Oberschenkelknochen	22
8	B06	Eingriffe bei Muskelerkrankungen, Nervenerkrankungen	16
9	I12	Knochen- und Gelenkentzündung	12
10	I27	Eingriffe am Weichteilgewebe	11

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	G56	125	Nervenschaden der oberen Extremität
2	S62	93	Brüche des Handgelenks und der Hand
3	M72	86	Knoten- und Strangbildungen an Hand oder Fuß
4	M18	45	Verschleißerscheinung am Daumensattelgelenk
5	M84	32	Falschgelenkbildungen nach Brüchen der Hand
6	S66	31	Sehnen- und Muskelverletzungen an der Hand
7	S64	28	Nervenverletzungen an der Hand
8	S63	26	Verstauchungen und Bänderrisse an der Hand
9	L03	18	Entzündungen an der Hand
10	M19	16	Verschleißerscheinungen

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	5056	146	Entlastung von Nerven
2	5984	112	Operation mit Verwendung eines Operationsmikroskops
3	5840	111	Operationen an Sehnen der Hand
4	5842	88	Operationen an Fasern der Hohlhand und der Finger
5	5841	64	Operationen an Bändern der Hand
6	5782	63	Entfernung von erkranktem Knochengewebe
7	5783	58	Entnahme eines Knochentransplantats
8	5784	57	Knochenübertragung
9	5795	54	Offene Einrichtung eines Bruchs an kleinen Knochen
10	5893	50	Chirurgische Wundreinigung

B-1.1 **Anästhesie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

alle Narkoseverfahren, Schmerztherapie, Intensivtherapie, Eigenblutentnahme, intensivmedizinische Überwachung und Behandlung

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Katheterverfahren zur Schmerztherapie

B-1.8 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung

Schl. nach § 301 SGB V	Fachabteilung	Durchschnittliche Verweildauer (VD) (Angabe in Tagen)	Gibt es in Ihrer Abteilung spez. Kinderbetten? ja(j)/nein(n)	Stehen in Ihrer Abt. Kinderkrankensch w./ -pfleger zur Verfügung? ja(j)/nein(n)
1500	Allgemeine Chirurgie	4,9	Ja	Nein
1550	Allg. Chirur./SP Abdom.-/Gefäßchir.		Nein	Nein
1600	Unfallchirurgie	7,7	Ja	Nein
1900	Plastische Chirurgie	4,9	Ja	Nein
2300	Orthopädie	12,5	Ja	Nein
3700	Sonstige Fachabteilung	3,12	Ja	Nein
	Anästhesie		Nein	Nein

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

Anzahl der Behandlungen nach § 116 SGB V pro Jahr:

keine

B-1.9 Spezifisch für die Fachabteilung:

Anästhesie

B-1.9.9 A Anzahl der Anästhesien insgesamt

differenziert nach:

Anzahl der Allgemeinanästhesien	4201
Anzahl der Regionalanästhesien	1920

B-1.9.9 B Differenzierung der Anästhesien nach ASA-Klassifikation in %-Anteil pro Jahr
Erfassung erfolgt in Teilbereichen über Qualitätssicherungsbögen nach §137 SGB 5.

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

1.267

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	2220	Operation von Sehnenscheidenverengungen	205
2	2361, 2363	Materialentfernung von Stellschrauben und Kirschnerdrähten	128
3	2275	Spaltung von Sehnen des Handgelenks zur Nervenentlastung	117
4	2447	Spiegelung	110
5	2362	Operative Verbindung kleiner Knochen	74

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

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

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

	Abteilung	Ärztliche Leitung ja (j)/nein (n)	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl der Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung	Anzahl der Ärzte mit fakultativer Weiterbildung ¹	Anzahl der Ärzte im Praktikum	Liegt eine Weiterbildungs- befugnis vor Ja (j)/nein (n)
1500	Allgemeine Chirurgie	Ja	5	2	3			Ja
1600	Unfallchirurgie	Ja	17	9	8	2		Ja
1900	Plastische Chirurgie	Ja	3	2	1	1		Ja
2300	Orthopädie	Ja	16	9	7	4		Ja
3700	Sonstige Fachabteilung	Ja	3	1	2	1		Ja
	Anästhesie	Ja	16	1	15	1		Ja
	Gesamt		60,00	24,00	36,00	9,00		

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

7

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)
1500	Allgemeine Chirurgie	10	7,5		0,83	Nein
1600	Unfallchirurgie	40	30,84		2,5	Nein
1900	Plastische Chirurgie	6	4,16		0,83	Nein
2300	Orthopädie	46	35,83		2,5	Nein
3700	Sonstige Fachabteilung	5	4,16			Nein
	Anästhesie	13	5	5,83		Nein
	Gesamt	120,00	15	1	1	

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

0

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über keine Ausbildung verfügen

0

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

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

Ärztlicher Dienst	53,26
Pflegedienst ¹	119,65
Medizinisch-Technischer Dienst	46,33
Funktionsdienst	59,16
Klinisches Hauspersonal	-
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	23,85
Technischer Dienst	7,76
Verwaltungsdienst	34,79
Sonderdienste	1,00

Sonstiges Personal

8,1

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

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

Anzahl der Mitarbeiter in der Anästhesie	8
Anzahl der Mitarbeiter im OP	6
Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter im Verwaltungsdienst	4
Anzahl der Mitarbeiter in der Hygiene	1
Anzahl der Mitarbeiter für die Praxisanleitung	8
Anzahl der Stomatherapeut(en)	0
Anzahl der Diabetesfachschwester(n)	0
Anzahl der Mitarbeiter in der Ernährungsfachpflege	0
Anzahl der Qualitäts-/ Prozessberater	1

Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)

0

B-2.9 Weitere Berufsgruppen (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)

Anzahl der Sozialarbeiter	3
Anzahl der Dipl.-Psychologen	0

Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)

0

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

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

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht	Teilnahme an der externen Qualitätssicherung	Dokumentationsrate	
				Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie	Nein			
2	Cholezystektomie	Ja	Ja	130,30	100,00
3	Gynäkologische Operationen	Ja	Ja	100,00	94,65
4	Herzschriltmacher-Erstimplantation	Nein			
5	Herzschriltmacher-Aggregatwechsel	Nein			
6	Herzschriltmacher-Revision	Nein			
7	Herztransplantation	Nein			
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	Ja	Ja	109,30	95,85
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	Ja	Ja	97,50	92,39
10	Karotis-Rekonstruktion	Nein			
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	Ja	Ja	102,90	98,59
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	Ja	Ja	100,00	97,38
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie	Nein			
14	Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	Nein			
15	Koronarchirurgie	Nein			
16	Mammachirurgie	Ja	Ja	94,10	91,68
17	Perinatalmedizin	Nein			
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	Ja	Ja	100,00	
19	Totalendoprothese (TEP bei Koxarthrose)	Ja	Ja	102,3	98,44
00	Gesamt			105,2	

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:

keine

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

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

keine

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

Leistung ¹	OPS der einbezogenen Leistungen ¹	Mindestmenge ¹ (pro Jahr) pro KH / pro gelistetem Operator ²	Leistung wird im Kranken- haus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichts- jahr
				pro KH (4a)/ pro gelistetem Opera- teur (4b) ²		
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Lebertransplantation		10	Nein	0	0	0
Nierentransplantationen		20	Nein	0	0	0
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus		5/5	Nein	0	0	0
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas		5/5	Nein	0	0	0
Stammzelltransplantation		12+/- 2 [10-14]	Nein	0	0	0

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/ Operator, der diese Leistung erbringt

Systemteil

D Qualitätspolitik

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

Als Dienstleister im Gesundheitswesen sehen wir den erkrankten Patienten als ganzheitlichen Menschen im Mittelpunkt unserer Bemühungen. Ziel unserer Qualitätspolitik ist, unsere Leistungen in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess weiterzuentwickeln gemeinsam mit den Mitarbeitern aller Berufsgruppen. Unsere Qualitätspolitik dient der stetig fortschreitenden Verbesserung bereits gut funktionierender Prozessabläufe.

