



Waldburg-Zeil
Kliniken



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: Klinik Tett nang GmbH

Institutionskennzeichen: 260840610

Anschrift: Emil-Münch-Str. 16
88069 Tett nang

Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2007 – 0021 K

durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle: LGA InterCert GmbH

Datum der Ausstellung: 15.03.2007

Gültigkeitsdauer: 14.03.2010

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Einleitung	5
Basisteil	7
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	7
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	16
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	31
C Qualitätssicherung	35
C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	35
C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	36
C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)	36
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V	36
Systemteil	37
D Qualitätspolitik	37
E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	38
F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	41
G Weitergehende Informationen	43
H Ausstattung	44
Die KTQ-Kriterien beschrieben von der Klinik Tettngang GmbH	48
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	48
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	54
3 Sicherheit im Krankenhaus	58
4 Informationswesen	63
5 Krankenhausführung	66
6 Qualitätsmanagement	69

Vorwort der KTQ[®]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wir freuen uns, dass die Waldburg-Zeil Klinik Tett nang GmbH mit diesem Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich seines Leistungsspektrums, seiner Leistungsfähigkeit und seines Qualitätsmanagements vermitteln kann.

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

Dr. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

H.-Theo Riegel

Für die Spitzen-
verbände der Krankenkassen

Dr. M. Walger

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller

Für den Deutschen Pflegerat

Einleitung

In guten Händen...



Gesundheit ist unser höchstes Gut. Ist sie angeschlagen, kann unser Leben aus dem Tritt geraten. Wir helfen Ihnen dabei, in einer schwierigen Situation alle Kräfte zu mobilisieren, wieder Mut zu fassen und neue Perspektiven zu sehen. Nicht immer vermögen wir vollständig zu heilen. Was wir Ihnen aber in jedem Fall versprechen können, ist Zuwendung, Linderung und eine sehr gute Versorgung.

Unsere Klinik in Tett nang ist ein Krankenhaus der Regelversorgung mit den Hauptabteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie und Gynäkologie mit Geburtshilfe sowie den Belegabteilungen Urologie und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.

In Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten werden auch Operationen am Auge sowie neurochirurgische Operationen in der Klinik durchgeführt.

Sie dürfen von uns mehr erwarten als die Leistungen eines Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung. Wir bieten in unseren interdisziplinären Behandlungszentren in den Bereichen Diabetes, Orthopädie, Urologie, Gynäkologie und Innere Medizin ein breites Spektrum an Leistungen für eine ganzheitliche Untersuchung und Therapie.

Wir betreuen jährlich über 6000 Patienten stationär und über 10500 Patienten ambulant. Unser Ziel ist es, unseren Patienten durch präzise Diagnostik, zielgerichtete Therapie und erstklassige Pflege sowie persönliche Fachgespräche zur Gesundung und damit zu einer höheren Lebensqualität zu verhelfen. Dies geschieht ganz wesentlich durch die anerkannt hohe Kompetenz, Spezialisierung und Erfahrung unserer Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten. Unsere besondere Stärke liegt in der engen Kooperation der Teams der Fachabteilungen. Der freundliche, harmonische Umgang untereinander und die Fürsorge gegenüber den Patienten sind Voraussetzung dafür, dass Vertrauen wachsen kann. Und Vertrauen ist wiederum die Basis für medizinischen Erfolg.

Die hohe fachliche Kompetenz geht immer einher mit menschlicher Zuwendung. Unser Leitspruch "In guten Händen" trifft diese Philosophie auf den Punkt. Die Wiederherstellung bzw. die Besserung des Gesundheitszustandes unserer Patienten ist das Bestreben aller Mitarbeiter unserer Klinik. Jeder Patient soll sich von Anfang und bis zur Entlassung bei uns wohl fühlen.

Unsere Spezialgebiete und Schwerpunkte:

- Innere Medizin
- Behandlungszentrum Diabetes mellitus Typ 1, Typ 2 (DDG)
- Behandlungszentrum Diabetischer Fuß ambulant und stationär (DDG)
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Zentrum für Urogynäkologie
- Visceral- und Gefäßchirurgie
- Interdisziplinäres Bauchzentrum
- Operative Orthopädie, Endoprothetik und Unfallchirurgie
- Anästhesie
- Urologie
- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Interdisziplinäres Kontinenzzentrum
- Ambulante Notfallversorgung

Die Strukturdaten des - Klinik Tett nang GmbH

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

Emil-Münch-Str. 16
88069 Tett nang
info@klinik-tett nang.de
www.klinik-tett nang.de
www.wzk-portal.de

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

260840610

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Waldburg-Zeil Kliniken GmbH &

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

Regelversorgung

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

ja nein

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

ja nein

A-1.4.1 Arbeiten sonstige Einrichtungen mit dem Krankenhaus zusammen wie

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

- A-1.4.2 Gibt es an Ihrem Krankenhaus
 eine Krankenpflegeschule
 eine Kinderkrankenpflegeschule
 eine Krankenpflegehilfeschule
- A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag
31.12. des Berichtsjahres)
- 185
-
- A-1.5.1 Anzahl der Betten für den Maßregelvollzug¹
- 0
-
- A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:
- | | |
|------------------------|--------------|
| Stationäre Patienten: | <u>5934</u> |
| Ambulante Patienten: | <u>10691</u> |
| Davon Privatpatienten: | <u>0</u> |

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

A-1.7 A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl ¹ der Betten	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)*	Poliklinik/Ambulanz ja (j) / nein(n)	Notfallaufnahme vorhanden? ja(j) / nein (n)
0100	Innere Medizin		70	1757	HA	Ja	Ja
1500	Allgemeine Chirurgie		65	1872	HA	Ja	Ja
2200	Urologie		6	283	BA	Nein	Nein
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe		40	1835	HA	Ja	Ja
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde		4	187	BA	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	P67	Normalgewichtiges Neugeborenes u. dessen medizinische Versorgung	461
2	O60	Normale vaginale Entbindung	340
3	F62	Herzversagen und Schock	135
4	O01	Kaiserschnittentbindung	130
5	I20	Korrekturoperationen am Fuß (Hallux-Operationen)	123
6	I48	Einbau einer Endoprothese am Hüftgelenk	116
7	N23	Urogynäkologische Operationen	113
8	N04	Gebärmutterentfernung (Hysterektomie mit Vorder- u. Hinterwandplastik)	110
9	I44	Einbau einer Endoprothese am Kniegelenk	94
10	H14	Entfernung der Gallenblase laparoskopisch (Cholezystektomie)	90
11	G24	Operation Bauchwand- Narben- oder Leistenbruches	86
12	J62	Behandlung u. Operationen bei Brustkrebs	86
13	N06	Wiederherstellungsoperationen an den weiblichen Genitalorganen	86
14	K12	Eingriffe an der Schilddrüse/Nebenschilddrüse (Strumektomie)	72
15	E77	Lungenentzündung und Infektionen der Atmungsorgane	69
16	G67	Erkrankungen am Magen/Darm (Ösophagitis/Gastroenteritis)	68
17	F67	Bluthochdruck (Hypertonie)	66
18	K60	Diabetes mellitus	64
19	F73	Bewusstlosigkeit und Synkope	63
20	I13	OP`s am Oberarmknochen, Schien-Wadenbein, Sprunggelenk	62
21	G18	Komplexe Eingriffe am Dick- Dünndarm	59
22	G23	Blinddarmoperation ohne Perforation (Appendektomie)	58
23	M01	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann	56
24	F71	weniger schwere Arrhythmien und Erregungsleitungsstörungen	55
25	I21	Metallentfernung am Oberschenkel oder Hüfte	55
26	I23	Metallentfernung an anderen Knochen	55
27	E65	Chronische Bronchitis	53
28	M02	Operation einer vergrößerten Prostata durch die Harnröhre	56
29	D06	Eingriffe an Nasennebenhöhlen und Mittelohr	52
30	L20	Operationen an den Harnorganen	51

A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte

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

Unsere Spezialgebiete und Schwerpunkte:

- Innere Medizin
 - Behandlungszentrum Diabetes mellitus Typ 1, Typ 2 (DDG)
 - Behandlungszentrum Diabetischer Fuß ambulant und stationär (DDG)
 - Gynäkologie und Geburtshilfe
 - Zentrum für Urogynäkologie
 - Visceral- und Gefäßchirurgie
 - Interdisziplinäres Bauchzentrum
 - Operative Orthopädie, Endoprothetik und Unfallchirurgie
 - Anästhesie
 - Urologie
 - Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
 - Interdisziplinäres Kontinenzzentrum
 - Ambulante Notfallversorgung
-

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung

ja nein

A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Ambulante Operationen nach § 115b SGB V:

- Gynäkologie:
- Abortabrasio
- Messerkonisation
- Kondylom- Abtragung
- Mamma- PE
- Frakt. Abrasion und Hysteroskopie
- Elektrokonisation
- Marsupialisation einer Bartholin- oder Vaginalzyste
- Exzision von Lymphknoten
- Laparoskopie einschließlich Exzision
- Chirurgie:
- Leisten und Schenkelhernie
- Nabel- oder Mittellinienhernie
- Nabel / Mittelhernie mit Muskel und / oder Faszienschiebeplastik
- Eingeklemmte Leisten / Schenkel / Nabelhernie
- Exstirpation / subfasziale Ligatur Seitenvarizen 1
- Exstirpation / subfasziale Ligatur Seitenvarizen 2 und weitere
- Crossektomie und / oder Exstirpation Vena saphena parva
- Crossektomie und / oder Exstirpation Vena saphena magna
- Anlage arterio- venöser Shunts zur Hämodialyse
- Entfernung arterio- venöser Shunts zur Hämodialyse
- Vollständige Exzision Pilonidalsinus
- Erweiterung Mastdarmschließmuskel
- OP Analfissur
- OP von submukösen perianalen Fisteln
- Exzision Hämorrhoidalknoten
- Diabetische Fußbehandlung
- Unfallchirurgie:
- Arthroskopie Knie
- Metallentfernungen
- Schnittverletzungen
- Sehnennaht an der Hand

Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte § 116 SGB V

- Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut, ausschließlich im Zusammenhang mit der Bronchoskopie.
- Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut
- Bronchoskopie
- Entfernung von Fremdkörpern aus Ösophagus, Magen oder Duodenum
- Endoskopische Sklerosierungsbehandlung und / oder Ligatur bei Varizen oder Ulzerationen im Bereich des oberen Gastrointestinaltraktes
- Endoskopische Sondierung der Papilla Vateri mit Einbringung von Kontrastmittel.
- Papillotomie
- Platzierung oder Entfernung einer Drainage in den Gallen- oder Pankreasgang
- Kurative Koloskopie
- Dünndarmuntersuchung/Darstellung mittels Sonde u. Kontrastmittel (nach Sellink)
- Behandlung des diabetischen Fußes
- Konsiliarische Beratung und konsiliarische Behandlung in schwierigen Fällen in den Schwerpunkten der Visceral- und Gefäßchirurgie.
- Durchführung von Implantationen von Portsystemen und venösen Katheterverweilsystemen zur Chemotherapie und parenteralen Ernährung
- Konsiliarische Beratung und konsiliarische Behandlung in schwierigen Fällen im Gebiet der Unfallchirurgie und speziellen orthopädischen Chirurgie.
- Chirurgische Untersuchungen und Behandlungen im Gebiet der Unfallchirurgie sowie im Gebiet der Orthopädie.

