



**Kreiskrankenhaus  
Gummersbach**



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

## **KTKQ-QUALITÄTSBERICHT**

**Krankenhaus: Kreiskrankenhaus Gummersbach**

**Institutionskennzeichen: 260531046**

**Anschrift: Wilhelm-Breckow-Allee 20  
51643 Gummersbach**

**Ist zertifiziert nach KTKQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:**

**durch die KTKQ- akkreditierte Zertifizierungsstelle:**

**QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH**

**Datum der Ausstellung: 06.10.2007**

**Gültigkeitsdauer: 05.10.2010**

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Basisteil</b>	<b>7</b>
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	7
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	14
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	37
C Qualitätssicherung	41
C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	41
C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	43
C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)	43
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V	43
C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	44
<b>Systemteil</b>	<b>45</b>
D Qualitätspolitik	45
E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	47
F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	51
G Weitergehende Informationen	54
H Ausstattung	55
<b>Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Kreiskrankenhaus Gummersbach</b>	<b>63</b>
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	63
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	69
3 Sicherheit im Krankenhaus	73
4 Informationswesen	78
5 Krankenhausführung	81
6 Qualitätsmanagement	85

## 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 Krankenversicherungen<sup>1</sup>. 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

---

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

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

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

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

Wir freuen uns, dass das Kreiskrankenhaus Gummersbach 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](http://www.ktq.de) abrufbar.

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

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

Dr. M. Walger  
Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller  
Für den Deutschen Pflegerat

## Einleitung

### Vorwort des Kreiskrankenhauses Gummersbach

Das Kreiskrankenhaus Gummersbach ist mit seinen 607 Planbetten ein Gesundheitszentrum der regionalen Spitzenversorgung und Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Köln. In 14 Hauptfachabteilungen mit diversen Schwerpunkten werden hier jedes Jahr rund 20000 Patienten stationär und über 41000 Patienten ambulant versorgt.

Anschrift: Kreiskrankenhaus Gummersbach  
Wilhelm-Breckow-Allee 20  
51643 Gummersbach

Telefon: 02261 / 17-0  
Fax: 02261 / 17-2002

Email: [info@kkh-gummersbach.de](mailto:info@kkh-gummersbach.de)  
Internet: [www.kkh-gummersbach.de](http://www.kkh-gummersbach.de)



Die Kreiskrankenhaus Gummersbach GmbH als Träger der Klinik beschäftigt ca. 1700 Mitarbeiter und ist damit einer der größten Arbeitgeber der Region. Daneben ist eine Krankenpflegeschule mit 120 Ausbildungsplätzen an das Krankenhaus angegliedert.

Unseren Patienten steht ein weites Spektrum an modernsten diagnostischen Untersuchungsmöglichkeiten sowie innovativen Behandlungswegen zur Verfügung. Dabei steht für uns moderne Medizin und persönliche Betreuung nicht im Widerspruch.

Gemäß unserem Leitbild streben wir für unsere Patienten die bestmögliche medizinische, pflegerische und administrative Betreuung an. Insofern steht im Kreiskrankenhaus Gummersbach die Qualität der medizinischen Leistungserbringung - mithin die Genesung unserer Patientinnen und Patienten - im Zentrum unseres Selbstverständnisses.

Um diesem Anspruch an eine hochwertige Patientenversorgung gerecht zu werden, kommen neben den verpflichtenden eine Vielzahl freiwilliger Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Anwendung.

Durch die enge und kollegiale Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten der Region unterstützen wir den Genesungsprozess unserer Patienten über den eigentlichen Krankenhausaufenthalt hinaus. So besteht für sie die Möglichkeit, sich durch das Arzt-Informationssystem (AIS) über den aktuellen Stand der Diagnostik und Therapie eines Patienten zu informieren oder durch Teilnahme an der Visite im kollegialen Dialog Informationen über den gemeinsamen Patienten auszutauschen.

Daneben sehen wir uns in einer besonderen Verantwortung im Umgang mit der Umwelt und betrachten den Erhalt der natürlichen Lebensgrundlage als wichtiges Anliegen. Wir haben deshalb ein Umweltmanagementsystem eingeführt und zertifiziert (EMAS), bei dem es unser Ziel ist, negative Auswirkungen auf die Umwelt mit der besten verfügbaren Technik zu vermeiden.

Im Oktober 2004 wurde unser Haus als einhundertstes bundesweit und als erstes im Oberbergischen Kreis nach KTQ zertifiziert. Die jetzt erfolgreich durchgeführte Re-Zertifizierung bestätigt uns in unserer Arbeit sowie in unseren Bemühungen um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung. Sie ist jedoch auch gleichzeitig Ansporn, die im Rahmen der Fremdbewertung aufgezeigten Verbesserungsmöglichkeiten auch weiterhin konsequent zu nutzen. Dies alles geschieht im Sinne unseres Leitspruches

"Das Kreiskrankenhaus Gummersbach - im Dienst der Gesundheit".

# Die Strukturdaten des Kreiskrankenhauses Gummersbach

## Basisteil

### A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

Wilhelm-Breckow-Allee 20  
51643 Gummersbach  
info@kkh-gummersbach.de  
www.kkh-gummersbach.de

---

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

260531046

---

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Kreiskrankenhaus Gummersbach GmbH

---

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

Maximalversorgung

---

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

ja  nein

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

ja  nein

A-1.4.1 Arbeiten sonstige Einrichtungen mit dem Krankenhaus zusammen wie

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

A-1.4.2 Gibt es an Ihrem Krankenhaus

- eine Krankenpflegeschule
- eine Kinderkrankenpflegeschule
- eine Krankenpflegehilfeschule

A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

607

---

A-1.5.1 Anzahl der Betten für den Maßregelvollzug<sup>1</sup>

0

---

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten:	<u>20200</u>
Ambulante Patienten:	<u>41425</u>
Davon Privatpatienten:	<u>6205</u>

---

<sup>1</sup> Die forensische Abteilung ist von der KTQ-Zertifizierung ausgenommen.

## A-1.7 A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl <sup>1</sup> 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		85	3503	ha	Ja	Ja
0107	I.M. SP Gastroenterologie					Ja	Nein
0500	Hämatologie/internist.Onkologie		30	722	ha	Ja	Ja
1000	Pädiatrie		45	2043	ha	Ja	Ja
1500	Allgemeine Chirurgie		75	2016	ha	Ja	Ja
1600	Unfallchirurgie		75	2371	ha	Ja	Ja
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe		65	2534	ha	Ja	Ja
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde		39	2200	ha	Ja	Ja
2700	Augenheilkunde		2	120	ba	Nein	Nein
2800	Neurologie		72	2240	ha	Ja	Ja
2900	Allgemeine Psychiatrie		82	1144	ha	Ja	Ja
2951	Allg. Psych./SP Gerontopsychiatrie					Nein	Nein
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie	nb			ha	Ja	Nein
3060	K-/J-psych./Tagesklin. (f. teilstat. PS)		10	80		Ja	Nein
3300	Strahlenheilkunde		12	248	ha	Ja	Nein
3700	Sonstige Fachabteilung	nb				Nein	Nein
3751	Radiologie	nb			ha	Nein	Nein
	Anästhesie	nb			ha	Nein	Nein

\* Nicht bettenführende Abteilung mit fachlich nicht weisungsgebundener Leitung nb eintragen

<sup>1</sup> Bei Intensivmedizin getrennte Angabe der Betten nach Intensivstation/Wachstation