Die strategischen und operativen Ziele der Kliniken Dr. Erler gGmbH leiten sich aus unserem Leitbild ab und zeigen die Zukunftsausrichtung der Klinik. Die Zielplanung enthält Grundaussagen zur Patientenorientierung, zum medizinischen Leistungsangebot, insbesondere zum Ausbau der Spezialisierungen des Hauses, zur Personalentwicklung und zur betriebswirtschaftlichen Steuerung. Dabei fließen regionales Umfeld und Wettbewerbssituation, die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben (Integrierte Versorgung) sowie die prospektive Entwicklung der demografischen Daten (Zunahme der Endoprothetik) mit ein. Aus der Strategieplanung erfolgt eine Jahresplanung mit Leistungs- und Erlösplanung, Kosten- und Liquiditätsplanung, Mitarbeiterplanung und Investitions- und Instandhaltungsplanung, die auf Abteilungsebene heruntergebrochen werden. Die Qualitätspolitik wurde entwickelt auf der Ebene der Geschäftsführung und der Vorstände der Dr. Fritz Erler Stiftung, auf der Ebene der Krankenhausbetriebsleitung und auf der Ebene der Chefarzte und Abteilungsleiter.

Die Qualitätsziele betreffen:
Qualifizierte Aus-, Fort- und Weiterbildung des Mitarbeiters,
Patientenorientierung im täglichen Handeln,
Verbesserung der Arbeitsabläufe durch prozesshafte Handlungsabläufe,
Erhöhung der Transparenz der Unternehmensziele,
Mitarbeiterorientierung durch Stärkung der Eigenverantwortlichkeit,
Förderung konstruktiver Kommunikation,
Entwicklung eines Fehler- und Beschwerdemanagements.

Konkrete strategische und operative Qualitätsziele 2004 waren der Einstieg in die integrierte Versorgung durch einen Vertrag mit der Barmer, die Verbesserung der Patientenaufnahme durch Umstrukturierung der ZAB, der Ausbau der ambulanten Operationen, die Aufnahme des Projekts Zertifizierung nach KTQ und die Gewinnung von Belegärzten zum Ausbau der Leistungen in der Endoprothetik.

Zur systematischen Entwicklung unserer Qualitätsarbeit strukturieren wir unser Qualitätsmanagementsystem nach dem KTQ-Verfahren. Auf der Grundlage von Selbst- und Fremdbewertungen erarbeiten wir Maßnahmenpläne, die in einem festgelegten Zeitrahmen zu erfüllen sind.

Die Kernaussagen unseres Leitbilds spiegeln unsere Qualitätsziele:

Wir behandeln Sie so, wie wir selbst gerne behandelt werden wollen

Wir sind ein gemeinnütziges Fachkrankenhaus mit einem umfassenden operativen Spektrum. Der Patient und sein Wohlbefinden stehen im Mittelpunkt unseres Handelns. Wir wollen ihm durch menschliche Betreuung und Zuwendung die Angst nehmen und Geborgenheit vermitteln.

Gesundheit, ein unschätzbare Gut

Wir sorgen gemeinsam mit dem Patienten und seinen Angehörigen für die Genesung und Gesunderhaltung.
Wir bieten eine individuell abgestimmte Behandlung sowie qualitativ hochwertige und zielgerichtete Leistungen.
Wir kümmern uns um die nachklinische Behandlungsphase.

Wer aufhört, besser sein zu wollen, hört auf, gut zu sein

Medizinischer und technischer Fortschritt finden Eingang in unsere tägliche Arbeit. Ständige Fort- und Weiterbildung sichern unsere hohe Qualität in allen Bereichen. Es ist uns ein Anliegen, die Organisationsabläufe in unserem Hause transparent zu gestalten, sie der ständigen Verbesserung zuzuführen und damit noch stärker auf die Bedürfnisse unserer Patienten hin auszurichten.

Nur gemeinsam sind wir stark

Die Leistungen jedes Einzelnen tragen zum Gelingen des Ganzen bei.
Wir bringen uns gegenseitig Respekt und Achtung entgegen.
Wir werden die Anregungen unserer Mitarbeiter ernst nehmen und die Eigenverantwortlichkeit stärken.
Wir wollen durch Vorbild führen und unsere Mitarbeiter in Entscheidungsprozesse einbeziehen.

Perspektiven durch Qualität und Wirtschaftlichkeit

Wir bieten hohe Qualität bei wirtschaftlicher Betriebsführung.
Damit stärken und sichern wir die Zukunft unserer Klinik.
Durch sorgsamem Umgang mit den Ressourcen tragen alle Mitarbeiter zur Erreichung dieses Zieles bei.

Ein Netz zum Wohle des Patienten

Wir pflegen ein partnerschaftliches Verhältnis zu unseren Einweisern und Nachsorgeeinrichtungen.
Wir stellen uns den wachsenden Herausforderungen unserer Umwelt in verantwortungsvoller Weise.
Die Öffentlichkeit über unsere aktuellen Leistungsangebote zu informieren ist uns ein Anliegen.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

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

Ein Qualitätsmanagementsystem ist in Einzelbereichen der Kliniken Dr. Erler gGmbH schon seit längerem vorhanden. So ist seit 2000 ein Qualitätsmanagementsystem im Bereich des OP implementiert. Ein OP-Handbuch wurde erstellt. Ab 2001 lief über einen längeren Zeitraum eine Bestandsaufnahme und Durchleuchtung aller relevanten Arbeitsprozesse im Rahmen eines Risk-Managements. Ein Risk-Management-Handbuch liegt vor. Für die Reorganisation der Zentralen Aufnahme und Behandlung (ZAB), verbunden mit den Umbaumaßnahmen, wurde 2003/2004 nach mehreren interdisziplinären und hierarchieübergreifenden Arbeitssitzungen ein Qualitätsmanagementsystem festgelegt und das ZAB-Handbuch erstellt. Begleitend wurden Einzelprojekte des Qualitätsmanagements durchgeführt. So gab es 2002 eine große repräsentative, nach dem Leitfaden der KTQ durchgeführte Patientenbefragung, die im eigenen Haus ausgewertet und interpretiert wurde. Die Ergebnisse wurden in komplexer Form veröffentlicht. Aus dieser Patientenbefragung ergab sich eine Arbeitsgruppe zur Reorganisation des OP-Managements. Seit 2004 liegt ein aktives Beschwerdemanagement für Patienten und Angehörige in Form des „Patientenecho“ vor. In Anbetracht dieser umfangreichen Vorarbeiten und zahlreichen Nachweise für gelebte Qualität entschloss sich die Klinik Dr. Erler gGmbH, 2004 unter externer Beratung alle bestehenden Qualitätsmanagementsysteme zusammenzuführen und ein Qualitätsmanagementsystem nach KTQ einzurichten.

Die strukturellen Voraussetzungen zur planmäßigen und transparenten Durchführung von abteilungs- und bereichsübergreifenden Verbesserungsmaßnahmen zur Umsetzung der Qualitätspolitik wurden geschaffen:

- Lenkungsgremium, bestehend aus Geschäftsführung, Verwaltungsleiter, Pflegedienstleitung, ärztlichem Direktor, Leitenden Arzt Handchirurgie, OP-Koordinator, Stationspflegekraft, das 1 x pro Quartal tagt und über Prioritäten der Projekte, Ressourcenverbrauch und Umsetzung der Ergebnisse entscheidet
- Projektgruppe Zertifizierung, die die Umsetzung des Projekts „Einrichtung eines QMS nach KTQ“ verantwortlich leitet. Die Mitglieder sind gleichzeitig Ansprechpartner für die Prozesseigner. Nach der Zertifizierung wird eine ständige Qualitätskonferenz diese Projektgruppe ablösen und für die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems zuständig sein.
- Prozesseigner für die wichtigsten Kern- und unterstützenden Prozesse im Krankenhaus, die für die Darstellung, Beurteilung und Optimierung der Arbeitsabläufe ihrer Prozesse verantwortlich sind: für 78 Prozesse wurden 50 Prozesseigner ernannt.
- QMB als übergeordnete steuernde Stelle aller QM-Aktivitäten, unterstützt durch eine QM-Assistentin
- Zur Durchführung von Verbesserungsmaßnahmen sind mehrere Projektgruppen eingerichtet. Alle Mitarbeiter werden für Projektarbeit freigestellt.