A-2.0

Durchgangsarztverfahren

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

Chirurgie

Besteht die Zulassung zum Verletzungsartenverfahren der Berufsgenossenschaft
 ja nein

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung	Vorhanden	Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	Apparate- gemeinschaft
Computertomographie	Ja	Ja	In Kooperation mit anderem Kranken- haus
Magnetresonanztomographie	Ja	Ja	In Kooperation mit anderem Kranken- haus
Herzkatheterlabor	Ja	Ja	In Kooperation mit anderem Kranken- haus
Szintigraphie	Ja	Nein	In Kooperation mit anderem Kranken- haus
Positronenemissionstomographie	Nein	Nein	
Elektronenzephalogramm	Nein	Nein	
Angiographie	Nein	Nein	
Schlaflabor	Nein	Nein	
Kernspin	Nein	Nein	
Sonographie	Ja	Ja	
Röntgen	Ja	Ja	
Broncho-/Endoskopie	Ja	Ja	
Echoskopie/TEE	Ja	Ja	
Mikrobiologie	Nein	Nein	

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Therapeutische Möglichkeit	Vorhanden	Apparatgemeinschaft
Physiotherapie	Ja	
Bewegungsbad	Nein	
Balneophysikalische-Therapie	Nein	
Dialyse	Ja	In Kooperation mit niedergelassenem Institut
Logopädie	Ja	In Kooperation mit niedergelassenem Institut
Ergotherapie	Nein	
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
- Pflgetelefonberatung
- Hospizeinrichtungen bzw. eine Palliativpflege
- Mutter-Kind-Behandlung

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Innere Medizin

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

In der Inneren Abteilung wird im Rahmen der Grundversorgung das komplette Spektrum internistischer Erkrankungen aus allen Teilgebieten behandelt. Außerdem werden Patienten mit neurologischen Krankheitsbildern aufgenommen. Für Notfälle steht eine modern ausgestattete Intensivstation zur Verfügung. Diagnostik und Therapie erfolgen ausnahmslos auf Basis wissenschaftsorientierter Inneren Medizin (evidence based medicine).

Der Abteilung obliegt die Organisation und ärztliche Besetzung des am Krankenhaus stationierten Notarztwagens.

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

- Diagnostik und Therapie gastroenterologischer Erkrankungen
 - Alle Verfahren der diagnostischen u. interventionellen Endoskopie des oberen u. unteren Verdauungstraktes sowie der Gallenwege (ERCP inkl. Steinextraktionen u. Stent-Implantationen)
 - Diagnostische Bronchoskopie
 - Interdisziplinäres Zentrum für Erkrankungen der Bauchorgane zusammen mit der Chirurgischen Abteilung des Hauses
 - DDG-zertifizierte Behandlung und Schulung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 (alle Therapieverfahren inkl. Insulinpumpe). Betreuung von schwangeren Diabetikerinnen in Zusammenarbeit mit der Gynäkologischen Abteilung des Hauses
 - DDG-zertifizierte interdisziplinäre Behandlung von diabetischen Fußkomplikationen, sowohl für den stationären wie auch für den ambulanten Bereich mit modernem Wundmanagement inkl. Einsatz biochirurgische Verfahren u. Vakuumbehandlung.
 - Allgemeine und spezielle Ernährungsmedizin, insbesondere Adipositasbehandlung
 - Diagnose und Therapie von Herz- Kreislauferkrankungen sowie spezifischer kardiovaskulärer Risikofaktoren. Moderne Farbdopplerultraschallgeräte inkl. Ösophagusechokardiographie (TEE), hämodynamische Kreislaufüberwachung, Elektrotherapie von Herzrhythmusstörungen (Kardioversion u. Herzschrittmacher) stehen zur Verfügung.
 - Inkontinenz-Behandlung in Zusammenarbeit mit den Abteilungen für Chirurgie, Gynäkologie und Urologie.
-

B-1.4

Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

- Ambulanz (Privat- und Kassenermächtigung) mit hoher Frequenz endoskopischer Untersuchungen und Interventionen.
 - Diabetologische Fußambulanz (Privat- und Kassenermächtigung) in Kooperation mit einem Orthopädienschuhmacher und einer Praxis für Podologie.
 - Kooperation mit dem Herzkatheterlabor des Klinikum Friedrichshafen (24h-Bereitschaft) sowie mit der kardiologischen Gemeinschaftspraxis Ravensburg. Eine zeitgerechte NAW-Transportlogistik ist durch den abteilungseigenen Notarzdienst gewährleistet.
 - Hämatologisch/onkologische Zusammenarbeit mit der Internistischen Gemeinschaftspraxis Friedrichshafen.
 - Durchführung von Akut-Dialysen in Kooperation mit der Dialyse-Praxis Friedrichshafen.
 - Regelmäßige Informationsveranstaltungen für Patienten mit den Schwerpunkten Gesundheitsschulung, Adipositas und Diabetes in Kooperation mit externen Referenten sowie Durchführung u. Organisation von Diabetikertagen u. Insulinpumpenforen.
 - Ärztliche Betreuung von mehreren Selbsthilfegruppen einschl. einer speziellen Diabetiker-Sportgruppe.
 - Hausinterne Fortbildungsveranstaltungen sowie für niedergelassene Ärzte teilweise mit externen Referenten oder in Zusammenarbeit mit der Pathologischen Gemeinschaftspraxis Friedrichshafen (Fallseminare). Vortragstätigkeiten auf medizinischen Kongressen.
 - Regelmäßige geriatrische Konsiliartätigkeit durch den geriatrischen Dienst des Landkreises.
 - Zeitnahe Planung und Organisation von Reha-Maßnahmen / AHB / Übergangs- u. ambulanter Pflege durch den Sozialen Dienst des Hauses.
 - Notfallversorgung über 24 Std.
-

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	F62	Herzversagen und Schock	135
2	E77	Entzündungen / Infektionen der Atemwege	69
3	F67	Behandlung von Bluthochdruck (Hypertonie)	66
4	K60	Erkrankungen mit Diabetes mellitus	64
5	F73	Bewusstlosigkeit und Kollaps	63
6	G67	Verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	58
7	F71	Herzrhythmus- und Erregungsstörungen	55
8	E65	Chronische Bronchitis	53
9	G48	Spiegelung des Dickdarmes (Koloskopie)	43
10	V60	Behandlung akuter Alkoholvergiftung und Entzug	39

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

Rang	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	I50	136	Herzmuskelschwäche
2	E11	84	Diabetes mellitus Typ II
3	J18	68	Lungenentzündung
4	R55	64	Bewusstlosigkeit und Kollaps
5	I10	62	Bluthochdruck
6	F10	61	Psychische Verhaltensstörung durch Alkohol
7	I20	54	Angina pectoris
8	J44	54	Chronische Bronchitis und Emphysem
9	I48	46	Herzrhythmusstörungen rechter Vorhof (Vorhofflattern/-flimmern)
10	I21	45	Akuter Herzinfarkt (Myokardinfarkt)

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

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	8930	231	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf
2	1632	184	Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm
3	1650	118	Spiegelung des Dickdarmes
4	5893	71	Chirurgische Wundtoilette / Behandlung
5	8984	68	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
6	8390	56	Behandlung durch spezielle Lagerung
7	3220	27	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel
8	8800	26	Übertragung von Blut, Blutbestandteilen
9	3200	25	Computertomographie des Schädels
10	8831	17	Legen eines zentralen Venenkatheters

B-1.1 **Allgemeine Chirurgie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Visceral- und Gefäßchirurgie

- Eingriffe am Dickdarm bei gut- und bösartigen Erkrankungen
- Eingriffe an Magen und Darm
- Operationen an der Gallenblase und den Gallenwegen
- Hernien-Eingriffe
- MIC-Verfahren (Knopflochchirurgie)
- Schilddrüsenoperationen
- Krampfaderchirurgie
- Implantationen von venösen Port- u. Kathetersystemen zur Chemotherapie u. parenteralen Ernährung
- Behandlung des chronischen Beingeschwürs (Ulcus cruris)
- Behandlung des diabetischen Fußes in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit den Abteilungen Innere Medizin und Orthopädie
- Interdisziplinäres Bauchzentrum
- Ambulantes Operieren

Orthopädie

- Hüftendoprothetik und Wechsel
 - Knieendoprothetik und Wechsel
 - Schulterendoprothetik und Wechsel
 - Arthroskopische Operationen an Knie- und Schultergelenk (inkl. Kreuzband- u. Schulterverfahren)
 - Alle klassischen orthopädische Eingriffe wie Umstellungsosteotomien, Arthrodesen, Fußkorrekturen, Kreuzbandoperationen, Schultereingriffe, Schulterstabilisierungsoperationen
 - Gesamte Traumatologie des Bewegungsapparates
 - Wirbelsäulenchirurgie
 - Eigenblutspende
 - Ambulantes Operieren
-

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Visceral- und Gefäßchirurgie

- Interdisziplinäres Bauchzentrum mit abgestimmten Behandlungsprozessen im Bereich von Magen-, Darm u. Gallenerkrankungen mit der Inneren Abteilung
- Minimalinvasive Chirurgie im Bereich
 - Gallenblasenoperationen
 - Leistenbruchoperationen
 - Blinddarmoperationen
 - Tumoroperationen im Magen- Darmbereich
- Strumaoperationen
- Varizenoperationen

Orthopädie

- Implantation von Gelenkprothesen am Hüft-, Knie- u. Schultergelenk
 - Computerunterstützte Navigation beim Einbau von Hüft- u. Kniegelenken
 - Oberflächenersatzprothese am Hüftgelenk bei jüngeren Patienten (McMinn)
 - Wechseloperationen am Hüft-, Kniegelenk bei Lockerung
 - Integrierte Versorgung beim Einbau/Wechsel von Kunstgelenken an Hüfte und Knie mit abgestimmten Behandlungskonzepten mit der Rehaklinik "Klinik am Hofgarten" in Bad Waldsee oder auf Wunsch mit anderen Waldburg-Zeil Rehakliniken für Versicherte der DAK und BKK.
 - Fußkorrekturen
-

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

- Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:
 - Spezialsprechstunden Endoprothetik
 - Spezialsprechstunden Varizenchirurgie
 - Notfallversorgung über 24 Stunden
 - Berufsgenossenschaftliches Behandlungsverfahren (Durchgangsarzt-Zulassung)
 - Durchführung von Gutachten
 - Teilnahme an Qualitätssicherungsverfahren
-