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	P67	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 Gramm	825
2	G67	Magen-Darminfektionen oder Entzündungen der Speiseröhre	751
3	B70	Schlaganfall	661
4	D06	Eingriffe an den Nasennebenhöhlen	655
5	O60	Vaginale Entbindung	612
6	D30	Entfernung der Mandeln	579
7	E77	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	345
8	B80	Kopfverletzungen	344
9	I68	Erkrankungen und Verletzungen der Wirbelsäule	302
10	B76	Epileptische Anfälle	294
11	F67	Bluthochdruck	243
12	D38	Mäßig komplexe Eingriffe an Nase	238
13	O01	Entbindung durch Kaiserschnitt	231
14	F73	Kurze Bewusstlosigkeit und Kollaps	211
15	F62	Herzleistungsschwäche und Schock	211
16	H08	Entfernung der Gallenblase	205
17	G24	Eingriffe bei Leistenbruch	200
18	X62	Vergiftungen durch Medikamente, Drogen und andere Substanzen	196
19	B77	Kopfschmerzen	181
20	F71	Herzrhythmusstörungen	180
21	G65	Darmverschluss	173
22	E71	Bösartige Neubildung der Atmungsorgane	172
23	B69	Vorübergehende Mangel durchblutung des Gehirns	164
24	I24	Kniegelenksspiegelung	162
25	O65	Vorgeburtliche stationäre Aufnahme	161
26	B71	Erkrankungen der Hirn- und peripheren Nerven	158
27	I21	Entfernung von Metall am Bein, komplexe Eingriffe am Arm bzw. Ellenbogengelenk	153
28	F74	Brustschmerzen	138
29	D63	Mittelohrentzündung, Infektionen der oberen Atemwege	133
30	L63	Infektionen der Harnorgane	132

#### A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte

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

Darmzentrum, Unfallschwerpunkt, Tumorschwerpunkt, Brustzentrum, Neonatologischer Schwerpunkt der Stufe 2, Stroke Unit zur Schlaganfallbehandlung, Psychiatrischer Pflichtversorgungsauftrag, Projekt "Schmerzfreies Krankenhaus"

---

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)

Behandlungsmöglichkeiten u.a. für alle ambulant durchführbaren Operationen aus den Bereichen

- Allg. Chirurgie, z.B. Leisten- und Nabelbrüche
- Unfallchirurgie, z.B. Karpaltunnelsyndrome, Gelenkspiegelungen, Versorgung von Verletzungen, Metallentfernungen nach Knochenbrüchen
- HNO, z.B. Mandel- und Polypenoperationen, Eingriffe an der Nase
- Frauenheilkunde, z.B. Gebärmutterspiegelungen, Ausschabungen

In Bereich der Endoskopie besteht die Möglichkeit, ambulant z.B. den Darm oder den Magen untersuchen zu lassen.

Ein Schwerpunkt der ambulanten Tätigkeit liegt in der Chemotherapie unserer Tumorpatienten. Behandlungen sind ebenfalls im Rahmen der psychiatrischen Institutsambulanz möglich, darüber hinaus bieten die einzelnen Fachabteilungen Sprechzeiten im Rahmen der Privatambulanz an. Durch die Kooperation mit einer radiologischen Praxis können kernspintomographische Untersuchungen für ambulante Patienten angeboten werden. Zudem besteht die Möglichkeit, teilstationärer Dialysen.

---

A-2.0 Durchgangsarztverfahren

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

Klinik für Orthopädie, Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie

Besteht die Zulassung zum Verletzungsartenverfahren der Berufsgenossenschaft  
 ja  nein

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung	Vorhanden	Verfügbarkeit 24 Stunden sicherge- stellt	Apparate- gemeinschaft
Computertomographie	Ja	Ja	
Magnetresonanztomographie	Ja	Ja	
Herzkatheterlabor	Nein	Nein	
Szintigraphie	Ja	Ja	
Positronenemissionstomographie	Nein	Nein	
Elektronenzephalogramm	Ja	Ja	
Angiographie	Ja	Ja	
Schlaflabor	Nein	Nein	
Kernspin	Ja	Ja	
Sonographie	Ja	Ja	
Röntgen	Ja	Ja	
Broncho-/Endoskopie	Ja	Ja	
Echoskopie/TEE	Ja	Nein	
Mikrobiologie	Nein	Nein	

### A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

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

### 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

Sonstige?

---

## B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### B-1.1 Innere Medizin

#### B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Herz- und Kreislauferkrankungen, Gastroenterologie, Nephrologie, Pulmonologie

---

#### B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Gastroenterologie

---

#### B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Dialyse, Ein und Zweikammerherzschrittmachersysteme mit ambulanter Nachsorge, "Schluck"-Echokardiographie (auch ambulant)

---

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	G67	Magen-Darminfektionen oder Entzündungen der Speiseröhre	303
2	F67	Bluthochdruck	211
3	F62	Herzleistungsschwäche und Schock	206
4	F71	Herzrhythmusstörungen	174
5	E77	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	163
6	F73	Kurze Bewusstlosigkeit und Kollaps	139
7	F74	Schmerzen im Brustkorb	132
8	X62	Vergiftungen durch Medikamente, Drogen und andere Substanzen	124
9	F72	In Ruhe auftretende Brustschmerzen ("Angina pectoris")	132
10	E65	Chronische Atemwegserkrankung	101

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

	<b>ICD-10 Nummer (3-stellig)</b>	<b>Fälle absolute Anzahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	I50	248	Herzleistungsschwäche
2	I10	212	Bluthochdruck
3	J18	150	Lungenentzündung
4	R07	128	Brustschmerzen
5	R55	127	Bewusstlosigkeit und Kollaps
6	I48	123	Vorhofflattern und -flimmern
7	I20	121	In Ruhe auftretende Brustschmerzen ("Angina pectoris")
8	J44	107	Chron. Bronchitis und Asthma bronchiale
9	K29	93	Magenschleimhaut- und Zwölffingerdarmentzündungen
10	N39	48	Harnwegsinfekt

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

	<b>OPS-301 Nummer (4-stellig)</b>	<b>Fälle absolute Anzahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	1632	863	Magen- und Zwölffingerdarmspiegelung
2	1650	336	Darmspiegelung
3	8854	189	Dialyse
4	8980	177	Intensivmed. Komplexbehandlung
5	1440	32	Gewebeentnahme im oberen Verdauungstrakt
6	1642	60	Endoskopische Darstellung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge
7	5513	60	Endoskopische Operation an den Gallengängen
8	5469	47	Andere Operationen am Darm
9	8152	34	Punktion des Brustkorbes
10	5377	33	Einsetzen eines Herzschrittmachers

**B-1.1 Hämatologie/ internist. Onkologie**

**B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung**

Diagnostik und Behandlung aller Krankheitsbilder aus dem Bereich der Hämatologie und Onkologie, auch in Kooperation mit den chir. Abteilungen und der Strahlenklinik.

---

**B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung**

Diagnostik und Behandlung von Patienten mit onkologischen und hämatologischen Erkrankungen, Anämien und mit angeborenen oder erworbenen Immundefekterkrankungen

---

**B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung**

Ambulante Chemotherapie. Mitglied im Kompetenznetz "Maligne Lymphome" bzw. "Akute und Chronische Leukämien", Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen, Palliativmedizinische Betreuung, Palliativmedizinische Betreuung, Erstellen eines Nachsorgekonzeptes für jeden einzelnen Patienten.