Für alle Mitarbeiter verpflichtend war die hausinterne Veranstaltung „Einführung eines QMS nach KTQ“, belegt durch Teilnehmerlisten, kontrolliert anhand einer Gesamtliste aller Mitarbeiter. Die Prozesseigner erhielten alle eine mehrtägige Schulung zu Grundlagen des Qualitätsmanagements und zum Prozessmanagement. 15 Mitarbeiter erhielten zusätzlich eine Moderatorenausbildung. Eine KTQ-Schulung bezüglich Grundlagenvermittlung und Durchführung der Selbstbewertung erhielten alle Prozesseigner durch die Qualitätsmanagementbeauftragte.

Die Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems ist als Führungsaufgabe definiert und wird von allen Beteiligten so gelebt. Verantwortlich für die Implementierung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement sind der Geschäftsführer und die Krankenhausbetriebsleitung. Alle Führungskräfte sind verantwortlich für das Erreichen der Qualitätsziele/strategischen Ziele.

E-2 Qualitätsbewertung

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

Selbstbewertung

Das Krankenhaus hat zur Vorbereitung auf die Fremdwertung nach KTQ zwei Selbstbewertungen durchgeführt. Die erste Selbstbewertung erfolgte Anfang Juni 2005 als erste Standortbestimmung für die Erfüllung der KTQ-Kriterien. Beteiligt waren das Lenkungsgremium, die Projektgruppe Zertifizierung, QMB, ein Großteil der oberen und mittleren Führungsebene sowie ein Großteil der Prozesseigner. Die zweite Selbstbewertung folgte Ende Juli 2005 durch QMB und Projektgruppe Zertifizierung. Eine deutliche Verbesserung in der Bewertung konnte bestätigt werden, so dass die Entscheidung getroffen wurde, die Fremdbewertung im Herbst 2005 durchführen zu lassen.

Frühjahr 2004: erfolgreicher Abschluß des Projekts Riskmanagement durch die GRB (Gesellschaft für Risikoberatung)

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

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

Die Kliniken Dr. Erler gGmbH hat an allen gesetzlich verpflichtenden externen Qualitätssicherungen gemäß § 137 SGB V teilgenommen.

Gesamtzahl geprüfter Fälle (DRG):

7.620

Nicht dokumentationspflichtige Fälle (DRG):

6.339

Auf Bundesebene verpflichtend zu dokumentierende Datensätze:

1.281

Leistungsbereich

Anzahl

12/1: Cholezystektomie

76

15/1: Gynäkologische Operationen

12

17/1: Schenkelhalsfraktur

269

17/2: TEP bei Koxarthrose

432

17/3: Hüft-TEP-Wechsel

40

17/5: Kniegelenktotalendoprothese

419

17/7: Knie-TEP-Wechsel

15

18/1: Mammachirurgie

17

21/3: Konorangiographie ggf. mit PTCA

1

Summe

1.281

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

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

- Überprüfung und Aktualisierung des Qualitätsmanagementsystems im OP (Projekt OP-Organisation)
- Abschluss der Riskmanagementberatung der GRB (Gesellschaft für Risikoberatung) mit Erstellung eines Riskmanagement-Handbuchs (beinhaltet z.B. Standards und berufsgruppenübergreifende Behandlungsleitlinien).
- Reorganisation und Umstrukturierung der Zentralen Aufnahme und Behandlung mit Anpassung des ZAB-Handbuchs
- Erstellung des Qualitätsmanagement-Handbuchs mit umfassenden Ablaufdiagrammen und Verfahrensanweisungen zu allen Prozessen
- Einführung eines Systems zur Patientenrückmeldung (Patientenecho Lob und Kritik) und gleichzeitig aktiven Beschwerdemanagements
- Ausbau des Krankenhausinformationssystems (Ressourcenplanungstool)
- Aufbau des Intranets

Zum Berichtszeitpunkt sind in den Kliniken Dr. Erler gGmbH folgende Projektgruppen eingerichtet:

- Wundversorgung
- Bettenmanagement
- Zentrale Aufnahme und Behandlung
- Dokumentation
- Einarbeitung neuer Mitarbeiter
- Visite
- Therapie- und Pflegeplanung
- Personaleinsatz und -betreuung
- Vertrauensfördernde Maßnahmen
- Projektgruppe Zertifizierung

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Günther Schmidt, Geschäftsführer

Dr. Ursula Loos-Eißner, MPH
Medcontrolling
Qualitätsmanagementbeauftragte

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

Günther Schmidt, Geschäftsführer
Dr. Ursula Loos-Eißner, QMB
Herr Bernhard Schlögel, VWL
Herr Markus Stark, Leiter EDV, Pressereferent

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

www.erler-klinik.de, Klinik-Info-Kanal, Klinik-Info-Flyer für Besucher und
Patienten, Patienteninfomappe

H Ausstattung

H-1 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen

Allgemeine Chirurgie

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	
			5	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	
			3	Mit TV und Telefon
				ohne TV und Telefon
				mit TV ohne Telefon
				ohne TV mit Telefon

Unfallchirurgie

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	
		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	
		17	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Plastische Chirurgie

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	
		4	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	
		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	
		16	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	
		24	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Sonstige Fachabteilung

Anzahl der Einbettzimmer

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

Anzahl der Dreibettzimmer

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

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
1500	Allgemeine Chirurgie	Ja
1550	Allg. Chirur./SP Abdom.-/Gefäßchir.	Ja
1600	Unfallchirurgie	Ja
1900	Plastische Chirurgie	Ja
2300	Orthopädie	Ja
3700	Sonstige Fachabteilung	Ja
	Anästhesie	Ja

Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Kliniken Dr. Erler gGmbH

1 Patientenorientierung in der Krankenversorgung

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

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

Die Absprache des Aufnahmetermins erfolgt bei Wahleingriffen mit dem Patienten selbst bei der ersten Vorstellung in der Sprechstunde. 1 Tag vor Aufnahme wird ein Bett reserviert. Notfallpatienten werden über die Sekretariate und über die 24 h geöffnete Notfallambulanz aufgenommen, primär versorgt und auf Station verlegt. Aufnahme und Behandlung von Notfall- und einbestellten Patienten erfolgt räumlich getrennt, um Wartezeiten zu minimieren. Eine in der EDV ersichtliche Bettenbelegung gewährleistet eine ausgeglichene Stationsbelegung.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Hinweistafeln im Eingangsbereich ermöglichen Patienten und Besuchern eine Orientierung: Notfallversorgung, Sprechstunden, Zentrale Aufnahme und Behandlung sowie der Zugang zu den Stationen sind ausgeschildert. In den Aufzügen sind die Stationen und Bereiche der jeweiligen Ebene ersichtlich. Bereits vor dem stationären Aufenthalt können sich die Patienten im Internet über die Kliniken Dr. Erler gGmbH (auch über bauliche Gegebenheiten) informieren. Die auf jeder Station ausliegenden Patienteninfomappen enthalten ebenfalls eine Lageplanskizze.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Patienten mit Wahleingriffen und Notfallpatienten haben einen getrennten Aufnahme- und Wartebereich. Für geplante Patienten ist bereits ein Bett reserviert, ihre administrative Aufnahme erfolgt in der Regel bereits während des prästationären Termins. Notfallpatienten werden in der 24-h dienstbereiten Notfallambulanz umfassend versorgt. In allen Bereichen kümmern sich qualifizierte Mitarbeiter um den Patienten. Auf Station erhalten alle Patienten Informationen zu Zimmer, Station, Tagesablauf etc. Diese sind auch in einer Infomappe auf jedem Zimmer jederzeit nachlesbar.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

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

Die ambulante ärztliche Notfallbehandlung ist durch einen 24-stündigen Anwesenheitsdienst der Ambulanzärzte gesichert. In der Notfallambulanz ist nur erfahrenes examiniertes Pflegepersonal tätig. Die Reihenfolge der Behandlung erfolgt nach Dringlichkeit und nach Eintreffen. Geplante ambulante Eingriffe werden in einer eigenen Behandlungseinheit vorbereitet und nachbetreut.