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	I20	Eingriffe/Korrekturen am Fuß (Hallux-Operationen)	122
2	I48	Einbau einer Endoprothese am Hüftgelenk	119
3	I44	Einbau einer Endoprothese am Kniegelenk	100
4	H14	Entfernung der Gallenblase laparoskopisch	90
5	G24	Eingriffe bei Leistenbrüchen	85
6	K12	Eingriffe an der Schilddrüse und Nebenschilddrüse	72
7	I13	Eingriffe am Oberarm, Schien-Wadenbein, Sprunggelenk	62
8	G18	Komplexe Eingriffe am Dünn- und Dickdarm	58
9	G23	Blinddarmoperation ohne Perforation	57
10	I21	Metallentfernung am Hüftgelenk und Oberschenkel	55

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

Rang	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	M16	148	Arthrose des Hüftgelenkes
2	M17	128	Arthrose des Kniegelenkes
3	S82	108	Fraktur des Unterschenkels / Sprunggelenkes
4	K80	102	Gallenblasensteine
5	K40	98	Leistenbruch
6	M20	87	Deformitäten der Zehen und Finger
7	S72	66	Fraktur des Oberschenkels (Femur)
8	S42	63	Fraktur im Bereich Oberarm / Schulter
9	K35	61	Akute Blinddarmentzündung
10	E04	60	Vergrößerung der Schilddrüse (nicht toxisch)

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

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5820	163	Einbau eines künstlichen Hüftgelenkes
2	5822	106	Einbau eines künstlichen Kniegelenkes
3	5511	100	Entfernung der Gallenblase
4	5530	95	Operation einer Leistenhernie
5	5794	86	Offene Reposition einer Mehrfragmentfraktur im Gelenkbereich
6	5787	82	Entfernung von Osteosynthesematerial (Schrauben/Platten etc.)
7	5470	79	Blinddarmoperation (Appendektomie)
8	5793	77	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich
9	5062	64	Entfernung der Schilddrüse (partielle Schilddrüsenresektion)
10	5788	61	Operationen am Mittelfuß- und Zehenknochen

B-1.1 **Urologie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

- Urologische Onkologie
 - Transurethrale Elektroresektion der vergrößerten Prostata
 - Beschneidung beim Erwachsenen oder Kind
 - Operation bei Hodenhochstand und Vorhautverengung
 - Sterilisation
-

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Urologische Onkologie

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Neurourologie

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	M01	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann	56
2	M02	Geweberesektion an der Prostata	53
3	L20	Transurethrale Eingriffe ohne Prostataresektion	51
4	L65	Beschwerden und Symptome der Harnorgane	18
5	L64	Harnsteine und erschwerte Harnentleerung	17
6	M12	Eingriffe am Hoden	16
7	L40	Spiegelung der Harnleiter und Nierenbecken	11
8	R65	Hämatologische Neubildungen 1 Belegungstag	6
9	L15	Prostataeingriffe durch die Harnröhre	6
10	L17	kleinere Eingriffe an der Harnröhre	6

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

Rang	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	C61	61	Bösartige Neubildungen an der Prostata
2	N40	53	Gutartige Vergrößerung der Prostata
3	N20	33	Nieren- und Harnleitersteine
4	C67	32	Bösartige Neubildung an der Harnblase
5	N23	13	Nierenkolik
6	N13	11	Harnabflussstörung und Rückfluss am oberen Harntrakt
7	N43	10	Flüssigkeitsansammlung im Hodenbereich (Wasserbruch)
8	N39	9	Erkrankungen des Harnsystems
9	R31	9	Blut im Urin (Hämaturie)
10	C77	7	Bösartige Neubildungen in Lymphknoten

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

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5601	59	Entfernung von Prostatagewebe durch die Harnröhre
2	5604	54	Komplette Entfernung der Prostata und Samenblasen
3	5573	29	Entfernung von Gewebe aus der Harnblase durch die Harnröhre
4	5562	22	Nierensteinbehandlung durch die Harnröhre / Nierenflanke
5	5611	10	Operation eines Wasserbruches
6	1665	9	Diagnostische Harnleiterspiegelung
7	8542	7	Chemotherapie
8	5593	6	Vaginale Harninkontinenz - Operation
9	5585	6	Entfernung von Gewebes aus der Harnröhre über die Harnröhre
10	5622	4	Einseitige Hodenentfernung

B-1.1 **Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Gynäkologie

- Zentrum für rekonstruktive Beckenbodenchirurgie
- Urogynäkologie (Behandlung von Funktionsstörungen der Blase und von Senkungszuständen)
- Minimalinvasive Operationen an Gebärmutter und Eierstöcken
- Operative Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen von Gebärmutter, Gebärmutterhals und Eierstöcken)
- Therapie des Mammakarzinoms
- Ambulantes Operationszentrum

Geburtshilfe

- Geburtsvorbereitung /Schwangerschaftsbetreuung
- Familienorientierte sanfte Geburt
- Betreuung im bzw. nach dem Wochenbett

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

- Interdisziplinäres Kontinenzzentrum
- Behandlung und Operation der Funktionsstörungen der Beckenorgane (Blase, Darm, Scheide und Gebärmutter) mittels modernster, computergestützter Diagnostik und Operationsverfahren durch abteilungsübergreifendes Team.
- Minimalinvasive Operationen im Bereich der Gebärmutter und den Eierstöcken
- Operative Onkologie
- Behandlung von Krebserkrankungen von Gebärmutter, Gebärmutterhals und Eierstöcken
- Therapie des Mammakarzinoms

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

- Sprechstunde für gynäkologische Problemfälle
 - Urogynäkologische Sprechstunde (mit Urodynamischem Messplatz)
 - Brustsprechstunde (mit minimal-invasiver Diagnostik durch Stanzbiopsie)
 - Sterilitätsdiagnostik (z.B. Darstellung der Eileiter im Ultraschall mit Kontrastmittel)
 - Geburtsvorbereitungskurse/ Informationsabende für werdende Eltern
 - Geburtsvorbesprechung, Informationsgespräche u. Kreißsaalführungen
 - Akupunktur als geburtsvorbereitende Maßnahme
 - Pränatale Diagnostik
-
- Schwangerschaftsbegleitende Untersuchungen
 - äußere Wendung bei Beckenendlage
 - Teilnahme an externer Qualitätssicherung
 - Notfallversorgung über 24 Std.
-

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	P67	Versorgung eines normalen gesunden Neugeborenes	461
2	O60	Vaginale Entbindung	340
3	O01	Kaiserschnittentbindung (Sectio)	130
4	N04	Gebärmutterentfernung mit komplexem Eingriff	110
5	N23	Rekonstruktive OP`s weibl. Geschlechtsorganen	107
6	N06	große Rekonstruktive OP`s weibl. Geschlechtsorganen	86
7	J62	Behandlung von Brustkrebs	85
8	O65	Vorgeburtliche stationäre Behandlung	45
9	N21	Gebärmutterentfernung ohne komplexem Eingriff	40
10	J23	Große operative Eingriffe bei Brustkrebs	28

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

Rang	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	Z38	462	Im Krankenhaus geborener Säugling
2	O80	389	O60-O82 Entbindungsdiagnosen
3	N81	131	Senkung der weiblichen Genitalorgane
4	C50	124	Brustkrebs
5	N39	104	Harninkontinens - Krankheiten des Harnsystems
6	D25	77	Gebärmuttermyome
7	N83	38	Erkrankungen der Eierstöcke / Eileiter
8	K66	30	Verwachsungen im Unterbauch
9	N99	30	Folgen früherer Eingriffe am Urogenitalsystemes (Korrekturen)
10	N80	21	Krankheiten der Gebärmutter Schleimhaut (Endometriose)

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

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	9262	487	Versorgung eines Neugeborenen nach der Entbindung
2	9260	243	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt
3	5683	141	Gebärmutterentfernung
4	5749	112	Kaiserschnittentbindung
5	5593	100	Vaginale Harninkontinenz - Operation
6	8542	82	Chemotherapie
7	9261	82	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
8	5704	64	Vaginale Senkungsoperation/Rekonstruktion des Beckenbodens
9	5651	36	Entnahme einer Gewebeprobe aus den Eierstöcken
10	5690	34	Therapeutische Ausschabung der Gebärmutter

B-1.1 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

- Nase und Nasennebenhöhlenchirurgie
 - Mittelohrchirurgie
 - Mikrochirurgische Operationen am Kehlkopf
 - Kosmetische Chirurgie
 - Operationen an Hals und den Speicheldrüsen
-

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

- Nase und Nasennebenhöhlen
 - Operationen mit modernen blutstillenden und schmerzarmen Tamponaden
 - Mikrochirurgische Operationen
 - Kosmetische Operationen
-

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

- Schlaf- und Schnarchdiagnostik und operative Maßnahmen
 - Hördiagnostik
 - Schwindeldiagnostik
 - Allergiediagnostik
-

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	D06	Eingriffe Nasennebenhöhlen, Mittelohr, Speicheldrüsen	51
2	D30	Entfernung von Mandeln und Polypen	48
3	D10	Verschiedene Eingriffe an der Nase	40
4	D13	Eingriffe bei Krankheiten des Ohres, Nase, Mund, Hals	19
5	D66	Krankheiten am Ohr, Nase, Mund und Hals	6
6	D61	Gleichgewichtsstörungen	3
7	D62	Nasenblutungen (Epistaxis)	3
8	D63	Mittelohrentzündung und Infektion obere Atemwege	3
9	D05	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen	2
10	E02	Eingriffe u. Maßnahmen an den Atmungsorganen	2

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

Rang	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	J34	51	Krankheiten der Nase und Nasennebenhöhlen
2	J35	50	Chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln
3	J32	26	Chronische Entzündungen der Nase und Nasennebenhöhlen
4	J38	6	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes
5	J36	5	Hals und Mandelabszess
6	S02	5	Fraktur des Schädels und Gesichtsschädelknochen
7	H60	3	Entzündung des äußeren Ohres (Otitis Externa)
8	H72	3	Trommelfellperforation
9	H91	3	Hörverlust (Hörsturz, Schwindel, Tinnitus)
10	K11	3	Krankheiten der Speicheldrüsen

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

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5214	32	Entfernung / Wiederherstellung der Nasenscheidewand
2	5281	28	Mandelentfernung
3	5222	21	Operation am Siebbein und Keilbeinhöhle
4	5285	17	Polypenentfernung
5	5224	11	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen
6	5218	9	Plastische Operation zur Begradigung der Nase
7	5300	7	Operation erkrankten Gewebes des Kehlkopfes
8	5229	6	Revision an den Nasennebenhöhlen
9	5282	6	Mandelentfernung mit Polypentfernung
10	5205	4	Gewebeentnahme am Mittel- und Innenohr

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. Kinderkranken-schw./-pfleger zur Verfügung? ja(j)/nein(n)
0100	Innere Medizin	6,73	Nein	Nein
1500	Allgemeine Chirurgie	8,67	Nein	Nein
2200	Urologie	6,07	Nein	Nein
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5,79	Nein	Ja
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	4,54	Nein	Nein

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

Anzahl der Behandlungen nach § 116 SGB V pro Jahr:

5538

B-1.9 Spezifisch für die Fachabteilung:

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-1.9.1 Anzahl der Geburten pro Jahr

521

B-1.9.2 Existiert eine Neugeborenen Intensivstation im Gebäude?

ja nein

Ist ein Zugriff auf die Pädiatrie oder die pädiatrische Notfallversorgung möglich

ja nein

Urologie

B-1.9.3 Wird in Ihrer Abteilung Kinderurologie betrieben?

ja nein

Wenn ja,

Bis zu welchem Umfang wird kinderurologische Diagnostik und Therapie durchgeführt?