---

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

<b>Rang</b>	<b>DRG 3-stellig</b>	<b>Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)</b>	<b>Fallzahl</b>
1	R61	Lymphknotenerkrankungen und nicht akute Leukämie	102
2	G60	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane	83
3	H61	Bösartige Neubildung im Bereich Leber und Bauchspeicheldrüse	28
4	G67	Magen-Darminfektionen oder Entzündungen der Speiseröhre	25
5	D60	Bösartige Neubildung im HNO-Bereich	24
6	I65	Bösartige Neubildung des Bindegewebes	18
7	R60	Akute myeloische Leukämie	18
8	M60	Bösartige Neubildung der männlichen Geschlechtsorgane	13
9	L62	Neubildungen der Harnorgane	10
10	Q60	Erkrankungen des blutbildenden und des Immunsystems	10

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

	<b>ICD-10 Nummer (3-stellig)</b>	<b>Fälle absolute Anzahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	C34	123	Bösartige Neubildung der Bronchien
2	C16	44	Bösartige Neubildung des Magens
3	C85	36	B-Zell-Lymphom
4	C78	36	Metastasierung am Rippenfell
5	C18	28	Bösartige Neubildung des Enddarms
6	C83	25	Non-Hodgkin-Lymphom
7	C90	23	Plasmozytom
8	C92	22	Akute Myeloische Leukämie
9	C79	18	Metastasierung an sonstigen Lokalisationen
10	C38	11	Bösartige Neubildung am Rippenfell

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

	<b>OPS-301 Nummer (4-stellig)</b>	<b>Fälle absolute Anzahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	8542	203	Nichtkomplexe Chemotherapie
2	8543	60	Mittelgradig komplexe Chemotherapie
3	1424	23	Knochenmarkspunktion
4	8544	14	Hochkomplexe Chemotherapie

- B-1.1 **Pädiatrie**
- B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung  
 Behandlung allgemeiner pädiatrischer Krankheitsbilder
- 
- B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung  
 Neonatologie mit Neugeborenenintensivstation, Kinderchirurgie, Psychosomatik, Epileptologie
- 
- B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung  
 Kinderkardiologie in Kooperation mit der Universitätskinderklinik Köln, Endokrinologie in Kooperation mit der Universitätskinderklinik Leipzig
- 
- B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	G67	Magen-Darminfektionen oder Entzündungen der Speiseröhre	291
2	D30	Operative Entfernung der Mandeln	196
3	P67	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 Gramm	185
4	E77	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	160
5	B80	Kopfverletzungen	131
6	E69	Bronchitis und Asthma bronchiale	59
7	D63	Mittelohrentzündung oder Infektionen der Atemwege	50
8	X62	Vergiftungen durch Medikamente, Drogen und andere Substanzen	50
9	G66	Bauchschmerzen	48
10	B76	Epileptische Anfälle	45

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

	<b>ICD-10 Nummer (3-stellig)</b>	<b>Fälle absolute Anzahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	J35	197	Chron. Mandelentzündung
2	S06	134	Gehirnerschütterung oder kurze Bewusstlosigkeit
3	J18	145	Lungenentzündung
4	A08	129	Virusbedingte Darminfektion
5	A09	69	Magen-Darminfektion und Durchfall
6	P07	61	Betreuung von Frühgeborenen
7	P59	61	Neugeborenen-Gelbsucht
8	R11	55	Übelkeit und Erbrechen
9	K35	38	Akute Blinddarmentzündung
10	R56	35	Krampfanfälle

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

	<b>OPS-301 Nummer (4-stellig)</b>	<b>Fälle absolute Anzahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	5282	126	Entfernung der Rachen- und Gaumenmandeln
2	5200	81	Operation am Trommelfell
3	5790	81	Geschlossene Versorgung eines Knochenbruchs
4	5281	45	Entfernung der Rachenmandeln
5	5289	40	Andere Operationen an Rachen- und Gaumenmandeln
6	5470	36	Blinddarmentfernung
7	5285	31	Polypenentfernung
8	5793	27	Offene Versorgung eines Knochenbruchs am langen Röhrenknochen
9	5205	21	Operation am Mittelohr
10	5892	16	Andere Eingriffe an Haut und Unterhaut

**B-1.1 Allgemeine Chirurgie**

**B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung**

Chirurgie des Bauchraumes und des Brustkorbes, Onkologische Chirurgie, Minimal-invasive Chirurgie, Gefäßchirurgie, Chirurgie der Drüsenorgane

---

**B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung**

Endoskopische Operationen, Onkologische Chirurgie, Gefäßchirurgie, Hernienzentrum

---

**B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung**

Interdisziplinäre Endoskopie und Funktionsdiagnostik des Magen-Darm-Traktes, Tumornachsorge

---

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

<b>Rang</b>	<b>DRG 3-stellig</b>	<b>Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)</b>	<b>Fallzahl</b>
1	H08	Endoskopische Entfernung der Gallenblase	203
2	G24	Operation bei Bauchwand- oder Nabelbruch	199
3	G65	Darmverschluss	128
4	G26	Operation am Enddarm	109
5	G18	Operationen an Dünn- und Dickdarm	105
6	G67	Magen-Darminfektionen oder Entzündungen der Speiseröhre	99
7	K12	Eingriffe an Schild- und Nebenschilddrüse	94
8	G23	Blinddarmoperation	91
9	G25	Eingriff bei Leisten- und Schenkelbruch	65
10	J64	Infektion der Haut und Unterhaut	55

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

	<b>ICD-10 Nummer (3-stellig)</b>	<b>Fälle absolute Anzahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	K80	227	Gallensteine
2	K40	218	Leistenbruch
3	K56	169	Darmverschluss
4	K35	119	Akute Blinddarmentzündung
5	K57	105	Darmausstülpungen (Divertikulose)
6	E04	97	Schilddrüsenvergrößerung ("Kropf")
7	I84	53	Hämorrhoiden
8	K43	51	Bauchwandbruch
9	C18	48	Bösartige Neubildung des Enddarms
10	K42	41	Nabelbruch

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

	<b>OPS-301 Nummer (4-stellig)</b>	<b>Fälle absolute Anzahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	5469	328	Andere Operationen am Darm
2	5511	248	Gallenblasenoperation
3	5530	234	Leistenbruch
4	5572	157	Harnblasenoperation
5	5470	146	Blinddarmoperation
6	5541	128	Verschiedene Operationen im hinteren Bauchraum
7	5455	104	Teilentfernung des Dickdarms
8	5069	88	Andere Schilddrüsenoperationen
9	5062	69	Teilentfernung der Schilddrüse
10	5534	56	Nabelbruchoperationen

**B-1.1 Orthopädie, Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie**

**B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung**

Versorgung von Verletzungen, arthroskop. Chirurgie sämtlicher Gelenke, Handchirurgie, Hüft- und Knieendoprothetik, Versorgung von Wirbelsäulen- Becken- und Vielfachverletzungen, Karpaltunnelsyndrome

---

**B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung**

Unfallschwerpunkt, Handchirurgie, Hüft- und Knieendoprothetik, Kreuzbandchirurgie, mikrochirurgische Wiederherstellung von Nerven und Gefäßen

---

**B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung**

Navigationsgestützte Chirurgie, Sportverletzungen, differenzierte Chirurgie von Fußverletzungen und Deformitäten

---

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

<b>Rang</b>	<b>DRG 3-stellig</b>	<b>Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)</b>	<b>Fallzahl</b>
1	B80	Kopfverletzungen	197
2	I24	Kniegelenksspiegelung	145
3	I21	Entfernung von metallischem Knochenverbindungsmaterial	186
4	I68	Nicht-operativ behandelte Wirbelsäulenerkrankungen und -verletzungen	120
5	I48	Einbau eines künstlichen Hüftgelenks	104
6	I57	Mäßig komplexe Eingriffe an Oberarm, Unterschenkel oder Sprunggelenk	100
7	I08	Hüftgelenks- und Oberschenkelknochenoperation	97
8	I29	Komplexe Operation am Schultergelenk	95
9	I32	Komplexe Operation an der Hand und am Handgelenk	92
10	I13	Komplexe Eingriffe an Oberarm, Unterschenkel oder Sprunggelenk	90

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

	<b>ICD-10 Nummer (3-stellig)</b>	<b>Fälle absolute Anzahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	S06	242	Gehirnerschütterung oder kurze Bewusstlosigkeit
2	S82	198	Unterschenkelbruch
3	S72	156	Oberschenkelbruch
4	S52	150	Unterarmbruch
5	S32	137	Lendenwirbel- und Beckenbruch
6	M23	132	Kniegelenksschaden
7	M17	103	Krankhafte Veränderungen des Kniegelenkes
8	S22	99	Bruch von Rippen,- Brustbein-, Brustwirbelsäule
9	S42	93	Bruch der Schulter oder des Oberarms
10	M16	93	Krankhafte Veränderungen des Hüftgelenkes