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.

Entsprechend unseres Leitbilds steht der Patient und sein Wohlbefinden im Mittelpunkt unseres Handelns. Wir sorgen gemeinsam mit dem Patienten und seinen Angehörigen für seine Genesung und Gesunderhaltung und setzen dafür qualitativ hochwertige und zielgerichtete Leistungen ein. In allen Kliniken ist der Facharztstandard gewährleistet. Auf der frühzeitigen Erstellung einer umfassenden ärztlichen und pflegerischen Anamnese basiert die Planung und zügige Durchführung aller weiteren notwendigen Behandlungs- und Pflegemaßnahmen.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Patienten mit Wahleingriffen erhalten nach der Indikationssprechstunde einen schriftlichen Bericht für ihren Arzt mit Informationen über noch zu erbringende Befunde. Diese werden im Rahmen des prästationären Verfahrens beurteilt und mit dem Patienten besprochen. Alle Vorbefunde werden als Grundlage für die Planung der aktuellen Behandlung herangezogen und durch weiterführende Untersuchungen individuell ergänzt. Doppeluntersuchungen werden vermieden. An neuen Technologien nutzen wir die elektronische Patientenakte, ein EDV-gestütztes Laborprogramm und Intranet.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Bei Patienten mit Wahleingriffen beginnt die Behandlungsplanung in der Indikationssprechstunde lange vor dem stationären Aufenthalt, bei Notfallpatienten in der Notfallambulanz mit Erhebung und Dokumentation von Anamnese und Befunden. Die Planung des Behandlungsprozesses erfolgt in allen Kliniken gemeinsam mit dem Patienten, auf Wunsch unter Einbeziehung der Angehörigen durch den zuständigen Facharzt. Das Pflegepersonal legt für jeden Patienten Pflegemaßnahmen und -ziele fest. Der Behandlungsverlauf wird durch regelmäßige Visiten und Teambesprechungen überprüft.

1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Gemeinschaftliches Ziel aller am Behandlungsablauf Beteiligten ist die Genesung und Gesunderhaltung des Patienten unter aktiver Einbeziehung seiner persönlichen Interessen, Ressourcen und Ziele. Jeder Patient wird frühzeitig und umfassend über Diagnosen sowie diagnostische und therapeutische Möglichkeiten und Maßnahmen informiert. Gemeinsam mit dem Patienten legt der behandelnde Arzt das weitere Vorgehen in Form von konservativer und operativer Therapie fest. Auf Patientenwunsch werden Angehörige in die Behandlungsplanung miteinbezogen.

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 der Kliniken Dr. Eler gGmbH ist während des gesamten stationären Aufenthalts in allen Fachdisziplinen die fachärztliche Versorgung rund um die Uhr sichergestellt. Alle entscheidenden Maßnahmen wie Indikationsstellung, diagnostische und therapeutische Entscheidungen, Eingriffe und Operationen erfolgen in Verantwortung eines Facharztes. Die medikamentöse Versorgung und Schmerztherapie wird auf der Basis der Leitlinien der Fachgesellschaften durchgeführt. Alle notwendigen Heil- und Hilfsmittel stehen unseren Patienten in ausreichender Zahl zur Verfügung.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

In den Kliniken Dr. Erler gGmbH orientiert sich die Behandlung der Patienten an den anerkannten, evidenzbasierten Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften. Ärztliche und pflegerische Leitlinien sind entwickelt und im Intranet für alle Mitarbeiter zugänglich hinterlegt. Sie werden alle sechs Monate auf ihre Aktualität hin überprüft. Bei individuellen oder kritischen Behandlungsentscheidungen stehen das Internet, Intranet und Fachbücher/Fachzeitschriften als Informationsquelle zur Verfügung.

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.

Unser Leitbild stellt den Patienten in den Mittelpunkt unseres Handelns. Betreuung, Versorgung und Ausstattung orientieren sich an den Bedürfnissen der Patienten. Aufklärungen zu Diagnostik und Therapie erfolgen immer im individuellen Arzt-Patienten-Gespräch. Erhaltung und Wiederherstellung der Selbstständigkeit ist erklärtes Pflegeziel. Auf jeder Station liegen Informationsmappen mit Angaben zu den Regelabläufen. Die Unterbringung von Begleitpersonen ist möglich. Jedes Zimmer verfügt über eine eigene Nasszelle und WC.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Die Patienten können täglich aus drei verschiedenen Menüs wählen (Vollkost, leichte Kost, vegetarisch). Religiöse und kulturelle Aspekte werden im Speiseplan berücksichtigt. Einzelkomponentenwahl aus allen Menüs ist immer möglich. Werktäglich nehmen Verpflegungshostessen die Essenswünsche der Patienten auf. Die Diätassistentin nimmt bei Bedarf Einzelberatungen vor. Zwei ausgebildete Diätköche bereiten die Diätkostformen zu. Verschiedene Maßnahmen (z.B. vorgewärmtes Geschirr) stellen sicher, dass das Essen zum Zeitpunkt des Verzehrs die richtige Temperatur hat.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Die Koordinierung der Behandlung erfolgt für planbare Maßnahmen schon im Vorfeld der stationären Aufnahme durch Terminierung der diagnostischen und therapeutischen Leistungen. Interdisziplinäre Fallbesprechungen der Ärzte ergänzen die Behandlungsplanung. Um Wartezeiten zu vermeiden, organisiert der Patiententransportdienst im Haus den pünktlichen Transport nicht gehfähiger bzw. unselbstständiger Patienten von der Pflegestation zur Nachbehandlung und zurück. Die Laboranforderung und -befundübermittlung erfolgt ebenso wie die Dokumentation EDV-gestützt.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Alle Planungen zur Koordinierung der Behandlung im OP sind im OP-Handbuch festgelegt. Die OP-Bereitschaft aller Fachdisziplinen der Kliniken Dr. Erler gGmbH ist rund um die Uhr durch Bereitschaftsdienst und Rufdienstregelungen des ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes gewährleistet. Täglich wird das OP-Programm für den Folgetag abgestimmt. Dabei wird die Auslastung der Intensivstation berücksichtigt. Für dringliche Notfälle werden Kapazitäten in der OP-Planung freigehalten, um ein Absetzen oder Verschieben geplanter OPs zu vermeiden.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Im Rahmen der täglichen Visiten und interdisziplinären Besprechungen tauschen sich alle an der Patientenversorgung beteiligten Fachdisziplinen und Berufsgruppen patientenbezogen zeitnah aus. In interdisziplinären Konferenzen werden komplexe Fragestellungen diskutiert. Es ist intern und extern ein geregelter Konsilwesens eingerichtet. Das gesamte Konsilwesen ist facharztgebunden. Mit externen Fachabteilungen (z.B. Nephrologie bei dialysepflichtigen Patienten) bestehen Kooperationen.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Tägliche Visiten finden in allen Fachdisziplinen und auf allen Stationen durch den Stationsarzt und eine examinierte Pflegekraft statt, auch am Wochenende und an Feiertagen. Mindestens ein Mal pro Woche wird jeder Patient durch den zuständigen Oberarzt und den Chefarzt visitiert. An der Chefarztvisite nimmt regelmäßig ein Mitarbeiter der Physikalischen Therapie teil. Bei Bedarf werden andere Berufsgruppen wie Sozialdienst, Seelsorge, Diätassistentin in die Visiten mit einbezogen. Auf Verständlichkeit und vertrauensvolle Atmosphäre während der Visite legen wir Wert.