Röntgendiagnostik des Harntraktes beim Kind, Rekonstruktive Eingriffe am Harntrakt beim Kind, operative Notfalltherapie

B-1.9.4 Wird in Ihrer Abteilung urologische Onkologie betrieben?
 ja nein

Wenn ja, ist die selbständige Durchführung von Chemotherapie möglich
 ja nein

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

384

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

Schl. nach § 301 SGB V	Fachabteilung		EBM-Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
1500	Allgemeine Chirurgie	1	2021	Wundbehandlung	34
		2	2620	Operation eines Leistenbruches	22
		3	2145	Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses	11
		4	2681	Krampfaderoperation	8
		5	2107	Schleimbeutelentfernung	7
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1	1104	Ausschabung der Gebärmutter	157
		2	1111	Gebärmutter Spiegelung	62
		3	1060	Ausschabung der Gebärmutter nach einer Fehlgeburt	49
		4	1086	Messerkonisation am Gebärmutterhals	13
		5	1085	Elektrokonisation am Gebärmutterhals	11

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

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

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

	Abteilung	Ärztliche Leitung ja (j)/nein (n)	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl der Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung	Anzahl der Ärzte mit fakultativer Weiterbildung ¹	Anzahl der Ärzte im Praktikum	Liegt eine Weiterbildungsbefugnis vor Ja (j)/nein (n)
0100	Innere Medizin	Ja	11.00	7.00	4.00			Ja
1500	Allgemeine Chirurgie	Ja	12.00	7.00	5.00			Ja
2200	Urologie	Ja	0.00	0.00	0.00			Ja
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Ja	8.00	4.00	4.00			Ja
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Ja	0.00	0.00	0.00			Ja
	Gesamt		31.00	18.00	13.00			

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

5

¹ Facharzt mit Zusatzbezeichnung

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil der examinierten Krankenschwestern/-pfleger (3 Jahre)	Prozentualer Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Prozentualer Anteil Krankenpfleger/ in (1 Jahr)	Wird Hilfspersonal eingesetzt Ja (j)/ nein (n)
0100	Innere Medizin	34.0	90 %		10 %	Nein
1500	Allgemeine Chirurgie	43.0	89 %		11 %	Nein
2200	Urologie					Nein
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	36.0	97 %		3 %	Nein
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde					Nein
	Gesamt	113.0	55 %		5 %	

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)

0

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

Ärztlicher Dienst	35,12
Pflegedienst ¹	91,3
Medizinisch-Technischer Dienst	22,58
Funktionsdienst	29,07
Klinisches Hauspersonal	0
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	30,81
Technischer Dienst	5,51
Verwaltungsdienst	13,75
Sonderdienste	0
Sonstiges Personal	0,93

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

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

Anzahl der Mitarbeiter in der Anästhesie	3
Anzahl der Mitarbeiter im OP	10
Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter im Verwaltungsdienst	4
Anzahl der Mitarbeiter in der Hygiene	1
Anzahl der Mitarbeiter für die Praxisanleitung	11
Anzahl der Stomatherapeut(en)	1
Anzahl der Diabetesfachschwester(n)	2
Anzahl der Mitarbeiter in der Ernährungsfachpflege	2
Anzahl der Qualitäts-/ Prozessberater	0
<hr/>	
Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)	
0	
<hr/>	

B-2.9 Weitere Berufsgruppen (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)

Anzahl der Sozialarbeiter	2
Anzahl der Dipl.-Psychologen	0
<hr/>	
Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)	
0	
<hr/>	

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

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

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht	Teilnahme an der externen Qualitätssicherung	Dokumentationsrate	
				Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
01	Aortenklappenchirurgie	Nein	Nein		
02	Cholezystektomie	Ja	Ja	100,0	99,6
03	Gynäkologische Operationen	Ja	Ja	100,0	97,0
04	Herzschrillmacher-Erstimplantation	Nein	Nein		
05	Herzschrillmacher-Aggregatwechsel	Nein	Nein		
06	Herzschrillmacher-Revision	Nein	Nein		
07	Herztransplantation	Nein	Nein		
08	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	Ja	Ja	100,0	99,1
09	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	Ja	Ja	100,0	95,9
10	Karotis-Rekonstruktion	Nein	Nein		
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	Ja	Ja	100,0	99,5
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	Ja	Ja	100,0	98,7
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie	Nein	Nein		
14	Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	Nein	Nein		
15	Koronarchirurgie	Nein	Nein		
16	Mammachirurgie	Ja	Ja	100,0	96,0
17	Perinatalmedizin	Ja	Ja	100,0	99,3
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	Nein	Nein		
19	Totalendoprothese (TEP bei Koxarthrose)	Ja	Ja	100,0	99,4
00	Gesamt			100,0	97,8

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

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

- Schlaganfall
 - Pneumonie
-

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

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

- DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Ebene 3)
-

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

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

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

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

Systemteil

D Qualitätspolitik

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

Die Klinikleitung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements. Mit der Übernahme durch den Träger Waldburg-Zeil Kliniken wurde die bisherige Qualitätspolitik in den zentralen Geschäftsbereich Qualitäts- und Produktmanagement / Public Relations eingegliedert. Die "Qualitätsführerschaft auf regionalen Märkten" ist seither das übergeordnete Qualitäts-Ziel der Klinik Tettang.

Im Rahmen der erstmaligen Zertifizierung nach KTQ gilt es, die Strukturen für das klinikinterne QM-System klinikumfassend festzulegen bzw. zu optimieren. Nach der Zertifizierung ist das Ziel, mittels einer eingeführten Organisationsstruktur Qualitätsmanagement alltäglich zu realisieren.

Eine gemeinsame Qualitätspolitik ist im Qualitätsmanagement der Waldburg-Zeil Kliniken festgelegt und auf die strategische und medizinische Konzeption abgestimmt. Diese Politik wird durch die Einbindung von Mitarbeitern aus vielen Bereichen und Abteilungen in die Projektgruppe sowie Abteilungsleiterbesprechungen verfolgt. Sämtliche Leitungsebenen der Klinik Tettang sind zudem in das Qualitätsmanagement durch Mitarbeit in der KTQ-Steuergruppe eingebunden. Die Ergebnisse werden in Protokollen festgehalten und umgehend in den jeweiligen Abteilungen durch Besprechungen und Sitzungen, bekannt gemacht. Zur Umsetzung und Weiterentwicklung wurden abteilungs- und hierarchieübergreifende Projektgruppen erweitert oder neu geschaffen, wie z. B. für die Erstellung des klinikeigenen Leitbildes.

Total Quality Management (TQM) wird als eine integrierte, das gesamte Unternehmen mit all seinen Aktivitäten und MA einbeziehende Strategie angewandt, mit deren Hilfe aus Kundenanforderungen abgeleitete Qualitätsmaßnahmen (be-)greifbar gemacht und umgesetzt werden.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

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

Das Qualitätsmanagement der Waldburg-Zeil Kliniken ist zentral und dezentral organisiert. Für die Gesamtgruppe der 15 Einrichtungen gibt es einen zentralen Geschäftsbereich Qualitäts- und Produktmanagement / Public Relations (QM/PM/PR), die direkt dem Geschäftsführer zugeordnet ist.

Der Geschäftsbereich QM/PM/PR leistet die Sicherstellung der Grundstruktur, der Methodik und die Projektbegleitung. Die Geschäftsbereichsleiterin ist fachlich weisungsbefugt gegenüber der Krankenhausleitung. Sie übernimmt ebenfalls die Funktion des hauptamtlichen QM-Beauftragten. Die Verantwortung vor Ort für das Qualitätsmanagement liegt bei der Krankenhausleitung, die bei Bedarf Projektleiter benennt.

Die Klinik Tett nang GmbH ist derzeit dabei, die Zertifizierung nach KTQ durchzuführen. Ziel ist es, ein modernes Qualitätsmanagement zu installieren um den Begriff Qualität transparent und messbar zu machen. Somit erhalten wir Ergebnisse, die es gilt zu analysieren und ständig zu verbessern mit dem Ziel im regionalen Raum zu den führenden Anbietern medizinischer Leistungen zu gehören!

Die Formulierung der Qualitätsmanagement-Ziele orientiert sich sowohl an der Zielplanung für die Klinik Tett nang als auch an der Trägerphilosophie. Für jedes Jahr erfolgt eine Festlegung der Ziele sowie der Projekte im Rahmen von Zielvereinbarungsgesprächen mit dem Geschäftsbereich QM/PM/PR.

Grundlage dafür sind Projekte, Maßnahmen und Ergebnisse des Vorjahres, jeweils in Abstimmung mit den betroffenen Bereichen, orientiert an der Marktsituation. Im Nachgang zu den Zielvereinbarungsgesprächen zwischen Geschäftsführung der Waldburg-Zeil Kliniken und Geschäftsführer der Klinik Tett nang finden diese in Zusammenarbeit mit Chefarzten und nichtärztlichen Leitungen ihre weitere Umsetzung in der Klinik. Die Formulierung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitäts-Zielen ist eine Kernaufgabe aller Führungskräfte. Die Qualitätspolitik formuliert der zentrale Geschäftsbereich QM/PM/PR. Im Mittelpunkt aller Planungen steht der Patient, der sowohl mit den medizinischen Leistungen als auch den Hotelleistungen zufrieden sein soll und sich wohlfühlen muss.

Diese Ziele orientieren sich am Leitbild, dem medizinischen Fortschritt, den gesetzlichen Rahmenbedingungen, den Anforderungen der Zuweiser u. Partner, an der Branche und den Interessen der Kostenträger sowie den Ergebnissen der Patientenanalysen aus den internen und externen QS-Instrumenten. Der aktuelle Stand der Erreichung der Ziele wird in den ¼ jährlich stattfindenden Treffen der KTQ-Steuerungsgruppe, später QM-Steuerungsgruppe, überprüft.