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

	<b>OPS-301 Nummer (4-stellig)</b>	<b>Fälle absolute Anzahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	5812	349	Meniskusoperation, arthroskopisch
2	5793	255	Versorgung eines Knochenbruchs im Gelenkbereich langer Röhrenknochen
3	5893	189	Chir. Wundtoilette und Entfernung von erkranktem Gewebe
4	5790	181	Geschlossene Versorgung eines Knochenbruchs
5	5820	158	Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenkes
6	5782	143	Entfernen v. erkranktem Knochengewebe am Becken
7	5800	132	Offen chir. Gelenkoperation
8	5805	129	Operation am Schultergelenk
9	5786	116	Operative Versorgung eines Knochenbruchs
10	5794	92	Versorgung eines Knochenbruchs mit mehreren Bruchstücken

**B-1.1 Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

**B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung**

Behandlung allg. gynäkologischer Krankheitsbilder, Betreuung von Risikoschwangerschaften, endoskopische und Laseroperationen, Diagnostik und Therapie des Brustkrebses

---

**B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung**

Brustzentrum, Geburtshilflicher Schwerpunkt, Gynäkologische Onkologie

---

**B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung**

Ganzheitliche Wochenbettpflege mit 24-Std.-Rooming-in, Akupunktur und Homöopathie in der Geburtshilfe

---

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

<b>Rang</b>	<b>DRG 3-stellig</b>	<b>Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)</b>	<b>Fallzahl</b>
1	P67	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 Gramm	640
2	O60	Vaginale Entbindung ohne Komplikationen	612
3	O01	Entbindung durch Kaiserschnitt	231
4	O65	Vorgeburtliche stationäre Aufnahme	159
5	N21	Entfernung der Gebärmutter ohne schwere Begleiterkrankungen	113
6	J14	Plastische Rekonstruktion der Brust bei bösartiger Neubildung	74
7	O64	Unnütze Wehentätigkeit	62
8	N04	Entfernung der Gebärmutter mit schweren Begleiterkrankungen	53
9	J23	Große Operation an der Brust bei bösartiger Neubildung	40
10	O02	Vaginale Entbindung mit Komplikationen	30

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

	<b>ICD-10 Nummer (3-stellig)</b>	<b>Fälle absolute Anzahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	Z38	537	Lebendgeborenes Kind
2	O70	258	Dammriss unter der Geburt
3	C50	135	Bösartige Neubildungen der Brust
4	O71	119	Verletzungen unter der Geburt
5	D25	109	Gebärmuttermyom
6	O99	78	Sonstige Krankheiten der Mutter bei Schwangerschaft und Geburt
7	O68	69	Komplikation bei Wehen und Entbindung durch kindlichen Gefahrenzustand
8	O60	76	Vorzeitige Wehen
9	O34	60	Betreuung der Mutter bei Anomalie der Beckenorgane
10	O62	47	Abnorme Wehentätigkeit

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

	<b>OPS-301 Nummer (4-stellig)</b>	<b>Fälle absolute Anzahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	5758	481	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Dammriss
2	5749	246	Kaiserschnitt
3	5683	202	Gebärmutterentfernung
4	5401	111	Entfernung einzelner Lymphknoten
5	5738	103	Dammschnitt und Damмнаht
6	5704	91	Operation bei Scheidensenkung, Beckenbodenplastik
7	5885	76	Plastische Wiederherstellung der Brust mit Gewebetransplantation
8	5870	75	Brusterhaltendes Entfernen von erkranktem Gewebe
9	5730	63	Fruchtblasensprengung
10	5651	58	Operation am Eierstock

**B-1.1 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde**

**B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung**

Mittelohr-Mikrochirurgie, endonasale NNH-Chirurgie, Laser-Tumorchirurgie, Operative Versorgung von Mittelgesichtsfrakturen, Haut- und Knochentransplantationen, Diagnostik von Gleichgewichtsstörungen

---

**B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung**

Mittelohr-Mikrochirurgie, plastische Gesichts- und Tumorchirurgie

---

**B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung**

Computergestützte OP-Navigation, Allergietestungen

---

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

<b>Rang</b>	<b>DRG 3-stellig</b>	<b>Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)</b>	<b>Fallzahl</b>
1	D06	Eingriff an den Nasennebenhöhlen bzw. am Mittelohr	639
2	D30	Operative Entfernung der Mandeln	383
3	D38	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase	236
4	D63	Mittelohrentzündungen und Infektionen der oberen Atemwege	72
5	D37	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase	71
6	D66	Krankheiten im HNO-Bereich	58
7	D60	Bösartige Neubildung im HNO-Bereich	56
8	D61	Gleichgewichtsstörungen und Schwindel	48
9	D12	Eingriffe an Nase, Ohr, Mund oder Hals	37
10	D24	Große Eingriffe bei Krankheiten und Störungen im HNO-Bereich	33

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

	<b>ICD-10 Nummer (3-stellig)</b>	<b>Fälle absolute Anzahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	J32	431	Chronische Nasennebenhöhlenentzündung
2	J34	373	Sonstige Krankheiten der Nase und Nasennebenhöhlen
3	J35	201	Chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln
4	J38	88	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes
5	H66	83	Eitrige Mittelohrentzündung
6	C32	50	Bösartige Neubildung des Kehlkopfes
7	J36	46	Abszess an den Mandeln
8	S02	41	Schädel- oder Gesichtsschädelbruch
9	H81	37	Störungen des Gleichgewichtsorgans und Schwindel
10	D11	35	Gutartige Neubildung der großen Speicheldrüsen

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

	<b>OPS-301 Nummer (4-stellig)</b>	<b>Fälle absolute Anzahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	5215	1596	Operation an der unteren Nasenmuschel
2	5214	714	Plastische Operation an der Nasenscheidewand
3	5224	433	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen
4	5281	292	Mandelopoperation
5	5221	146	Operation an der Kieferhöhle
6	5202	97	Operation am Warzenfortsatz und am Mittelohr
7	5300	82	Entfernung von erkranktem Gewebe am Kehlkopf
8	5218	75	Plastische Rekonstruktion der Nase
9	5403	74	Radikale Lymphknotenentfernung am Hals
10	5204	71	Rekonstruktion des Mittelohrs

B-1.1 **Augenheilkunde**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Operationen des grauen und grünen Stars, Schiel- und Netzhautoperationen, Hornhauttransplantationen

---

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Kataraktchirurgie

---

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Augenärztliche Frühgeborenenendiagnostik

---

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	C08	Entfernung der Augenlinse	106
2	C64	Grauer Star, Linsentrübung und Erkrankung des Augenlids	6
3	C60	Akute und schwere Augeninfektionen	2
4	C63	Andere Erkrankungen am Auge	1
5	C20	Andere Operation am Auge	1

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

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	H25	68	Grauer Star (Altersstar)
2	H26	44	Sonstige Linsentrübung
3	H44	2	Erkrankung des Augapfels
4	H40	1	Grüner Star
5	H53	1	Sehstörungen

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

	<b>OPS-301 Nummer (4-stellig)</b>	<b>Fälle absolute Anzahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	5144	107	Entfernung der Augenlinse
2	5149	1	Operation an der Augenlinse
3	5129	1	Operation an der Hornhaut

B-1.1 **Neurologie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems, Störungen des vegetativen Nervensystems und der Muskulatur, Schlaganfälle, Epilepsien, Botulinumtoxin-Injektionen

---

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Schlaganfallbehandlung auf der Stroke-Unit, Botulinumtoxin-Injektionen bei Erkrankungen mit Bewegungsstörungen