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.

Die Entlassung erfolgt geplant und mit allen beteiligten Funktionsdiensten koordiniert, um den reibungslosen Übergang in andere Versorgungsbereiche zu gewährleisten. Der Entlassungszeitpunkt wird bei geplanten Patienten frühzeitig bekannt gegeben, Wünsche und Bedürfnisse der Patienten, wenn möglich berücksichtigt. Jeder Patient erhält ein ärztliches und pflegerisches Entlassungsgespräch. In den meisten Fällen erfolgt eine nachstationäre Behandlung mit weiteren Behandlungsschritten oder Befundkontrollen (z.B. Röntgen- und Laborkontrollen) in unserer Klinik.

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.

Jeder Patient erhält am Entlassungstag einen (Kurz-)Arztbrief mit allen erforderlichen Angaben zu Diagnosen, Befunden, Verlauf, Medikation und Weiterbehandlungsempfehlungen. Das Krankenhausinformationssystem unterstützt die zeitnahe Bereitstellung der Befunde und Arztbriefe. Termine zur nachstationären Behandlung werden unter Einbeziehung der einweisenden Ärzte mit den Patienten vereinbart. Folgt dem stationären Aufenthalt eine Anschlussheilbehandlung, ergeht der Bericht bereits mehrere Tage vor Entlassung des Patienten an die Rehabilitationseinrichtung.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Die kontinuierliche Weiterbetreuung unserer Patienten wird frühzeitig organisiert. Nachstationäre Behandlung und Befundkontrollen erfolgen zum Teil bis zum Behandlungsende. Die Kontaktaufnahme zu ambulant und stationär mit nachbetreuenden Einrichtungen findet frühzeitig statt. Alle erforderlichen Unterlagen wie ausführlicher Arztbrief, Befunde, Verlegungsberichte stehen bei Entlassung oder Verlegung zur Verfügung. Im Rahmen der Integrierten Versorgung bestehen Kooperationen mit zwei Rehabilitationskliniken und einer ambulanten Physiotherapiepraxis.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

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

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

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

Die Stellenpläne werden jährlich überprüft und veränderten Bedingungen angepasst. Planungsgrundlagen sind gesetzliche Vorgaben, betriebswirtschaftliche Daten, Erfordernisse bestimmter Qualifikationen, die strategische Unternehmensausrichtung mit entsprechendem Leistungsspektrum, die aktuellen Leistungs- und Belegungszahlen und das Gesamtbudget. Strukturveränderungen gehen in die Personalplanung ein. Die Fluktuationsraten und Personalausfallquoten werden für alle Bereiche regelmäßig durch die Personalabteilung ermittelt.

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 sind Sicherstellung und Ausbau der persönlichen und fachlichen Qualifikation unserer Mitarbeiter. Die Personalentwicklung orientiert sich an der strategischen Planung des Krankenhauses und dem beruflichen Ziel der Mitarbeiter. Zur individuellen Personalentwicklung und -förderung und im Hinblick auf die Karriereplanung werden in einigen Bereichen Mitarbeitergespräche mit Zielvereinbarung durchgeführt und dokumentiert.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

In verschiedenen Bereichen gibt es Stellenbeschreibungen, die patientenbezogene und betriebsbezogene Aufgaben definieren und regelmäßig aktualisiert werden. In Mitarbeitergesprächen wird der Fort- und Weiterbildungsbedarf ermittelt und geplant. So haben alle unsere Stationsleitungen mit einer Ausnahme die Weiterbildung zur Leitung einer Station oder Funktionseinheit absolviert.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

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

Unser Leitbild besagt "Wer aufhört, besser sein zu wollen, hört auf, gut zu sein - Ständige Fort- und Weiterbildung sichern unsere hohe Qualität in allen Bereichen". Berufsbegleitende Fort- und Weiterbildungen z.B. Fachpflege OP / Anästhesie, Stationsleitungskurse werden angeboten und gefördert. Fortbildungen aus Eigeninitiative, die eine Anhebung der Qualifikation und Fachkompetenz mit sich bringen, werden begrüßt und nach Prüfung durch Freistellung und Kostenübernahme unterstützt.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Ein jährliches Fortbildungsbudget wird bei der Haushaltserstellung festgelegt. Der Bedarf orientiert sich an den Notwendigkeiten der Klinik und dem ermittelten Schulungsbedarf der Mitarbeiter. Interne Fortbildungsveranstaltungen sind für die Mitarbeiter kostenfrei und gelten als Arbeitszeit. Liegt eine externe Weiterbildung im Interesse des Hauses, werden die Mitarbeiter unter Beibehaltung ihrer Bezüge im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen vom Dienst freigestellt. Sonstige anfallende Kosten (Seminargebühr, Fahrtkosten) werden übernommen.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Die Kliniken Dr. Eler gGmbH bezieht eine Reihe gängiger Fachzeitschriften, für die abteilungsintern ein Umlaufverfahren existiert. Räume für interne Fortbildungsveranstaltungen stehen mit guter Ausstattung und zeitgemäßen Präsentationsmedien wie Stellwänden, Flipcharts, Moderationskoffer, Overheadprojektor, Beamer zur Verfügung. Das Intranet ist von jedem PC-Arbeitsplatz für alle Mitarbeiter nutzbar. Internetzugang besteht für die mittlere und obere Führungsebene und in jeder Fachdisziplin auf mindestens einem zentralen PC, der allen Mitarbeitern zugänglich ist

2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

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

Die Kliniken Dr. Eler gGmbH hat keine angegliederte Ausbildungsstätte. Sie ist im Rahmen der praktischen Ausbildung von Schülern und Schülerinnen im Pflegedienst mit der Schwesternschaft des Bayerischen Roten Kreuzes Nürnberg verbunden. Ferner bildet die Klinik Kaufleute im Gesundheitswesen aus.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

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

Im Leitbild und den Qualitätszielen ist ein mitarbeiterorientierter Führungsstil verankert. In allen Arbeits- und Projektgruppen werden hierarchie- und berufsgruppenübergreifend Mitarbeiter aufgabenspezifisch zur Bearbeitung und Problemlösung verschiedenster Fragestellungen einbezogen. Fort- und Weiterbildungen werden mit den Mitarbeitern bedarfsgerecht geplant. Die Zielvereinbarungsgespräche werden auch dazu genutzt, besonders qualifizierte und fähige Mitarbeiter zu erkennen und in strategische Planungen mit einzubeziehen.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Für alle Dienstarten und Arbeitsbereiche gibt es Arbeitszeitregelungen entsprechend den tariflichen Vorgaben. Ärztlicher Dienst und Pflegedienst planen und erfassen ihre Arbeitszeit EDV-gestützt im Dienstplanprogramm EUVIS. Bei der Erstellung der Dienstpläne werden die Wünsche der Mitarbeiter nach Möglichkeit berücksichtigt. Teilzeitstellen werden angeboten, Job-Sharing wird praktiziert.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Im Rahmen der Einarbeitung soll eine schnelle und fachlich angemessene Integration der neuen Mitarbeiter erreicht werden. Bei der Einstellung erhält jeder Mitarbeiter eine Einführungsmappe mit aktuellen Informationen. Er wird entsprechend seiner Vorkenntnisse umfangreich eingearbeitet. Mentoren oder erfahrene Kollegen stehen dem neuen Mitarbeiter dabei zur Seite. Halbjährlich finden Mitarbeiterereinführungstage mit ausführlichen Informationen über die Kliniken Dr. Erler gGmbH für alle neuen Mitarbeiter statt.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

"Nur gemeinsam sind wir stark - Wir werden die Anregungen unserer Mitarbeiter ernst nehmen und die Eigenverantwortlichkeit stärken" In Anlehnung an das Leitbild hat die Kliniken Dr. Erler gGmbH das betriebliche Vorschlagwesen zur Bearbeitung und Umsetzung von Mitarbeiterideen aktualisiert und verbessert. Vorschläge werden durch Lob oder Geldprämien anerkannt. Für Mitarbeiterbeschwerden stehen alle Vorgesetzten und die Mitarbeitervertretung jederzeit für persönliche Gespräche zur Verfügung. Ein geregeltes Beschwerdemanagement ist im Aufbau.