E-2 Qualitätsbewertung

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

- Zur Qualitätssicherung und -verbesserung beteiligt sich die Klinik Tett nang an verschiedenen externen und internen Qualitätssicherungsmaßnahmen.
 - Zusätzlich wird ein intensives internes Qualitätsmanagement durchgeführt. So erfolgen regelmäßige strukturierte Patientenbefragungen und Zuweiserbefragungen.
 - Von Juli 2005 bis August 2006 wurde eine Selbstbewertung zur Vorbereitung der Zertifizierung nach KTQ durchgeführt.
 - Im März 2006 erfolgte die DDG Zertifizierung des diabetischen Fußzent-rums.
-

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

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

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	
	JA	NEIN	JA	NEIN	Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
Cholezystektomie	X		X		100 %	99,60 %
Gynäkologische Operationen	X		X		100 %	97,00 %
Hüftgelenknahe Femurfraktur	X		X		100 %	99,05 %
Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	X		X		100 %	95,99 %
Knie-Totalendoprothese (TEP)	X		X		100 %	99,53 %
Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	X		X		100 %	98,72 %
Mammachirurgie	X		X		100 %	96,02 %
Perinatalmedizin	X		X		100 %	99,31 %
Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose	X		X		100 %	99,36 %
Pneumonie	X		X		100 %	
GESAMT	10		10		100 %	

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

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

Patientenbefragungen dienen in der Klinik Tettng als Instrument der Qualitätssicherung: Um das Meinungsbild möglichst objektiv zu erfassen und darzustellen ist die Patientenbefragung ein zentraler Bestandteil. Das selbstgesetzte Ziel der 2x pro Jahr (jeweils über 6 Wochen) in der Klinik Tettng stattfindenden Patientenbefragung ist es, Erfahrungen von Patienten als wichtige Quelle der Bewertung und der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung zu sehen. Die strategische Verantwortung für die Durchführung der Patientenbefragungen liegt bei dem zentralen Geschäftsbereich QM/PM/PR. Nach Beendigung der Befragung werden die Fragebögen zur externen Dateneingabe und Auswertung an den Geschäftsbereich QM/PM/PR der Waldburg-Zeil Zentrale weitergeleitet und die Ergebnisse zeitnah dem Geschäftsführer zur Verfügung gestellt. Des Weiteren gibt es klinikintern organisierte Zusatzbefragungen in verschiedenen Bereichen (Gynäkologie, Diabeteszentrum).

Die Waldburg-Zeil Kliniken führen unter Federführung des zentralen Geschäftsbereiches QM/PM/PR regelmäßig (2-Jahres-Rhythmus) eine Befragung der Zuweiser durch. Fokus der Erhebung sind Ärzte im Krankenhaus (Operateure), niedergelassene Ärzte sowie Sozialdienste in Akutkrankenhäusern. Ziel ist es, herauszufinden, wie es um die Zufriedenheit der Zuweiser bzgl. der Zusammenarbeit mit den Waldburg-Zeil Kliniken bestellt ist, welche Stärken und welche Verbesserungspotenziale in der Zusammenarbeit erkennbar sind. Eine Mitarbeiterbefragung wurde unter der Federführung der Geschäftsführung im Jahre 1998 durchgeführt, eine zentral vom Geschäftsbereich PMO des Trägers organisierte Mitarbeiter-Befragung ist für 2007 geplant.

Um den aktuellen gesetzlichen Bestimmungen der Qualitätssicherung nach §137 SGB V nachzukommen, wurde eine Software (QS-med) angeschafft und in die Standard-Dokumentationssoftware (KIS) integriert. Verantwortlich für die Durchführung der externen Qualitätssicherung ist der jeweilige Chefarzt. Die Datenzusammenführung erfolgt über die Controlling-Abteilung, die diese an die zuständigen externen Stellen weiterleitet. Jede betroffene Abteilung hat darüber hinaus einen Ansprechpartner für QS für die ausführenden Ärzte u. Pflegepersonal. Ebenso gibt es in der Verwaltung einen Ansprechpartner u. Koordinator für den administrativen u. technischen Bereich.

Weitere QM-Maßnahmen / Projekte im Berichtszeitraum:

- Zur Verkürzung der Arztbrieflaufzeiten wurde ein interdisziplinäres Schreibbüro eingerichtet und ein Programm zur einheitlichen, arztbriefkompatiblen Befunddiagnostik installiert, sowie die Erarbeitung von Textbausteinen initiiert. Die Installation einer kompletten elektronischen Patientenakte ist Gegenstand einer erneuten Prozessplanung.
 - Installation einer Defäkographieanlage zur Etablierung des Kontinenz-zentrums.
 - Einrichtung einer wöchentlichen "Bauchsprechstunde" für ambulante Patienten.
 - Abgeschlossene DDG Zertifizierung Behandlungszentrum Typ 1 und Typ 2 und diabetisches Fußzentrum März 2006.
 - Chirurgie: Beschaffung der Software zur Navigation der unikondylären Knieschlitten mittels Sponsoringaktionen und Antrag beim Träger. Zur Fallzahlsteigerung werden PR-Maßnahmen lanciert in nationalen und internationalen Fachzeitschriften, sowie neue Flyer erstellt für Hüft- und Kniegelenkseratz.
 - Gynäkologie/Geburtshilfe: Regelmäßige Gespräche zw. Station, Sekretariat u. Ärzten zur Verbesserung der Arbeitsabläufe.
 - Planungen zum Bau der interdisziplinären Notaufnahme 2006/2007 sowie Implementierung einer Interimslösung
-

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Herr Jürgen Sachsenmaier, Geschäftsführer Klinik Tett nang
Frau Dr. rer. pol. Constanze Müller, Geschäftsbereichsleiterin Qualitäts- und
Produktmanagement / Public Relations (Zentrale des Trägers)

Ansprechpartner (z.B. Qualitätsbeauftragter, Patientenfürsprecher, Pressereferent; Lei-
tungskräfte verschiedener Hierarchieebenen):

Herr Wagner, Controlling
Frau Dorn, Pflegedirektorin
Herr Miller, Stv. Verwaltungsdirektor
Herr Dr. Markwart, Chefarzt Chirurgie
Herr Dr. Weber, Chefarzt Chirurgie
Herr Dr. Sauer, Chefarzt Innere
Herr Dr. Fünfgeld, Chefarzt Gynäkologie
Herr Dr. Craß, Chefarzt Anästhesie
Herr Dr. Exner, Belegarzt HNO
Herr Dr. Schardt / Herr Dr. Schmidt, Belegärzte Urologie

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

www.klinik-tett nang.de
www.chirurgie-tett nang.de
www.wzk-portal.de

H Ausstattung

H-1 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen

Innere Medizin

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

Anzahl der Dreibettzimmer	Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		11		Mit TV und Telefon
				ohne TV und Telefon
				mit TV ohne Telefon
				ohne TV mit Telefon

Allgemeine Chirurgie

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

Anzahl der Dreibettzimmer	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

Urologie

Anzahl der Zweibettzimmer

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

Anzahl der Dreibettzimmer

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

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Anzahl der Dreibettzimmer

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

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

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

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

H-1.2 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gibt es einen eigenen Not-Sectio-Raum

ja nein

Ist die Möglichkeit einer zentralen CTG-Überwachung vorhanden

ja nein

H-1.3 Spezifisch für die Fachabteilung Urologie

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

ja nein

H-2 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

H-2.1 Für alle Fachabteilungen

	Abteilung	Notfallkoffer u.a. verfügbar
0100	Innere Medizin	Ja
1500	Allgemeine Chirurgie	Ja
2200	Urologie	Ja
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Ja
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Ja

Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Klinik Tett nang GmbH

1 Patientenorientierung im Krankenhaus

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

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

Bei der Aufnahme der Patienten werden grundsätzlich die Terminwünsche der Patienten, die Auslastung der Station, die Pflegeintensität und die OP Planung berücksichtigt. Die Patienten und Angehörige werden ausführlich informiert. Sie werden nach Absprache mit den Hausärzten oder in den Spezialsprechstunden einbestellt. Patienten für die Intensivstation werden über die Rettungsleitstelle angemeldet. Die Klinik ist günstig positioniert und mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar. Ausreichend kostenlose Parkplätze stehen zur Verfügung.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Die zentrale Informationsstelle befindet sich im Eingangsbereich. Ein übersichtliches Wegeleitsystem fördert die Orientierung in unserer Klinik. Dies gelingt mit Hilfe der überschaubaren Größe unseres Hauses schnell und zuverlässig. Falls erforderlich, wird der Patient während des gesamten Aufenthaltes in der Klinik von Mitarbeitern der Station zu den Funktionsbereichen begleitet.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Durch die Mitarbeiter der zentralen Patientenaufnahme wird die administrative Aufnahme durchgeführt. Die Patienten werden über Zusatz- und Wahlleistungen informiert. Sie erhalten die Patientenbroschüre und werden auf die jeweilige Station weitergeleitet. Die Aufnahme auf der Station erfolgt durch den Empfang des pflegerischen Fachpersonals. Dieses weist die Betroffenen ein und erklärt die wichtigen Dinge. Die pflegerische und ärztliche Aufnahme erfolgt nach Standards. Die fachkompetente Aufnahme von Notfällen ist rund um die Uhr sichergestellt.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

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

Die ambulante Patientenversorgung erfolgt in unserer Klinik in fachbezogenen Sprechstunden für ambulante, vor- und nachstationäre Untersuchungen und Behandlungen. Die Terminvereinbarung erfolgt über die jeweiligen Sekretariate. Die ambulante Notfallversorgung ist rund um die Uhr in den Ambulanzen gewährleistet. Dort werden die Patienten von pflegerischem Fachpersonal und den diensthabenden Ärzten versorgt. Patienten, die mit dem Rettungsdienst kommen, werden von der Rettungsleitstelle angemeldet.

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.

Am Aufnahmetag wird die ärztliche und pflegerische Anamnese erhoben. Dabei werden alle körperlichen, seelischen und sozialen Aspekte mit Hilfe standardisierter Aufnahmebögen erfasst und dem Facharzt vorgestellt. Auf dieser Basis wird die weitere Diagnostik, Therapie und Pflege geplant und in die Wege geleitet. Die ärztliche und pflegerische Behandlung wird in einem einheitlichen Dokumentationssystem festgehalten. Über die Möglichkeit der Betreuung durch Sozialdienst, Seelsorge wird jeder Patient informiert.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Um Mehrfachuntersuchungen von Patienten zu vermeiden, wird auf alle verfügbaren Vorbefunde zurückgegriffen. Vorbefunde des Hausarztes werden vom Patienten mitgebracht oder gegebenenfalls von uns angefordert. Auf hausinterne Vorbefunde ist über das Archiv, das Krankenhaus-Informationssystem (KIS), die Ambulanzkarten rund um die Uhr der Zugriff möglich. Bei internen Verlegungen wird die Patientenakte mit allen Befunden mitgegeben.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Die ärztliche und pflegerische Anamnese und Befunderhebung dient als Grundlage für die weitere Therapieplanung. Dies erfolgt in Absprache mit dem zuständigen Facharzt. Bei den täglichen Visiten wird der Behandlungsprozess kontrolliert, mit den Patienten besprochen und den aktuellen Entwicklungen angepasst. Interne und externe Leitlinien finden dabei Beachtung.

1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Im Mittelpunkt unserer Arbeit steht das Wohl des Patienten. Die Information des Patienten und auf Wunsch seiner Angehörigen über die geplanten Untersuchungen und Therapien ist uns wichtig. Die möglichen Behandlungsalternativen werden aufgezeigt. Die Aufklärung erfolgt in einem strukturierten Aufklärungsgespräch, ggf. unter Einbeziehung von mehrsprachigen Mitarbeitern oder Dolmetschern. Entscheidungen und Wünsche - auch religiöser und kultureller Art - werden respektiert.