---

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Vorsorge, Begutachtung, neurolog. Rehabilitation

---

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

<b>Rang</b>	<b>DRG 3-stellig</b>	<b>Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)</b>	<b>Fallzahl</b>
1	B70	Schlaganfall	651
2	B76	Epileptische Anfälle	245
3	B69	Vorübergehende Mangel durchblutung des Gehirns	163
4	B77	Kopfschmerzen	150
5	I68	Erkrankungen und Verletzungen der Wirbelsäule	144
6	B71	Erkrankung an Hirn- oder anderen Nerven	137
7	B67	Krankhafte Veränderungen des Nervensystems	82
8	D61	Gleichgewichtsstörung (Schwindel)	78
9	B67	Erkrankung des Nervensystems bei M. Parkinson	68
10	B68	Multiple Sklerose	67

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

	<b>ICD-10 Nummer (3-stellig)</b>	<b>Fälle absolute Anzahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	I63	597	Hirnfarkt
2	G40	228	Epilepsie (Fallsucht)
3	G45	166	Zeitweilige Durchblutungsstörung des Gehirns
4	M54	91	Schmerzen in der Lendenwirbelsäule
5	G35	67	Multiple Sklerose
6	G44	61	Sonstige Kopfschmerzsyndrome
7	G43	45	Migräne
8	I61	44	Gehirnblutung
9	R51	44	Kopfschmerzen
10	G51	37	Erkrankung der Gesichtsnerven

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

	<b>OPS-301 Nummer (4-stellig)</b>	<b>Fälle absolute Anzahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	1204	438	Entnahme von Hirnwasser
2	8981	311	Neurolog. Komplexbehandlung des Schlaganfalls

B-1.1 **Allgemeine Psychiatrie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Behandlung sämtlicher erwachsenen-psychiatrischer Krankheitsbilder mit biologischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Methoden

---

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Gerontopsychiatrie, Psychosomatik, Suchtkrankheiten

---

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

berufliche Rehabilitation

---

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

	<b>ICD-10 Nummer (3-stellig)</b>	<b>Fälle absolute Anzahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	F32	260	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
2	F20	256	Paranoid-halluzinatorische Psychose
3	G30	76	Alzheimer-Krankheit
4	F33	73	Depressive Störung
5	F25	67	Schizophrenie
6	F60	56	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
7	F10	54	Psychische oder Verhaltensstörungen durch Alkohol
8	F43	47	Schwere Belastungsreaktion
9	F03	34	Demenz
10	F06	26	Psychische Störungen durch Schädigung des Gehirns

B-1.1 **Kinder- und Jugendpsychiatrie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Gesamtes Spektrum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neuropsychologische Diagnostik, Reha- medizinische Beurteilung und Behandlungsplanung

---

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Psychosomatik

---

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Tagesklinik

---

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

	<b>ICD-10 Nummer (3-stellig)</b>	<b>Fälle absolute Anzahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	F90	20	Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
2	F93	5	Angststörungen im Kindesalter
3	F94	4	Störung der sozialen Funktionen
4	F91	4	Störungen des Sozialverhaltens
5	F84	3	Tiefgreifende Entwicklungsstörung
6	F32	3	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
7	F42	2	Zwangsstörung
8	F95	1	Bewegungs-("TIC"-)Störungen
9	F43	1	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

B-1.1 **Strahlenheilkunde**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Strahlentherapie mit zwei Linearbeschleunigern, dreidimensionale Bestrahlungsplanung und Therapiesimulator, nuklearmedizinische Untersuchungen

---

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Organerhaltende Therapiekonzepte, Behandlung von Hirntumoren und Brustkrebs, Früherkennung von Knochenveränderungen und Neubildungen

---

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Kooperationen mit den chirurgischen Abteilungen und der Hämatologie/Onkologie, Psychoonkologie, "Sentinel-Node"-Darstellung bei Brustkrebstherapie

---

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	G29	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten der Verdauungsorgane, mehr als 8 Bestrahlungen	52
2	G27	Strahlentherapie bei Krankheiten der Verdauungsorgane	23
3	I39	Strahlentherapie bei Krankheiten des Muskel-Skelettsystems, über 8 Bestrahlungen	22
4	E08	Strahlentherapie bei Krankheiten der Atmungsorgane	16
5	B16	Strahlentherapie bei Krankheiten des Nervensystems, weniger als 11 Bestrahlungen	16
6	B15	Strahlentherapie bei Krankheiten des Nervensystems, über 10 Bestrahlungen	15
7	I54	Strahlentherapie bei Krankheiten des Muskel-Skelettsystems, weniger als 9 Bestrahlungen	13
8	G60	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane	12
9	N15	Strahlentherapie bei Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane	7
10	R06	Strahlentherapie bei Krankheiten des blutbildenden Systems	6

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

	<b>ICD-10 Nummer (3-stellig)</b>	<b>Fälle absolute Anzahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	C79	65	Bösartige Tumorabsiedlung im Gehirn
2	C20	60	Bösartige Neubildung des Mastdarms
3	C34	18	Bösartige Neubildung in der Lunge
4	C21	15	Bösartige Neubildung des Enddarms
5	C71	9	Bösartige Neubildung des Gehirns
6	C10	8	Bösartige Neubildung des Mund-Rachenraumes
7	C51	7	Bösartige Neubildung des Muttermunds
8	C77	6	Bösartige Neubildung der Lymphknoten
9	C16	6	Bösartige Neubildung des Magens
10	C52	5	Bösartige Neubildung der Scheide

B-1.1 **Radiologie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Sämtliche modernen radiologischen Verfahren einschließlich der Spiral-Computer-Tomographie (CT), Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT), Mammographie und Gefäßuntersuchungen mittels DSA

---

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Vakuum- Stereotaxie (Fischer-Tisch) zur schonenden Brustkrebs-Frühdagnostik

---

B-1.1 **Anästhesie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Alle modernen Lokal-, Regional- und Allgemeinanästhesieverfahren, Intensiv- und Notfallmedizin, Schmerztherapie

---

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Blutsparende Verfahren mit der Möglichkeit der Eigenblutspende und Einsatz des Cell- Savers

---

## 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. Kinderkrankenschwester/-pfleger zur Verfügung? ja(j)/nein(n)
0100	Innere Medizin	8,31	Nein	Nein
0107	I.M. SP Gastroenterologie		Nein	Nein
0500	Hämatologie/internist.Onkologie	9,8	Nein	Nein
1000	Pädiatrie	5,7	Ja	Ja
1500	Allgemeine Chirurgie	7,63	Ja	Ja
1600	Unfallchirurgie	9,56	Ja	Ja
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5,3	Ja	Ja
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	5,55	Ja	Ja
2700	Augenheilkunde	2,01	Ja	Ja
2800	Neurologie	9,91	Ja	Ja
2900	Allgemeine Psychiatrie	23,91	Ja	Ja
2951	Allg. Psych./SP Gerontopsychiatrie		Nein	Nein
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie	31,29	Ja	Ja
3060	K-/J-psych./Tagesklin. (f. teilstat. PS)		Nein	Nein
3300	Strahlenheilkunde	15,59	Nein	Nein
3700	Sonstige Fachabteilung		Nein	Nein
3751	Radiologie		Nein	Nein
	Anästhesie		Ja	Ja

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

Anzahl der Behandlungen nach § 116 SGB V pro Jahr:

36951

---

### B-1.9 Spezifisch für die Fachabteilung:

#### Frauenheilkunde und Geburtshilfe

### B-1.9.1 Anzahl der Geburten pro Jahr

882

---

### 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

## Anästhesie

B-1.9.9 A Anzahl der Anästhesien insgesamt

differenziert nach:

Anzahl der Allgemeinanästhesien	8214
Anzahl der Regionalanästhesien	1204

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

ASA 1	27,4
ASA 2	54,5
ASA 3	16,4
ASA 4	1,6
ASA 5	0,1

## B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

2363

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
0100	Innere Medizin	1	13421	Darmspiegelung	455
		2	13400	Magenspiegelung	254
1500	Allgemeine Chirurgie	1	31101	Operation einer Vorhautverengung	69
		2	31212	Implantation eines Katheterverweilsystems	67
		3	31153	Leistenbruchoperation	20
		4	31152	Nabelbruchoperation	10
		5	31211	Entfernung eines Katheterverweilsystems	9
1600	Unfallchirurgie	1	31132	Operationen an Knochen und Gelenken	164
		2	31242	Operation des Karpaltunnelsyndroms	114
		3	31121	Operationen an Schleimbeuteln	103
		4	31142	Gelenkspiegelung	98
		5	31122	Operationen an Muskeln und Sehnen	88
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1	31301	Entnahme eines keilförmigen Gewebestückes aus dem Muttermund	302
		2	31312	Bauchspiegelung	78
		3	31311	Gebärmutterspiegelung	70
		4	31112	Operation an der Brust	37
		5	31313	Lokale Entfernung von Gewebe an den Eierstöcken	14
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	1	31232	Entfernung der Rachenmandel	126
		2	31231	Operation am Mittel- und Innenohr	120
		3	31102	Hauttransplantation bzw. plastische Deckung eines Hautdefektes	29
		4	31273	Eingriff an Nase, Ohr, Hals	19
		5	31222	Operation am Gesichtsschädelknochen	8

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

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)	0
Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)	166
Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)	1195

## B-2.4 Personalqualifikationen 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 <sup>1</sup>	Anzahl der Ärzte im Praktikum	Liegt eine Weiterbildungsbefugnis vor Ja (j)/ nein (n)
0100	Innere Medizin	Ja	20.00	15.00	5.00	2.00		Ja
0500	Hämatologie/internist. Onkologie	Ja	3.00	1.00	2.00			Nein
1000	Pädiatrie	Ja	10.00	8.00	2	1.00		Ja
1500	Allgemeine Chirurgie	Ja	12.00	5.00	7.00	1.00		Ja
1600	Unfallchirurgie	Ja	15.00	6	9	4.00		Ja
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Ja	11.00	5.00	6.00			Ja
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Ja	9.00	5.00	4.00			Ja
2700	Augenheilkunde	Ja						Nein
2800	Neurologie	Ja	12.00	7.00	5.00			Ja
2900	Allgemeine Psychiatrie	Ja	10.00	4.00	6.00			Ja
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Ja	4.00	2.00	2.00			Ja
3300	Strahlenheilkunde	Ja	3.00	1.00	2			Ja
3700	Sonstige Fachabteilung	Nein	27.00	14	13			Nein
3751	Radiologie	Ja	7.00	2.00	5.00	1.00		Ja
	Anästhesie	Ja	24.00	13.00	11.00			Ja
	<b>Gesamt</b>		167,00	88,00	79,00	9,00		

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

13

<sup>1</sup> Facharzt mit Zusatzbezeichnung

## B-2.5 Personalqualifikationen 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 Krankenschwefler/ in (1 Jahr)	Wird Hilfspersonal eingesetzt Ja (j)/ nein (n)
0100	Innere Medizin	62	92	10	3	Ja
0500	Hämatologie/internist. Onkologie	14	100	10		Nein
1000	Pädiatrie	52	96	11		Nein
1500	Allgemeine Chirurgie	34	85	15	8	Ja
1600	Unfallchirurgie	27	82	14	7	Ja
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	40	95	15	2	Nein
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	16	81	15	10	Ja
2700	Augenheilkunde	2	100	30		Nein
2800	Neurologie	41	97	12	2	Ja
2900	Allgemeine Psychiatrie	70	95	18	3	Ja
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie	7	86	28	14	Nein
3300	Strahlenheilkunde	5	100	15	2	Nein
3700	Sonstige Fachabteilung	72	89	41	3	Nein
3751	Radiologie					Nein
	Anästhesie					Nein
	<b>Gesamt</b>	442,00	80	16	4	

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

0,5 %

---

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)

33%

---

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

Ärztlicher Dienst	126,76
Pflegedienst <sup>1</sup>	347,56
Medizinisch-Technischer Dienst	96,0
Funktionsdienst	95,75
Klinisches Hauspersonal	6
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	20,16
Technischer Dienst	15,89
Verwaltungsdienst	48,16
Sonderdienste	1
<hr/>	
Sonstiges Personal	
30,3	

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

Anzahl der Mitarbeiter in der Anästhesie	8
Anzahl der Mitarbeiter im OP	8
Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter im Verwaltungsdienst	8
Anzahl der Mitarbeiter in der Hygiene	2
Anzahl der Mitarbeiter für die Praxisanleitung	8
Anzahl der Stomatherapeut(en)	4
Anzahl der Diabetesfachschwester(n)	0
Anzahl der Mitarbeiter in der Ernährungsfachpflege	0
Anzahl der Qualitäts-/ Prozessberater	0
<hr/>	
Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)	
0	

B-2.9 Weitere Berufsgruppen (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)

Anzahl der Sozialarbeiter	13
Anzahl der Dipl.-Psychologen	8
<hr/>	
Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)	
0	

<sup>1</sup> Zum Pflegedienst werden in der Psychiatrie auch die Heilerziehungspflege und die Altenpflege gezählt.

## C Qualitätssicherung

### C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

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

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

19	Totalendoprothese(TE P bei Koxarthrose)	Ja	Ja	99,0	
00	Gesamt			99,4	

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

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

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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP Qualitätssicherungsmaßnahmen teil:

Brustkrebs  
Koronare Herzkrankheit

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

Leistung <sup>1</sup>	OPS der einbezogenen Leistungen <sup>1</sup>	Mindestmenge <sup>1</sup> (pro Jahr) pro KH / pro gelistetem Operateur <sup>2</sup>	Leistung wird im Kranken- haus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH (4a)/ pro gelistetem Opera- teur (4b) <sup>2</sup>		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichts- jahr
				4a	4b	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
01 Lebertransplantation		10	Nein			
02 Nierentransplantation		20	Nein			
03 Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus		5/5	Ja			
	5-427.2**		Ja	1	1	
	5-427.x**		Ja	1	1	
04 Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas		5/5	Ja			
	5-521.0		Ja	1	1	
	5-521.2		Ja	4	4	
	5-524.0		Ja	4	4	
	5-524.1		Ja	1	1	
05 Stammzellentransplantation		12+/- 2 [10-14]	Nein			

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

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

## **C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V**

Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung, die erbracht werden, obwohl das Krankenhaus/der Arzt die dafür vereinbarten Mindestmengen unterschreitet, sind an dieser Stelle unter Angabe des jeweiligen Berechtigungsgrundes zu benennen (Ausnahmetatbestände gem. Anlage 2 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V, Votum der Landesbehörde auf Antrag nach § 137 Abs. 1 S. 5 SGB V )

Für diese Leistungen ist hier gem. § 6 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 jeweils auch darzustellen, mit welchen ergänzenden Maßnahmen die Versorgungsqualität sichergestellt wird.

03 Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus

Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand

Beachtung der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung

Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung

---

## **Systemteil**

### **D Qualitätspolitik**

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

#### **Qualitätsphilosophie**

Wer sich mit Gedanken zur Qualität im Bereich der Medizin auseinander setzt, stößt früher oder später auf die Tatsache, dass Forderungen nach entsprechenden Regelwerken für Diagnose, Therapie und Pflege keine Erfindung unserer Tage sind, sondern vielmehr eine lange Tradition haben. So findet sich Patientenzufriedenheit, eine der Leitideen des modernen Qualitätsmanagements, bereits im Namen des altägyptischen Arzt-Wesirs Imhotep (2800 v. Chr.), was übersetzt so viel wie "Jener, der Zufriedenheit bringt" bedeutet.