3 Sicherheit im Krankenhaus

3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung.

3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

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

Die Sicherheit unserer Mitarbeiter ist uns ein großes Anliegen. Zur Sicherstellung der Unfallversicherungsvorschriften und des Arbeitsschutzes ist eine externe Firma beauftragt. Diese führt in regelmäßigen Abständen Abteilungsbegehungen, Gefährdungsanalysen und Schulungen durch. Vierteljährlich finden Sitzungen des Arbeitsschutzausschusses statt. Berufsunfallmeldungen werden zentral durch die Personalabteilung bearbeitet und der Berufsgenossenschaft gemeldet. Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen aller Mitarbeiter erfolgen durch die Betriebsärztin.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Regelungen zum Brandschutz sind im Krankenhaus Alarm- und Einsatzplan der Kliniken Dr. Erler gGmbH enthalten. Das gesamte Klinikgebäude ist mit Flucht- und Rettungswegplänen ausgestattet. Alle technischen Einrichtungen wie Rauch- und Brandschutztüren, Rauchabzüge, Brand- und Rauchmelder werden regelmäßig auf ihre Funktion überprüft. Ein Brandschutzbeauftragter ist bestellt. Regelmäßige Begehungen mit der Feuerwehr Nürnberg erfolgen.

3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

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

Die Kliniken Dr. Erler gGmbH sind in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden. Seit 1999 regelt ein Krankenhaus Alarm- und Einsatzplan Abläufe und Verantwortlichkeiten. Dieser ist sowohl mit der zuständigen Stelle für Katastrophenschutz der Stadt Nürnberg (Ordnungsamt) als auch mit der Rettungsleitstelle abgestimmt und entspricht den Vorgaben und Hinweisen des Bayerischen Staatsministeriums des Inneren v. 19.12.1997. Der Krankenhaus Alarm- und Einsatzplan wird jährlich durch die Verwaltungsleitung überprüft und bei Bedarf angepasst.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Im medizinischen Notfall wird über eine hausinterne Notfallnummer ein erfahrener Arzt und eine erfahrene intensivmedizinische Fachpflegekraft alarmiert. Bis zum Eintreffen des Notfallteams wird der Patient durch das Stationspersonal vor Ort versorgt. Alle Mitarbeiter des Pflegedienstes sind regelmäßig in Sofort- und Reanimationsmaßnahmen geschult. Auf jeder Station steht ein Notfallkoffer oder Notfallwagen mit standardisierter Ausstattung zur Verfügung.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Jeder Mitarbeiter sorgt für Wohlbefinden und Sicherheit der Patienten. Alle Patienten werden bereichsbezogen von erfahrenen Pflegekräften betreut. Angehörige werden auf Wunsch in die Pflege und Beaufsichtigung einbezogen und mit aufgenommen. Bei Kindern wird eine Begleitperson vorzugsweise mit aufgenommen. Patienten mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen werden pflegestützpunktnah untergebracht und engmaschig betreut. Sicherungsvorrichtungen werden nach ärztlicher Anordnung eingesetzt.

3.2 Hygiene

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

3.2.1 Organisation der Hygiene

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

Eine Hygienekommission ist etabliert und tagt zweimal jährlich. Bei der Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Hygienemaßnahmen werden die Hygienefachkraft und der hygienebeauftragte Arzt durch alle Mitglieder der Hygienekommission unterstützt. Hygienepläne sind erstellt und für alle Mitarbeiter verbindlich. Sie haben den Charakter einer Dienstanweisung. Die Hygienefachkraft führt in allen Bereichen regelmäßige Kontrollen durch.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Der Meldeweg der nach dem Infektionsschutzgesetz zu erfassenden und zu meldenden Infektionen ist geregelt. Der hygienebeauftragte Arzt sammelt hygienerelevante Daten aus allen Bereichen und wertet sie vierteljährlich aus. Im Rahmen der Hygienekommission werden Auffälligkeiten besprochen, Maßnahmen beschlossen und im Protokoll festgehalten. Die Hygienefachkraft und der hygienebeauftragte Arzt kontrollieren die Umsetzung der Maßnahmen. Das Hygieneinstitut der Stadt Nürnberg übermittelt jährlich die Keim- und Resistenzstatistik.

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Für die Durchführung der hygienischen Maßnahmen hat die Kliniken Dr. Erler gGmbH alle organisatorischen Voraussetzungen getroffen. Gemäß den Richtlinien für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert-Koch-Instituts wurden Hygienepläne erstellt. Die Hygienefachkraft führt regelmäßige Begehungen aller Abteilungen und Bereiche durch, schult die Mitarbeiter vor Ort und kann jederzeit von allen Abteilungen zur Beratung angefordert werden. Einmal im Jahr findet eine Begehung der Intensivstation und der Sterilbereiche durch das Gesundheitsamt statt.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Die Hygienerichtlinien sind im Hygieneplan niedergelegt als verbindliche Handlungsanweisungen für alle Mitarbeiter. Dabei werden die Richtlinien und Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts umgesetzt. In der Zentralsterilisation wird eine Chargendokumentation durchgeführt. In der Zentralküche wird nach einer Eigenkontrollkonzept (Hazard Analysis of Critical Control Points) gemäß der EU-Richtlinie zur Allgemeinen Lebensmittelhygiene verfahren. Die Lebensmittel werden vom Erhalt der Ware bis zur Ausgabe kontrolliert und überwacht.

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 Beschaffung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie von Medizinprodukten ist schriftlich festgelegt. Die Arzneimittelbelieferung der Kliniken Dr. Erler gGmbH erfolgt durch eine Versorgungsapotheke. Neu einzuführende Pflegehilfsmittel werden vor der Kaufentscheidung durch qualifiziertes Fachpersonal getestet. Qualität und anwenderfreundliches Handling rangieren vor betriebswirtschaftlichen Aspekten. Hygienische Gesichtspunkte und Arbeitsschutzaspekte werden bei der Beschaffung neuer Produkte generell berücksichtigt.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Die Anordnung der Medikamente erfolgt durch die behandelnden Ärzte. Die Pflegekräfte stellen die Medikamente für die Patienten bereit. Auf allen Stationen sind die häufig eingesetzten Arzneimittel gemäß Arzneimittelliste vorrätig. Die Arzneimittelliste wird im Rahmen der halbjährlich stattfindenden Arzneimittelkommission anhand neuester Fachinformationen geprüft und aktualisiert. Sonder- oder Notfalleinrichtungen werden telefonisch bei der Zulieferapotheke bestellt. Durch die 24-stündige Bereitschaft ist die lückenlose Versorgung sichergestellt.

3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten

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

Ein Qualitätsmanagementsystem zum Umgang mit Blut und Blutprodukten ist eingerichtet. Eine Transfusionsmedizinische Dienstanweisung regelt die Anwendung von Fremdblut und Blutbestandteilen gemäß den gesetzlichen Vorgaben. Die Chefarztin der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin ist Transfusionsverantwortliche. Jede Fachdisziplin verfügt über einen geschulten Transfusionsbeauftragten. Die Kliniken Dr. Erler gGmbH verfügt über eine Eigenblutambulanz mit arzneimittelrechtlicher kleiner Herstellungserlaubnis für Eigenblut.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Nach Vorgabe der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) werden alle Mitarbeiter vor der ersten Inbetriebnahme eines Medizingeräts durch einen gerätekundigen Mitarbeiter geschult. Medizinprodukteverantwortliche und Medizinproduktebeauftragte sind in allen Fachdisziplinen benannt. Die Einweisungen der Anwender technischer Medizingeräte werden dokumentiert und von der Medizintechnik in die EDV (MT-Data-Programm) eingepflegt. Ein Verzeichnis über alle in der Klinik angewendeten technischen Medizinprodukte ist in der EDV hinterlegt.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Die Kliniken Dr. Erler gGmbH befindet sich in der letzten Umbau- und Renovierungsphase. Energie- und wassersparende Maßnahmen werden umgesetzt. Eine Gebäudeleittechnik regelt die Anlagen. Eine Ausstattung mit Rückgewinnungssystemen ist erfolgt. Generell werden wassereinsparende Geräte und Anlagen eingebaut. Richtlinien zur Abfallentsorgung liegen vor. Der Abfallbericht wird jährlich erstellt und kann im Verwaltungsbericht eingesehen werden. Die Abfälle Glas, Holz, Papier werden einzeln ermittelt, ein Vergleich mit den letzten Jahren ist leicht möglich.