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.

Die Behandlung des Patienten orientiert sich an den erhobenen Befunden und den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften. Die professionelle und zeitnahe Diagnostik und Therapie wird durch eigene Einrichtungen (Labor, Röntgen, Ultraschall, Endoskopie etc.), die Arzneimittelkommission, die Physiotherapie sowie in Kooperation mit externen Dienstleitern (Kliniken, Mikrobiologen, Pathologen, Orthopädie-Schuhwerkstätten, Sanitätshäusern etc.) gewährleistet.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Die Leitlinien der AWMF stellen die Grundlage ärztlicher Behandlung dar. Hausinterne spezielle Leitlinien der einzelnen Abteilungen sind schriftlich fixiert und im Intranet abgelegt. Abteilungsübergreifende Standards z.B. Dekubitus- und Thromboseprophylaxe, Wundmanagement wurden von interdisziplinären Teams erstellt und durch hausinterne Schulungen in die Praxis eingeführt.

1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

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

Die Größe unseres Hauses ermöglicht einen engen, kontinuierlichen Kontakt zwischen Patient, Angehörigen, Ärzten und Pflegekräften. Ärzte und Pflegenden besprechen die diagnostischen Ergebnisse, den Verlauf und die Prognose unter Berücksichtigung psychosozialer Fragen mit dem Patienten. Kontakte zu Selbsthilfegruppen werden vermittelt. Informationstafeln über Mitarbeiter, spezielle Angebote findet man auf den Stationen. Eine Kapelle sowie eine Cafeteria mit Kiosk stehen zur Verfügung. Begleitpersonen werden auf Wunsch auf Selbstkostenbasis mit untergebracht.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Unsere Klinik hat die Zertifizierung zur Ernährungsklinik eingeleitet. Grundlegend auf dem Rationalisierungsschema 2004 der DGE werden 3 verschiedene Menüs angeboten. Bei Bedarf wird der Speiseplan individuell für jeden Patienten mit dem Ernährungsteam und ärztlicher Rücksprache zusammengestellt und von einem diätisch geschulten Koch zubereitet. Kulturelle und religiöse Aspekte werden beachtet. Büfettessen wird für Wöchnerin und Patienten von Diabetikerschulungen angeboten. Die Essenszeiten werden bei den Planungen von Untersuchungen und Visiten berücksichtigt.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Die Koordinierung der Behandlung und die Dringlichkeit der diagnostischen Maßnahmen werden bei Aufnahme und der täglichen Visite festgelegt. Durch die zeitnahe Dokumentation und Befundung der Untersuchungen wird die optimale Patientenversorgung ermöglicht. Behandlungspfade sichern den Zeitablauf von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

In unserem Haus ist die OP-Bereitschaft rund um die Uhr gewährleistet. Die OP-Koordination liegt in der Hand des OP-Koordinators. Es gibt eine feste Zeiteinteilung für jedes operative Fach. Notfalloperationen sind jederzeit möglich, sie werden in das OP-Programm eingefügt.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Die Behandlung der Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung. Zwischen allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen findet ein intensiver Informationsaustausch statt in Form von Berufsgruppen- und fachübergreifenden Besprechungen, Visiten und Konsilen. Im Bereich der Intensivstation, des interdisziplinären Bauchzentrums, des Kontinenzentrums und des Diabeteszentrums wird dies im speziellen umgesetzt.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

In allen Fachabteilungen finden gemeinsame Visiten durch den Stationsarzt und Pflegedienst statt. Ergänzt werden sie durch regelmäßige Chef- und Oberarztvisiten in enger Kooperation mit anderen Berufsgruppen (Physiotherapeuten, Sozialarbeitern, Orthopädie-schuhmachern, etc.). Die am Behandlungsprozess Beteiligten gehen auf jeden Patienten persönlich ein. Erwartung und Wünsche der Patienten werden nach Möglichkeit berücksichtigt. Ziel der Visiten ist der Informationsaustausch mit dem Patienten und seinen Angehörigen, sowie die Therapieüberprüfung und Anpassung.

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.

Der Patient wird rechtzeitig von ärztlicher und pflegerischer Seite auf die Entlassung vorbereitet. Dies erfolgt bei Bedarf in enger Kooperation mit den Angehörigen, den Hausärzten, dem Sozialdienst, dem Pflegeheim oder der Rehabilitationsklinik. Im Rahmen des Entlassgespräches durch die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter werden anstehende Probleme noch einmal besprochen.

1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich (Entlassung / Verlegung u. a.)

Das Krankenhaus sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten.

Bei Entlassung werden dem Patienten ein Kurzarztbrief, zusätzlich alle wichtigen Befunde oder Röntgenbilder sowie, wenn nötig, ein Pflegebericht ausgehändigt. Bei Notwendigkeit finden telefonischer Kontakte zwischen den nachbetreuenden Ärzten und Pflegeeinrichtung statt. Das Krankenhausinformationssystem unterstützt die zeitnahe Bereitstellung von Befunden und Arztbriefen.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Durch die Einschaltung folgender Dienste ist die kontinuierliche Weiterbetreuung sichergestellt: Sozialberatung, Pflegeüberleitung, Diabetes- und Ernährungsberatung etc. In regelmäßigen Treffen mit Ärzten, Pflegekräften und -einrichtungen werden die Möglichkeiten der Verbesserungen in einem konstruktiven Dialog erarbeitet.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

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

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

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

Die Planung des Personalbedarfs erfolgt abteilungsbezogen entsprechend dem aktuellen Leistungsspektrum. Herangezogen werden Leistungszahlen, Fallzahlen und Belegungszeiten mit dem Ziel der Sicherstellung der medizinischen Versorgung und Optimierung der Patientenzufriedenheit. Die jährliche Ausfallzeitenstatistik, Fluktuationsrate und Überstundenquote werden hierbei mit berücksichtigt.

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.

In der Klinik wird die Personalentwicklung durch die Chefarzte, die Abteilungsleiter und die Pflegedirektorin gewährleistet. Anhand von strukturierten Mitarbeitergesprächen wird der Qualifikationsstand und das Entwicklungspotential der Mitarbeiter regelmäßig ermittelt und in Leitungsbesprechungen überprüft. Im Rahmen des regelmäßig aktualisierten Fortbildungsplans wird die Personalentwicklung an die Bedürfnisse des Hauses angepasst. Hierbei werden die Karriereplanung und die Wünsche der Mitarbeiter nach Möglichkeit berücksichtigt.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Für Mitarbeiter in leitender Funktion werden Stellenbeschreibungen mit Tätigkeitsbeschreibung und spezifischer Leistungsanforderung erstellt. Durch den regelmäßig aktualisierten Pflichtfortbildungsplan wird sichergestellt, dass die Mitarbeiter nach dem aktuellen Stand der Medizin arbeiten. Der Qualifizierungsbedarf der Mitarbeiter wird durch die Abteilungsleitungen erhoben. Erforderliche Qualifizierungsmaßnahmen werden baldmöglichst durchgeführt.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

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

Für die Klinik gibt es einen Plan für systematische Fort- und Weiterbildungen. Die Planung und Festlegung der internen und externen Fortbildungen erfolgt anhand der Anforderungen der einzelnen Arbeitsbereiche, der jeweiligen Fort- und Weiterbildungsordnung und des Fortbildungsbedarfs der Mitarbeiter. Hierbei haben gesetzlich vorgeschriebene Themen wie Reanimation und Brandschutz Vorrang. Es gibt in den einzelnen Abteilungen Fortbildungsverantwortliche, die die erforderlichen Fortbildungen planen und die regelmäßige Teilnahme der Mitarbeiter sicherstellen.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Die Finanzierung der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen erfolgt im Rahmen des jährlich zur Verfügung stehenden Fortbildungsbudgets. Die Aufteilung der Mittel wird unter Berücksichtigung der fachspezifischen Bedürfnisse der einzelnen Abteilungen festgelegt. Zur Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen werden die Mitarbeiter unter Berücksichtigung der betrieblichen Belange freigestellt.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Allen Mitarbeitern stehen Fachzeitschriften und Internetzugänge sowie Schulungs- und Konferenzräume mit entsprechender Tagungstechnik und EDV-Ausstattung zur Verfügung. Die ärztlichen Standardwerke sind in einer abteilungsspezifischen Präsenzbibliothek zugänglich. Während der Bürozeiten steht den Mitarbeitern zusätzlich die Fachbibliothek der Krankenpflegeschule zur Verfügung.

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 Klinik Tettang bildet in den Bereichen Gesundheits- und Krankenpflege, Operationstechnische Assistent/in sowie Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen aus. Durch die enge Zusammenarbeit der praktischen und theoretischen Ausbildungsstätten und den Einsatz qualifizierter Praxisanleiter bzw. Ausbildungsleiter wird in allen Ausbildungsbereichen die Theorie-Praxis-Vernetzung gewährleistet. Der Lernerfolg wird regelmäßig durch theoretische und praktische Prüfungen sowie durch die Ablegung des Staatsexamens überprüft.

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.

Für alle Mitarbeiter in leitender Position ist die Umsetzung eines mitarbeiterorientierten Führungsstils Zielsetzung. In einer Betriebsvereinbarung ist der vom Träger vorgegebene Grundsatz "Führen mit Zielen" schriftlich fixiert. Im Rahmen der Führungskräfte-seminare der Waldburg-Zeil Kliniken sowie der Weiterbildungsmaßnahmen der Stationsleitungen werden die Mitarbeiter regelmäßig in ihrer Leitungskompetenz geschult. In Besprechungen, Arbeits- und Projektgruppen werden weitere geeignete Mitarbeiter in strategische Planungen einbezogen.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Die Arbeitszeit ist tarifrechtlich festgelegt und wird täglich dokumentiert. Für den überwiegenden Anteil der Abteilungen existiert eine elektronische Dienstplanung. Diese elektronische Dienstplanung ermöglicht eine kontinuierliche Überprüfung der Einhaltung der geleisteten Arbeitszeiten sowie eine vorausschauende Personaleinsatzplanung. Die Wünsche der Mitarbeiter finden bei der Dienstplanung Berücksichtigung. Anfallende Überstunden werden nach Möglichkeit in Freizeit ausgeglichen, andernfalls ausgezahlt.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch anhand eines schriftlichen Einarbeitungskonzeptes auf seine Tätigkeit vorbereitet und in der Einarbeitungsphase von einem qualifizierten Mitarbeiter begleitet. Die Einarbeitungsphase wird durch Mitarbeitergespräche mit den betreffenden Leitungspersonen abgeschlossen. Durch Besprechungen auf Leitungsebene wird der Qualifikationsstand der neuen Mitarbeiter überprüft.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Es existiert ein durch eine Betriebsvereinbarung schriftlich fixiertes Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen und Verbesserungsvorschlägen mit Aussicht auf finanzielle Vergütung. Mitarbeiterideen werden von den Abteilungsleitungen auf Ihre Realisierbarkeit überprüft und nach Möglichkeit umgesetzt. Die Mitarbeiter können sich mit Beschwerden direkt an die Vorgesetzten oder Abteilungsleitungen wenden. Der Betriebsrat hat einen Leitfaden zum Beschwerdemanagement erstellt und steht ebenfalls als Ansprechpartner zur Verfügung.