Nachdem In vielen Bereichen Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement schon seit vielen Jahren eine große Rolle spielen, kommt diesem Thema nunmehr auch im Gesundheitswesen eine stetig wachsende Bedeutung zu. So wurde mit Inkrafttreten des Gesundheitsreform-gesetzes 1989 die Qualitätssicherung erstmals als unverzichtbarer Bestandteil der ärztlichen Versorgung rechtsbindend verankert und in einem weiteren Schritt im Jahr 2000 die gesetzliche Verpflichtung zur Qualitätssicherung erheblich erweitert. Seither werden alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen für die Qualität der Leistungen und deren Sicherung in die Verantwortung genommen.

Das Kreiskrankenhaus Gummersbach als ein Haus der regionalen Spitzenversorgung mit insgesamt 607 Planbetten in 14 Fachabteilungen wird dieser Entwicklung und seinem Qualitätsanspruch dadurch gerecht, indem es bereits seit längerem diverse Maßnahmen zur internen und externen Qualitätssicherung durchführt. Es ist dadurch in diesem Bereich ausgesprochen gut positioniert.

Die Qualität der Patientenversorgung auf einem möglichst hohen Niveau zu halten steht dabei im Zentrum aller Qualitätsbemühungen. Die dafür getroffenen Maßnahmen sind eine Dienstleistung zugunsten aller Patienten und Mitarbeiter und sollen vertrauensbildend und kommunikationsfördernd wirken.

#### **Qualitätsziele**

Gemäß unserem Leitbild streben wir für unsere Patienten die bestmögliche medizinische, pflegerische und administrative Betreuung an. Insofern steht im Kreiskrankenhaus Gummersbach die Qualität der medizinischen Leistungserbringung - mithin die Genesung unserer Patientinnen und Patienten - im Zentrum unseres Selbstverständnisses. Für Patienten wie auch für behandelnde Ärzte steht eine komplikationsarme sowie mit einem guten kurz- und langfristigen Ergebnis behaftete Behandlung im Vordergrund. Um diesem Anspruch an eine hochwertige Patientenversorgung gerecht zu werden, kommen neben den verpflichtenden eine Vielzahl freiwilliger Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Anwendung. Das Ziel ist eine bestmögliche Ergebnisqualität, die auch messbar ist.

Nur motivierte, gut ausgebildete und zufriedene Mitarbeiter sind in der Lage, qualitativ hochwertige Arbeit zu leisten, was direkt und unmittelbar der guten Betreuung von Patientinnen und Patienten zugute kommt. Die Mitarbeiterorientierung spielt daher in jedem Qualitätsmanagementsystem eine zentrale Rolle und hat sich zum Inbegriff eines zeitgemäßen Führungs- und Organisationskonzeptes entwickelt.

Nach dem Motto "Betroffene zu Beteiligten machen" werden Mitarbeiter soweit als möglich in Gestaltungs-, Verbesserungs-, Innovations- und Entscheidungsprozesse einbezogen.

Darüber hinaus wird den Beschäftigten ein breit angelegtes Angebot an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zugänglich gemacht. Die Abteilung "Innerbetriebliche Fortbildung" bietet dazu u. a. rund 200 interne Schulungen und Kurse jährlich an.

Ein Unternehmen von der Größe und Bedeutung unseres Krankenhauses hat eine besondere Verantwortung im Umgang mit der Umwelt und wir betrachten den Erhalt der natürlichen Lebensgrundlage als wichtiges Anliegen. Wir haben deshalb ein Umweltmanagementsystem eingeführt und im Jahr 2006 erfolgreich rezertifiziert (EMAS), bei dem es unser Ziel ist, negative Auswirkungen auf die Umwelt mit der besten verfügbaren Technik zu vermeiden.

## E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

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

Qualitätsmanagement wird im Kreiskrankenhaus Gummersbach als umfassende Anstrengung verstanden, durch die Mitwirkung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Gesundheit unserer Patientinnen und Patienten bestmöglich zu unterstützen. Qualitätsmanagement beinhaltet aber auch einen fortwährenden Prozess, auf der Basis einer exakten Kenntnis des Ist-Status durch Eingriff und nachfolgende Messung des Qualitätsniveaus kontinuierlich Abläufe, und damit letztlich Ergebnisse, zu verbessern.

Die unterschiedlichen Qualitätsansprüche von Patienten, Mitarbeitern Kostenträgern etc. durch ein systematisches Qualitätsmanagement in einen harmonischen Einklang zu bringen, ist originäre Führungsaufgabe. Die Betriebsleitung als oberstes Organ der Krankenhausführung zeichnet daher alle Qualitätsziele ab und ist somit verantwortlich eingebunden.

Um der hohen Bedeutung dieses Themas gerecht zu werden, wurde das Qualitätsmanagement in unserem Haus als Stabsstelle organisiert und damit direkt der Geschäftsführung zugeordnet. Diese Stabsstelle ist mit einem Mediziner besetzt, der über jahrelange Erfahrung in der Qualitätssicherung verfügt. Er koordiniert und überwacht die vielfältigen Qualitätssicherungsmaßnahmen des Hauses und ist als Projektleiter für die Zertifizierung nach KTQ verantwortlich.

Der sog. kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP) wird durch eine Lenkungsgruppe unter Vorsitz des Qualitätsmanagement-Beauftragten strukturiert und gesteuert. Ziel ist es hierbei, dass in der Selbst- und Fremdbewertung nach KTQ aufgezeigte Verbesserungspotential durch Änderung von Abläufen und Prozessen umzusetzen. Dazu setzt die Lenkungsgruppe QM problemorientiert Arbeitsgruppen ein, deren Ergebnisse der Betriebsleitung zur Genehmigung vorgelegt werden.

Darüber hinaus wurden diverse weitere Beauftragte für qualitätssichernde Maßnahmen, z.B. Qualitätsbeauftragte für den pflegerischen Bereich, Hygiene-, Transfusions-, Umweltmanagement- und Gefahrgutbeauftragte benannt, deren Tätigkeiten z. T. gesetzlich geregelt sind.

Zur Verbesserung der fachübergreifenden Zusammenarbeit und zur Standardisierung von Diagnostik und Behandlung wurde eine Leitlinien-Kommission etabliert, in der alle Fachdisziplinen des Hauses und die Pflegedienstleitung vertreten sind.

Neben den krankenhausweiten existieren auch diverse Qualitätsprojekte auf Abteilungs- bzw. Bereichsebene. Exemplarisch kann hier die verbindliche Anwendung von Standard-Pflegeplänen genannt werden, die sich an Pflegetheorien orientieren und auf den jeweiligen Stationen verfügbar sind.

Da sich auch bei noch so sorgfältiger Arbeitsweise Beschwerden nicht vermeiden lassen, wurde eine unabhängige Patientenbeschwerdestelle eingerichtet. Diese besteht aus externen Mitgliedern und tagt mehrfach im Jahr. Aufgrund einer Beschwerde können offensichtlich gewordene Mängel beseitigt und damit zukünftige Beschwerden vermieden werden. Die Patientenbeschwerdestelle erstattet einen jährlichen Bericht an den Verwaltungsrat.

## **E-2 Qualitätsbewertung**

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

### **Zertifizierung nach KTQ**

Im Oktober 2004 wurde das Krankenhaus als hundertstes bundesweit und als erstes im Oberbergischen Kreis nach KTQ (**K**ooperation für **T**ransparenz und **Q**ualität im Gesundheitswesen) zertifiziert.

In diversen Arbeitsgruppen beteiligten sich über 100 MitarbeiterInnen aller Bereiche und Hierarchieebenen an diesem Projekt. Bemerkenswert ist, dass die Bereitschaft zur freiwilligen Mitarbeit hierbei erfreulich groß war. Die Arbeitsgruppen trafen sich in mindestens zweiwöchigem Turnus und erarbeiteten die Antworten neben ihrer eigentlichen Tätigkeit.