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.

Hausinterne Regelungen zur ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Dokumentation sowie zur Zusammenführung und Archivierung von Patientenakten sind vorhanden. Der lückenlose, systematische und übersichtliche Nachweis aller durchgeführten Maßnahmen und erhobenen Befunde ist gewährleistet. Alle am Behandlungsprozess Beteiligten nutzen ein einheitliches Dokumentationssystem. Vor der Archivierung wird jede Patientenakte auf Vollständigkeit überprüft. Seit 2002 sind Arztbriefe, OP-Berichte, Befunde etc. auch in der elektronischen Patientenakte erfasst.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Nur eine kontinuierliche und zeitnahe Aufzeichnung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen durch alle an der Behandlung Beteiligten ermöglicht eine nachvollziehbare Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Therapie. Ein einheitliches Dokumentationssystem und einheitlich strukturierte Patientenakten sorgen für Übersichtlichkeit und ermöglichen ein schnelles Auffinden der benötigten Daten. Eine Überprüfung und Ergänzung der Dokumentation erfolgt in den täglichen Visiten und interdisziplinären Besprechungen.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Die elektronische Patientenakte gewährleistet befugtem Klinikpersonal zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die relevante Patientendokumentation wie Arztbriefe, OP-Berichte, Endoskopiebefunde. Während des stationären Aufenthaltes ist außerdem die schriftliche Patientendokumentation auf der Station zugänglich. Nach Entlassung werden die Patientenakten im Archiv mit Hilfe eines Archivierungsprogramms registriert. Der Zugang zu notwendigen Akten ist zeitnah und für berechtigte Mitarbeiter jederzeit gewährleistet.

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.

Wichtige Kommunikationsmedien sind Intranet und e-mail. Regelmäßige und geplante Sitzungen finden in allen Bereichen der Klinik statt. Qualitätssichernde Gremien und Stabsstellen sind in die Kommunikation eingebunden. Auf allen Stationen finden tägliche Visiten und bei jedem Schichtwechsel Übergabegespräche des Pflegedienstes statt. Die täglichen Frühbesprechungen des ärztlichen Dienstes, die in allen Fachdisziplinen abgehalten werden, dienen der aktuellen Information über Patienten und anstehende Maßnahmen.

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 für Patienten, Angehörige und Besucher stehen die Mitarbeiter des Informationsschalters in der Eingangshalle von Mo - Fr 06:00 Uhr - 21:00 Uhr und Sa - So 10:00 Uhr - 18:00 Uhr bereit. Außerhalb dieser Zeiten übernimmt der 24-Std. Schalter in der Notfallambulanz die Funktion als generelle Anlaufsstelle. Aktuelle Telefonlisten, Dienstpläne und das Krankenhausinformationssystem mit allen erforderlichen Informationen zu Patientendaten stehen unseren Mitarbeitern zur Verfügung.

4.2.3 Information an die Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Die Kliniken Dr. Erler gGmbH informiert ihre Patienten, deren Angehörige, die niedergelassenen Fach- und Hausärzte sowie die interessierte Öffentlichkeit über Klinik-Infolyer, Newsletter, Pressemitteilungen und das Internet unter www.erler-klinik.de. Seit Juli 2004 bietet die Klinik als erstes Krankenhaus im Raum Nürnberg ihren stationär versorgten Patienten einen hauseigenen kostenlosen Fernsehkanal, den Klinik-Info-Kanal, der tagesaktuell informiert, in informativen Kurzfilmen rund um das Thema Gesundheit aufklärt und mit Spielfilmen unterhält.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

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

Ein unbefugter Zugriff auf Patientendaten von außen ist nicht möglich, da das EDV-System durch eine Firewall geschützt ist. Für Mitarbeiter besteht ein im Krankenhausinformationssystem hinterlegtes, hierarchisch geordnetes Rollenkonzept, das den Mitarbeitern Zugriffsrechte auf Patientendaten gemäß Funktion, Abteilungszugehörigkeit und Aufgabe zuweist. Jeder Mitarbeiter verpflichtet sich bei seiner Einstellung schriftlich in einer Verpflichtungserklärung zur Wahrung des Datengeheimnisses.

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.

Das Krankenhausinformationssystem iSoft ProSight wurde kontinuierlich aufgebaut, erweitert und ergänzt. Heute stehen unseren Mitarbeitern 187 Bildschirmarbeitsplätze mit direktem Zugriff auf das Krankenhausinformationssystem und 116 Drucker zur Verfügung. EDV-gestützt erfolgen derzeit unter anderem alle Laboranforderungen und -befundungen, die Terminvergabe für Wahleingriffe, die Dienstplangestaltung fast aller Bereiche, die Aufnahme der Menüwünsche beim Patienten und die Archivverwaltung.

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.

Die Kliniken Dr. Erler gGmbH hat ein zentrales Leitbild entwickelt, das im Foyer der Klinik für alle sichtbar aushängt. Das Leitbild beinhaltet Visionen, Werte und langfristige Ziele für den Umgang der Klinik mit Patienten, Mitarbeitern, Außenwelt und Kunden und legt die Basis für die Identifikation der Mitarbeiter mit ihrer Klinik. Das Leitbild ist für alle Hierarchieebenen und Berufsgruppen tätigkeitsleitend und grundlegend für ein kooperatives Miteinander zum Wohle des Patienten.

5.2 Zielplanung

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

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

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

Die Zielplanung für die Dr. Erler Kliniken gGmbH entstand anhand des Leitbilds und der Zukunftsausrichtung unserer Klinik und enthält Grundaussagen zur Patientenorientierung und zum medizinischen Leistungsangebot. Konkrete Qualitätsziele waren z.B. der Einstieg in die Integrierte Versorgung und der Ausbau der Gelenkersatz-Operationen. Die Ziele wurden erreicht durch Abschluss von zwei Verträgen zur Integrierten Versorgung mit der Barmer Ersatzkasse und der DAK sowie der Zulassung von Belegärzten in der Fachabteilung Orthopädie ab 01.01.2005.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die Organisationsstruktur der Kliniken Dr. Erler gGmbH ist in einem Organigramm dargestellt. Es zeigt die Zuständigkeiten unter Benennung der aktuellen Funktionsträger und wird jährlich durch den Verwaltungsleiter aktualisiert. Die Bekanntgabe erfolgt im Rahmen des jährlich erscheinenden Verwaltungsberichtes, der sowohl an die Vertreterorgane des Trägers, Stiftungsrat u. Stiftungsvorstand der Dr. Erler Stiftung als auch an alle Abteilungen und Bereiche für die Mitarbeiter zur Einsicht ausgegeben wird.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Der Finanzplan der Kliniken Dr. Erler gGmbH wird jährlich fortgeschrieben. Basis sind die finanziellen Ergebnisse und die Leistungsvereinbarungen aus den Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern sowie der Bedarf für Neuinvestitionen und Ersatzbeschaffungen. Unser Leitbild gibt hohe Qualität in der Leistungserbringung bei wirtschaftlicher Betriebsführung vor und fordert unsere Mitarbeiter zu sorgsamem Umgang mit den Ressourcen auf. Die Kliniken Dr. Erler gGmbH nimmt am Kalkulationsprojekt der InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH) teil.

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.