3 Sicherheit im Krankenhaus

3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung.

3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

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

Der Arbeitsschutz ist in unserem Haus klar geregelt. Für alle relevanten Bereiche sind die geforderten Fachkräfte und Sicherheitsbeauftragten verantwortlich benannt. Im Rahmen der vierteljährlichen Begehungen und Sitzungen des Arbeitssicherheitsausschusses unter der Leitung der Fachkraft für Arbeitssicherheit wird die Einhaltung und Umsetzung der Arbeitssicherheit überprüft und gewährleistet. Die Mitarbeiter werden von einer Betriebsärztin medizinisch betreut. Regelmäßige Fortbildungen und Schulungen zum Thema Arbeitssicherheit werden durchgeführt.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Maßnahmen zu Brandschutz sind im Alarm- und Katastrophenplan hinterlegt und allen Mitarbeitern bekannt. Die gesamte Einrichtung ist mit aktuellen Flucht- und Rettungswegeplänen ausgestattet. Flächendeckend sind Feuer- und Rauchmelder sowie Brandschutztüren installiert. In Abstimmung mit der Feuerwehr gibt es einen Plan für die Anfahrtswege sowie ein Hydrantenverzeichnis. Brandschutzunterweisungen werden jährlich durch den Brandschutzbeauftragten für alle Mitarbeiter durchgeführt. Jährlich findet eine Begehung durch die Feuerwehr statt.

3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

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

Die Klinik Tettngang ist in den Katastrophenschutz über das Landratsamt Bodenseekreis eingebunden. Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sind im Katastrophenschutzplan des Landkreises geregelt. Maßnahmen zur Evakuierung und bei externen Notfällen sind umfassend geregelt und mit den Behörden abgestimmt. Die Maßnahmen sind den Mitarbeitern bekannt. Eine Notstromversorgung ist gewährleistet. Außerhalb der geregelten Arbeitszeiten besteht eine 24 -Stunden-Rufbereitschaft der Technik.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Im Rahmen des medizinischen Notfallmanagements sind die Verantwortlichkeiten geregelt. Durch einen entsprechenden Notruf werden die erforderlichen Personen alarmiert. Standardisierte Notfallausrüstungen stehen auf allen Stationen sowie der Endoskopie zur Verfügung. Im Kreissaal sowie im Kinderzimmer sind spezielle Säuglingsreanimationssets vorhanden. Für das Personal wird jährlich eine Reanimations-Pflichtfortbildung inklusive praktischer Übungen durchgeführt. Spezielle Säuglings-Reanimationskurse werden angeboten.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Die Sicherheit der Patienten gewährleisten wir, indem grundsätzlich jederzeit qualifiziertes Personal zur Verfügung steht. Für Patienten die einer besonderen Aufsicht bedürfen, bestehen weitere klare Regelungen, die in Absprache mit den betroffenen Personen angewendet werden. Bei den regelmäßigen Patientenkontakten werden die Maßnahmen überprüft und angepasst. Außerdem besteht die Möglichkeit, dass Betreuer, bzw. Elternteile den stationären Aufenthalt begleiten können. Der Zugang zum Säuglingszimmer ist speziell gesichert.

3.2 Hygiene

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

3.2.1 Organisation der Hygiene

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

Eine interdisziplinäre Hygienekommission ist eingerichtet. Den Vorsitz führt der ärztliche Direktor. Eine hygienebeauftragte Pflegekraft ist zu 50% freigestellt. Ein externes Hygieneinstitut steht beratend zur Verfügung. Die Einhaltung der Hygienevorschriften wird durch regelmäßige Begehungen der Hygienekommission und der Hygienebeauftragten überprüft. Hygienestandards, -pläne und -handbücher liegen auf den Abteilungen aus und werden bei Bedarf überarbeitet. Jährliche Hygienepflichtfortbildungen werden durchgeführt.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Nosokomiale Infektionen werden in den entsprechenden Fachabteilungen erfasst und ausgewertet. Im Rahmen von im Internet zugänglichen Daten erfolgt ein Benchmarking mit anderen Einrichtungen.

Die Daten von MRSA-positiven Patienten werden im ganzen Hause erfasst und ein umfassendes Hygieneregime diesbezüglich durchgeführt. Die Hygienebeauftragte ist verantwortlich für die Erhebung und Auswertung der Daten. Die Ergebnisse werden in der Hygienekommission besprochen und weitere Maßnahmen festgelegt. Eine Auswertung der Keimresistenzstatistik erfolgt jährlich.

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Hygienesichernde Maßnahmen sind im Hygienehandbuch, den Hygienestandards sowie in den Reinigungs- und Desinfektionsplänen umfassend geregelt und auf jeder Abteilung hinterlegt. Mikrobiologische Kontrolluntersuchungen werden nach Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes in bestimmten Intervallen durchgeführt. Schulungen zu aktuellen Hygienthemen finden regelmäßig statt. Die Einhaltung der Maßnahmen wird durch Begehungen der Hygienekommission und der Hygienebeauftragten überprüft.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Die Hygienerichtlinien werden nach den Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes laufend aktualisiert und von der Hygienekommission verabschiedet. Allen Abteilungen werden die Regelungen zur Hygiene schriftlich vermittelt. Zur Überprüfung der Einhaltung der Hygienerichtlinien werden regelmäßige mikrobiologische Untersuchungen und Begehungen durchgeführt. Die Chargendokumentation der Zentralsterilisation sowie die spezielle Hygieneverordnung für die Küche (HACCP) sind umgesetzt.

3.3 Bereitstellung von Materialien

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

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

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

Zur Beschaffung von Arzneimitteln, Blut und Medizinprodukten gibt es klare ablauforganisatorische Regelungen mit Festlegung der Verantwortlichkeiten. Dabei werden hygienische, ökologische und arbeitsschutzrechtliche Aspekte mitberücksichtigt. Die Belieferung von Arzneimitteln und Medizinprodukten erfolgt über das Zentrallager bzw. die Zentralapotheke eines anderen Krankenhauses zu festgelegten Zeiten. Die Versorgung mit Blut, Blutprodukten und Arzneimitteln ist jederzeit gewährleistet.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregelter Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Die Versorgung mit Arzneimitteln ist an unserer Klinik rund um die Uhr gewährleistet. Die Verantwortung für die Anwendung der Arzneimittel obliegt dem behandelnden Arzt. In der halbjährlich stattfindenden Arzneimittelkommissionssitzung, bestehend aus leitenden Ärzten und Apotheker, wird eine aktuelle Arzneimittelliste festgelegt. Zytostatika und andere Arzneimittel werden in der Apotheke hergestellt. Die Überprüfung der Arzneimittelbestände auf den Stationen wird von der Apotheke regelmäßig durchgeführt.

3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten

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

Im Bereich der Transfusionsmedizin ist in unserem Krankenhaus ein strukturiertes Qualitätsmanagementsystem eingerichtet. Darin sind sowohl die Zuständigkeiten als auch die Verfahren zum Umgang mit Blut und Blutprodukten geregelt. Eine Transfusionskommission, bestehend aus einem Transfusionsverantwortlichen und Transfusionsbeauftragten der verschiedenen Abteilungen, ist etabliert. Die Mitarbeiter werden im Rahmen von Pflichtfortbildungen geschult. Anhand einer umfassenden Dokumentation ist der Einsatz von Blut und Blutprodukten lückenlos nachvollziehbar.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregelteres Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Die Wartung und einwandfreie Instandhaltung aller medizinischen und elektrischen Geräte wird durch eine qualifizierte Fachfirma gewährleistet. Alle technischen Medizinprodukte sind erfasst und mit Gerätenummern und Prüfsiegeln versehen. Gerätebeauftragte sind bestellt. In den Gerätebüchern sind die Einweisungen in die Geräte, die sicherheitstechnischen Kontrollen sowie Wartungen dokumentiert. Die Gerätebücher und Gebrauchsanweisungen der entsprechenden Geräte sind jederzeit zugänglich.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Im gesamten Betrieb wird darauf geachtet, dass die Umweltbelastung im technischen und im medizinischen Verbrauchsbereich so niedrig als möglich gehalten wird. Ein ausgebildeter Abfallbeauftragter überwacht die Einhaltung abfallrechtlicher Vorschriften und unterstützt die Abfallvermeidung bzw. Abfalltrennung mit dem Ziel einer vermehrten Wiederverwertung.

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.

Das Dokumentationssystem ist in der Klinik vereinheitlicht. Ein Standard über Führung und Inhalt der Patientenakte ist eingeführt. Die Verantwortung für die Führung der Patientendokumentation ist den jeweiligen Abteilungsleitungen des Arzt-, Pflege-, Verwaltungsbereiches und der Funktionsabteilungen übertragen.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Für die vollständige, verständliche, korrekte, zeitnahe und nachvollziehbare Dokumentation ist nach bestehendem Standard der jeweilige Abteilungsleiter zuständig. Die im Sozialgesetzbuch V geforderten Patientendaten werden in einem Krankenhaus-Informationssystem erfasst und in gesetzlich vorgeschriebener Form unter Berücksichtigung des Datenschutzes elektronisch weiter geleitet. Die Prüfung der Vollständigkeit der im EDV-System erfassten Daten erfolgt im Medizincontrolling über Kontrolllisten.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Der Zugriff auf aktuelle Patientendaten ist durch die jederzeitige Zugriffsmöglichkeit der an der Behandlung Beteiligten gegeben. Ärzten und Funktionspersonal ist jederzeit der Zugriff auf archivierte Patientenakten/-daten möglich.

4.2 Informationsweiterleitung

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die adäquate Weiterleitung von Informationen gewährleistet.

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Krankenhausbereichen.