In der Kliniken Dr. Erler gGmbH ist die Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen effektiv und eindeutig geregelt. Gesetzliche Vorgaben, Geschäftsordnungen und Dienstanweisungen sind die Grundlage der Zusammenarbeit. Die Leitungsgremien tagen regelmäßig. Ein durchgängiges Protokollwesen, klare Ergebnisweitergabe und Überprüfung der Umsetzung von Maßnahmen gewährleisten einen hohen Grad an Zielerreichung.

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 Kliniken Dr. Erler gGmbH wird durch einen hauptamtlichen Geschäftsführer und die Krankenhausbetriebsleitung geleitet. Die Aufgabenverteilung und Verantwortlichkeiten innerhalb der Krankenhausbetriebsleitung sind gemäß der Geschäftsordnung geregelt. Die Krankenhausbetriebsleitung tagt monatlich mit Tagesordnung und Protokoll; der Geschäftsführer nimmt an den Sitzungen teil. Die Mitglieder der Krankenhausbetriebsleitung sind in den wesentlichen Leitungsgremien und Kommissionen vertreten und stellen dadurch die Informationsweitergabe sicher.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

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

Die regelmäßige Information von Geschäftsführer und Krankenhausbetriebsleitung erfolgt über festgelegte Regelkommunikationen und strukturiertes Berichtswesen. Da die Kliniken Dr. Erler gGmbH am Kalkulationsprojekt des InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH) teilnimmt, sind die Berichte und Kalkulationen entsprechend detailliert. Im Rahmen der Einführung eines Riskmanagements führte die Gesellschaft für Risikoberatung (GRB) eine Risikoanalyse durch und entwickelte gemeinsam mit der Klinikleitung Strategien zur Vermeidung von Schadensfällen.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Das Leitbild verpflichtet alle Mitarbeiter zu gegenseitigem Respekt und Achtung sowie alle Vorgesetzten zur Führung durch Vorbild. Die Planung und Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen erfolgt in enger Zusammenarbeit mit der Mitarbeitervertretung. Strukturierte Besprechungen, Einzelgespräche und Betriebsausflüge fördern das Verständnis und die Zusammenarbeit zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern. Wichtige Mitteilungen erhalten unsere Mitarbeiter über abteilungsinterne oder interdisziplinäre Besprechungen, über Rundschreiben und Intranet.

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 Bedürfnisse und Einstellungen werden respektiert und gewürdigt. Es sind zwei Seelsorger christlicher Kirchen im Haus tätig. Die Krankenhausseelsorge berät und unterstützt die therapeutischen Teams bei ethischen Fragestellungen. Die Einrichtung einer Ethikgruppe ist in Vorbereitung.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Unsere Mitarbeiter wahren einen würdevollen Umgang mit sterbenden Patienten und tragen religiösen und kulturellen Bedürfnissen Rechnung. Die evangelische und katholische Klinikseelsorge begleitet auf Wunsch Sterbende und Angehörige konfessionsunabhängig durch tröstende Worte, intensive Gespräche, Abendmahl und Segnung. Der Konsiliardienst der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin steht allen Fachdisziplinen zur Unterstützung einer individuellen und adäquaten Schmerztherapie sterbender Patienten zur Verfügung.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Der pietätvolle Umgang mit Verstorbenen ist in dem Standard "Versorgung von Verstorbenen" geregelt. Ziele sind, die Wünsche der Verstorbenen zu respektieren, einen würdevollen Abschied der Angehörigen und des pflegenden Personals zu ermöglichen sowie die Abholung durch das Beerdigungsinstitut vorzubereiten. Den Angehörigen wird im Zimmer auf der Station Zeit gegeben, in Ruhe Abschied zu nehmen. Die Seelsorge bietet für alle Angehörigen konfessionsunabhängig Trauerbegleitung an. Alle Mitarbeiter, die den Patienten betreut haben, stehen für Gespräche zur Verfügung.

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.

Im Leitbild hat die Kliniken Dr. Erler gGmbH das Streben nach ständiger Verbesserung verankert. Dazu wurde ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem eingeführt, das alle Klinikbereiche mit einbezieht. Die gemeinsame Qualitätspolitik ist durch strukturierte Vorgaben (Leitbild, Qualitätsziele) und durch die geschaffenen Strukturen (Lenkungsgremium, Prozesseigner) gewährleistet. Geschäftsführung und Krankenhausbetriebsleitung sind im Lenkungsgremium eingebunden, das über alle Aktivitäten des Qualitätsmanagements entscheidet.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Die übergeordneten Zielsetzungen der Kliniken Dr. Erler gGmbH sind im Leitbild formuliert und dargestellt. Daraus abgeleitet werden die Qualitätsziele. Im Mittelpunkt stehen Patientenorientierung und ständige Verbesserung der Patientenversorgung, die Optimierung der Arbeitsabläufe, die Mitarbeiterorientierung und Bildung einer Corporate Identity, die Kooperation mit anderen Leistungserbringern und die Wirtschaftlichkeit der Klinik. Grundsätzlich dienen alle Projektgruppenarbeiten und Verbesserungsmaßnahmen zur Erreichung von Qualitätszielen.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Die Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems ist als Führungsaufgabe definiert. Verantwortlich für die Implementierung und Weiterentwicklung ist das Lenkungsgremium, das aus Geschäftsführung, Krankenhausbetriebsleitung und gewählten Vertretern besteht. Die Qualitätsmanagementbeauftragte koordiniert mit Unterstützung durch die Projektgruppe Zertifizierung alle Aktivitäten. Für die Prüfung und Optimierung der Organisationsabläufe sind Prozesseigner benannt. Jeder Mitarbeiter trägt durch die Qualität seiner Arbeit zur Umsetzung der Qualitätsziele bei.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Die interne Qualitätssicherung erfolgt durch tägliche Visiten, interdisziplinäre Besprechungen und zielgerichtete Projektgruppenarbeit. Zahlreiche Gremien und Kommissionen sind eingerichtet, Sonderbeauftragte benannt. Handbücher, Standards und Verfahrensanweisungen zur Regelung der Organisationsabläufe sind erstellt. Fehler-Ursachen-Analysen erfolgen auf der Basis der Arbeitsprozesse durch jeden Prozesseigner. Ein Meldewesen für unerwünschte Ereignisse ist eingeführt.

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

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

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben.

Die Kliniken Dr. Elerer gGmbH nimmt an allen gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung (§137 SGB V) teil. Die Qualitätssicherungsbögen werden automatisch EDV-gestützt erstellt und zeitnah im Programm ausgefüllt. Der Datenexport an die BAQ (Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung) erfolgt quartalsweise. Die Klinik beteiligt sich am Kalkulationsprojekt der INEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH).

6.3.2 Nutzung von Befragungen

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

Befragungen von Patienten, Mitarbeitern und einweisenden Ärzten sind ein wichtiges Instrument für ein effizientes Qualitätsmanagement und sollen künftig regelmäßig genutzt werden. Eine umfassende repräsentative Patientenbefragung nach dem Leitfaden der KTQ fand 2002 statt. Der Rücklauf betrug 60,5%. Aus den Ergebnissen wurden Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenorientierung und -versorgung abgeleitet. Für die niedergelassenen Ärzte hat die Klinik einen regelmäßigen Newsletter eingerichtet, der auch Möglichkeit zur Kontaktaufnahme und Meinungsäußerung bietet.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

In der Kliniken Dr. Eler gGmbH ist eine Beschwerdemöglichkeit eingerichtet. Patienten können Wünsche, Lob und Beschwerden mit Hilfe eines strukturierten Formulars, dem Patientenecho äußern. Dieses liegt in allen Patientenzimmern aus. Bei Beschwerden erhalten stationäre Patienten innerhalb von 24 Stunden Antwort, bereits entlassene Patienten innerhalb von 7 Tagen. Die Formulare werden zeitnah bearbeitet; quartalsweise erfolgt eine statistische Auswertung, um generelle Verbesserungspotentiale zu identifizieren. Die Geschäftsführung erhält die Auswertung.