In regelmäßigen bereichs-, berufsgruppen- und hierarchieübergreifenden aber auch in abteilungs- bzw. berufsgruppeninternen schriftlich dokumentierten Besprechungen und Visiten werden alle für die Behandlung relevanten Informationen ausgetauscht. Weitere Kommunikationsmittel wie z.B. Hauspost, E-Mail, Telefonanlage und Haus-Info werden genutzt. Patientenbezogene Daten werden teils in der EDV erfasst, teils manuell in der Patientenakte eingetragen. Die Einträge werden bei Visiten und Übergaben vorgenommen.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Zentrale Auskunftsstellen für Patienten und Besucher sind der Empfang in Eingangsbereich sowie die jeweiligen Sekretariate der Fachabteilungen. Besucher und Patienten werden über das Wegeleitsystem direkt zum Empfang geleitet. Eine zentrale E-Mail-Adresse sowie die zentrale Telefonnummer dienen allgemeinen Anfragen. Die Empfangsmitarbeiter haben Zugriff zum Krankenhaus-Informationssystem und erhalten so alle erforderlichen klinik- bzw. patientenbezogenen Informationen um Auskunfts- und Hilfesuchende gezielt weiterleiten zu können.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Über Presse und Repräsentations-Auftritte bei Veranstaltungen wird die Öffentlichkeit von der Geschäftsleitung regelmäßig informiert. Zusätzlich unterhält die Klinik zur aktuellen Information von Patienten, Ärzten, Krankenhäusern sowie der Öffentlichkeit mit "www.klinik-tett nang.de" eine stets aktuelle Homepage. Hausprospekte und Flyer der einzelnen Fachabteilungen werden an Interessierte verteilt.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

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

Bei der Einstellung unterrichtet die Personalabteilung alle Mitarbeiter über die Datenschutzbestimmungen. Die elektronischen Daten im Krankenhaus-Informationssystem sind über Zugriffsrechte geschützt. Es ist eine mehrstufige Datenschutzorganisation vorhanden. Der Datenschutzbeauftragte ist zentral für alle Waldburg-Zeil Kliniken bestellt. In der Klinik selbst existiert ein Datenschutzreferent. Die gesetzlich vorgeschriebene Datenübermittlung an Kostenträger erfolgt in verschlüsselter Form per Datenfernübertragung. Externe haben keine Datenzugriffsmöglichkeiten.

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.

Derzeit wird eine grundlegende Neukonzeption der Hardware, Software und zukünftigen Informationstechnologie erarbeitet. Ein flächendeckendes modernes Netzwerk ist vorhanden. Das vorhandene gut funktionierende Krankenhausinformationssystem soll in den Bereichen Arztbriefschreibung und Einführung einer elektronischen Patientendokumentation zeitnah weiter entwickelt bzw. ausgeweitet werden. Die Benutzungsrechte sind bedarfsgerecht eingerichtet. Eine möglichst effektive Nutzung wird durch Einweisung und Schulung der Mitarbeiter erreicht.

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.

Der Leitsatz "In guten Händen" gilt für alle Waldburg-Zeil Einrichtungen. Dieser Leitgedanke wird in unserem gesamten Haus gelebt. Darüber hinaus wurden Werthaltungen zur Patienten- und Mitarbeiterorientierung, Qualität, Innovation, Wirtschaftlichkeit, Wertschätzung, Glaubwürdigkeit und zur gesellschaftlichen Verantwortung erarbeitet. Diese Werte bilden die Grundlage für die Erstellung unseres klinikinternen Leitbildes.

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 Führungskräfte unserer Klinik haben mit Unterstützung eines externen Gutachters eine Zielplanung 2010 erarbeitet. Diese Zielplanung wird aufgrund medizinischer Entwicklungen, Marktgegebenheiten sowie gesetzlicher Vorgaben unter Einbeziehung der Mitarbeiter laufend weiter entwickelt und aktualisiert. Sie bildet u.a. die Grundlage für weitere Baumaßnahmen.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die Organisationsstruktur ist eindeutig festgelegt, wird in einem Organigramm veranschaulicht und ist allen Mitarbeitern bekannt. Eine berufsgruppen-, hierarchie- und abteilungsübergreifende Zusammenarbeit geschieht in vielfältigen Projektgruppen.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Finanz- und Investitionsplanung erfolgen nach den zur Verfügung stehenden Budgetmitteln. Ein Stellen- und Wirtschaftsplan wird jährlich aufgestellt, für die Mittel der pauschalen Fördermittel wird ein Jahresinvestitionsplan aufgestellt. Außerdem existieren mehrjährige Investitionspläne und Pläne für einzelne Maßnahmen. Alle Verantwortlichkeiten sind klar geregelt.

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.

Leitungsgremien der Klinik Tettang sind Klinikleitung, Chefarzt- und Belegarztkonferenzen sowie Stationsleitungsbesprechungen. Daneben existieren Kommissionen wie z.B. Hygienekommission, Arzneimittelkommission, Arbeitssicherheitsausschuss. Mit den Einladungen werden Tagesordnungen bekannt gegeben. Inhalte der Sitzungen werden protokolliert. Wesentliche Ergebnisse werden über die normalen Besprechungsstrukturen den Mitarbeitern bekannt gegeben.

5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

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

Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Mitglieder der Krankenhausleitung sind von der Geschäftsführung klar definiert. Die Klinikleitung trifft sich regelmäßig zum Informationsaustausch und zur Abstimmung der Planung.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

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

Die Erreichbarkeit der Klinikleitung ist zu jeder Zeit sicher gestellt. Die Klinikleitung erhält die medizinischen und betriebswirtschaftlichen Daten regelmäßig durch das Controlling. Weitere Informationen erhält die Klinikleitung durch regelmäßigen Informationsaustausch mit Kooperationspartnern und Hausärzten. Außerdem liefern Patienten- sowie Zuweiserbefragungen weitere Informationen.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Die harmonische und effektive Zusammenarbeit wird in der Klinik Tettang besonders durch eine Vielzahl an abteilungs-, hierarchie- und berufsgruppenübergreifenden Arbeitsgruppen gefördert. Außerdem findet ein wöchentlicher Austausch zwischen Geschäftsführung und Betriebsrat statt. Zusätzlich dienen Mitarbeiterversammlungen, Betriebsfeste, Jubilarehrungen und eine festgelegte Kommunikationsstruktur dem Ausbau einer Vertrauenskultur.

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.

Es erfolgt eine individuelle Problembearbeitung unter Einbeziehung des Patienten, seiner Angehörigen sowie ggf. seines Hausarztes bei ethischen Fragestellungen. In diese Gespräche mit einbezogen sind Ärzte, Pflegepersonal, Seelsorger sowie der Sozialdienst.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Eine angemessene Sterbebegleitung für Patienten aller Religionen ist uns ein wichtiges Anliegen. Menschlich und fachlich kompetente Mitarbeiter im ärztlichen und pflegerischen Bereich gewährleisten eine gute und individuelle Begleitung von Sterbenden. Auf Wunsch können Seelsorger oder Mitglieder der Hospizgruppe Tettang mit einbezogen werden.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Dem Umgang mit Verstorbenen aller Religionen gilt die Sorgfalt aller unserer Mitarbeiter. Es wird eine Atmosphäre geschaffen, in der Angehörige angemessen von ihren Verstorbenen Abschied nehmen können. Angehörige erhalten Hilfestellungen zur Bewältigung dieser Situation.

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.

Mit der Übernahme durch die Waldburg-Zeil-Kliniken wurde die bisherige Qualitätspolitik in den zentralen Geschäftsbereich Qualitäts- und Produktmanagement / Public Relations eingegliedert. Die "Qualitätsführerschaft auf regionalen Märkten" ist seither das übergeordnete Qualitätsziel der Klinik. Die Qualitätspolitik des Trägers ist auf die strategische und medizinische Konzeption der Klinik abgestimmt. Alle Leitungsebenen sind in das Qualitätsmanagement eingebunden. Die Überprüfung erfolgt durch Patienten- /Einweiserbefragungen und die externe Qualitätssicherung.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Die Qualitätsziele orientieren sich sowohl an der Zielplanung für die Klinik Tettang als auch an der Trägerphilosophie. Im Mittelpunkt aller Planungen steht der Patient, der sowohl mit den medizinischen Leistungen als auch mit den Serviceleistungen zufrieden sein soll und sich wohl fühlen muss. Die jährliche Festlegung der Ziele und Projekte erfolgt in Zielvereinbarungsgesprächen. Die Vermittlung und Umsetzung ist Kernaufgabe aller Führungskräfte. Die Erreichung der Qualitätsziele wird durch regelmäßige Patienten- und Zuweiserbefragungen überprüft.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Die strategische Planung obliegt der Klinikleitung in Zusammenarbeit mit dem Geschäftsbereich Qualitätsmanagement der Waldburg-Zeil-Kliniken. Die inhaltliche Verantwortung für Qualität liegt bei den Führungskräften. Für diverse Projekte der Qualitätssicherung (z. B. Medizin Controlling, DRG) werden Mitarbeiter geschult.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Verantwortlich für die interne Qualitätssicherung sind die leitenden Ärzte und die Pflegedirektion. Qualitätssichernde Maßnahmen sind z. B. der Einsatz von Standards und Leitlinien, regelmäßige Patientenbefragungen, medizinisches Controlling, Infektionsstatistiken und interdisziplinäre Fallbesprechungen. Die Mitarbeiter werden regelmäßig aus- und fortgebildet.

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

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

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

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

Über die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen hinaus werden zusätzliche qualitätsrelevante Daten erhoben wie z. B. EDV-gestützte Dokumentation der laparoskopischen Gallenblasenentfernung und Leistenbruchoperationen. Mögliche Infektionen bei gynäkologischen Operationen werden ebenfalls erfasst und dokumentiert, des Weiteren werden Sturzprotokolle geführt.

6.3.2 Nutzung von Befragungen

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

Die Zufriedenheit der Patienten steht bei allen Mitarbeitern der Klinik Tettngang im Vordergrund. Um das Meinungsbild der Patienten möglichst objektiv zu erfassen und darzustellen, finden regelmäßig Patientenbefragungen statt. Diese haben zum Ziel, Erfahrungen von Patienten und Angehörigen als wichtige Quelle der Bewertung der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung zu nutzen. Es geht darum, Patienten mit ihren Wünschen, Anregungen und Kritiken ernst zu nehmen, da eine erfolgreiche Medizin ohne Patientenorientierung nicht mehr denkbar ist.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Alle Mitarbeiter der Klinik Tett nang sind ansprechbar für Wünsche und Beschwerden von Patienten und Angehörigen. Hauptverantwortlich stehen 2 Beschwerdemanager zur Verfügung, die nach einem standardisierten Ablauf umgehend die Wünsche und Beschwerden bearbeiten. Alle schriftlichen Beschwerden werden zentral im Geschäftsbereich Qualitäts- und Produktmanagement / Public Relations erfasst und regelmäßig ausgewertet.

6.4 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

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

6.4.1 Beteiligung an der externen Qualitätssicherung

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

Um den aktuellen gesetzlichen Bestimmungen nachzukommen werden die Daten der externen Qualitätssicherung elektronisch erfasst und in die Standarddokumentationssoftware (KIS) integriert. Verantwortlich für die Durchführung der externen Qualitätssicherung ist der jeweilige Chefarzt. Die Datenzusammenführung erfolgt über die Controlling-Abteilung, die diese an die zuständigen externen Stellen weiterleitet. Die Dokumentationsrate liegt bei 100%.

6.4.2 Umgang mit den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

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

Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden fachbezogen und abteilungsintern besprochen. Abweichungen vom Durchschnitt werden zwischen Chef- und Oberärzten diskutiert, analysiert und Verbesserungslösungen erarbeitet und umgesetzt. Die Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgt im Rahmen des gesetzlich geforderten Qualitätsberichtes, abrufbar auf den Homepages der Kostenträger sowie der Waldburg-Zeil-Kliniken.