Bereits während dieser Selbstbewertung, bei der es um Themen wie Patienten- und Mitarbeiterorientierung, Informationswesen, Sicherheit, Krankenhausführung und Qualitätsmanagement ging, konkretisierte sich an vielen Stellen Verbesserungspotential, das von den Arbeitsgruppen benannt und dokumentiert wurde. Diese Erkenntnisse, aber auch der Visitationsbericht, dienen als Grundlage für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

Bei der im September 2004 durchgeführten Fremdbewertung wurden 72% der möglichen Punktzahl erreicht und damit die zur Erteilung des Zertifikats erforderliche Quote von insgesamt 55% deutlich übertroffen, dieses sogar in jeder einzelnen der sechs Bewertungskategorien. Damit erfüllte unser Krankenhaus bereits seinerzeit die ab 2005 geltenden, strengeren Anforderungen für diese Zertifizierung.

Die bisherigen Qualitätsbemühungen des Krankenhauses erfuhren durch das Ergebnis dieser Fremdbewertung und die daraufhin erfolgte Zertifizierung eine eindrucksvolle Bestätigung.

### **Erhalt des EMAS-Gütesiegels**

Betriebliches Umweltmanagement ist auch im Gesundheitswesen Ausdruck eigenverantwortlichen Handelns der Wirtschaftsbeteiligten und unverzichtbares Instrument zum Schutz von Umwelt und natürlichen Ressourcen. Der Erhalt der natürlichen Umwelt als Lebensgrundlage ist dem Kreiskrankenhaus Gummersbach daher ein besonderes Anliegen. Wir streben an, alle möglichen Maßnahmen zu ergreifen, um Ökologie und Ökonomie in Einklang zu bringen.

Das 1995 eingeführte europäische Umwelt - Audit - System „EMAS“ (Eco Management and Audit Scheme) unterstützt diesen Gedanken und hat sich als effektives Instrument des Umweltmanagements mittlerweile in vielen Unternehmen und Institutionen bewährt. EMAS ist die Bezeichnung eines europaweiten Systems für Umweltmanagement und -betriebsprüfung.

Ergänzend zum herkömmlichen, ordnungsrechtlichen System des Umweltschutzes, das auf staatlichen Vorgaben beruht, bietet EMAS Anreize für Unternehmen, ihren betrieblichen Umweltschutz über die rechtlichen Mindestanforderungen hinaus kontinuierlich zu verbessern.

Bereits im Jahr 2003 wurde nach intensiver Vorbereitung und dem Aufbau eines Umweltmanagementsystems unserem Haus als einem der ersten Krankenhäuser das begehrte EMAS Gütesiegel der IHK - Duisburg mit der Registrierung Nr. D - 142 - 00068 erteilt.

Im Sommer 2006 wurde nach erfolgreicher Re-Validierung auf Basis der geänderten Anforderungen der EN ISO 14001:2004 das Zertifikat für weitere drei Jahre erteilt. Die bestandene Prüfung durch den externen Umweltgutachter Dipl.-Ing. Stefan Krings ( DE - V - 0168 ) Krings & Partner , 40883 Ratingen, ist auch ein Signal an die regionale Wirtschaft, dem positiven Beispiel zu folgen.

Die aktuelle Umwelterklärung des Krankenhauses finden Sie unter [www.emas-logo.de](http://www.emas-logo.de).

### **Zertifizierungen nach EN ISO**

Das Qualitätsmanagementsystem der Zentralen Sterilgutversorgung wurde im Jahr 2006 nach EN ISO 13485:2003 zertifiziert. Besonderer Wert wurde darauf gelegt, dass dieses System auch der Empfehlung des Robert-Koch-Institutes „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ gerecht wird. Die Beschreibungen des QM-Systems bildet die gesamte Prozesskette der Aufbereitung, beginnend mit der sachgerechten Vorbereitung, dem Transport der zu sterilisierenden Güter über die Reinigung, Desinfektion inkl. Spülung und Trocknung, Prüfung auf Sauberkeit und Unversehrtheit, Pflege, Instandsetzung und Funktionsprüfung, Kennzeichnung, Verpacken, Sterilisation und Freigabe, ab.

Das Institut für Pathologie hat sich als Kooperationspartner des Darmzentrums Südwestfalen Olpe/Lennestadt nach ISO 9001:2000 zertifizieren lassen. Dazu wurde in einem Audit überprüft, ob das Qualitätsmanagement in diesen Bereichen den Anforderungen dieser internationalen Norm entspricht. Darüber hinaus wurde ein Qualitätsmanagement-System implementiert, dass in Kürze einer Akkreditierung nach EN ISO IEC 17020 unterzogen wird.

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

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

Zu den ersten medizinischen Qualitätssicherungsmaßnahmen in Deutschland zählten die 1975 in Bayern eingeführten Perinatalerhebungen, die nach und nach von allen Bundesländern übernommen wurden. In den 80er Jahren folgten Pilotstudien in chirurgischen Fächern, die in externe Qualitätssicherungsprogramme für Krankenhäuser auf Landesebene mündeten.

Die externe vergleichende Qualitätssicherung ist für einige, insbesondere operative Bereiche seit 2001 gesetzlich verpflichtend. Im Jahr 2006 wurden daher bei 12 verschiedenen operativen Verfahren sowie bei der ambulant erworbenen Pneumonie qualitätsrelevante Daten von insgesamt 2156 Patienten erhoben und zur Auswertung an die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) weitergeleitet. Dies entspricht einer Dokumentationsrate von 99,4%, die damit besser ist als im Bundesdurchschnitt (98,2%). Die Auswertungen darüber stehen ab Mai 2007 zur Verfügung und dienen in den jeweiligen Fachbereichen als Grundlage für fachliche Diskussionen und Verbesserungsprozesse.

Rückblickend auf das Verfahrensjahr 2006, dessen Ergebnisse in 2007 ausgewertet und übermittelt wurden, erzielten wir, auch im Vergleich mit den anderen teilnehmenden Krankenhäusern, durchweg gute Ergebnisse.

So ergaben sich bei nur 19 von insgesamt 239 medizinisch-pflegerischen Qualitätszielen, den sog. Qualitätsindikatoren, Auffälligkeiten, die im Rahmen des sog. strukturierten Dialoges zu einem Hinweis von Seiten der Geschäftsstelle Qualitätssicherung führten. Hausintern werden die Fachbereiche im Falle eines solchen Hinweises der BQS zu einer Stellungnahme aufgefordert, die dem Qualitätsbeauftragten und der Betriebsleitung vorgelegt wird.

Bemerkenswert ist, dass viele Auffälligkeiten nicht durch Komplikationen oder Wundinfektionen, sondern aufgrund geringer Fallzahlen statistisch bedingt sind. Ein weiterer, häufig kritizierter Grund für auffällige Ergebnisse sind Fragestellungen in den Erhebungsbögen, die die besonderen Umstände des Einzelfalles nicht berücksichtigen. Daraus ergibt sich in der Auswertung, bei wahrheitsgetreuer Beantwortung der Fragen, ein verzerrtes Bild der tatsächlichen Gegebenheiten, so dass diese Form der Qualitätsdarstellung insgesamt nur sehr eingeschränkt verwertbar ist. Wir haben festgestellt, dass sich nahezu alle Abweichungen bei individueller Betrachtung der jeweiligen Fälle plausibel erklären und begründen lassen, und nicht auf Qualitätsmängel zurückzuführen sind.

## **F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum**

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

### **Brustzentrum / DMP Brustkrebs**

Das Kreiskrankenhaus Gummersbach wurde vom NRW-Gesundheitsministerium als eine von landesweit 35 Kliniken als Brustzentrum anerkannt. Dadurch soll den Brustkrebspatientinnen die bestmögliche Behandlung garantiert werden und die Weichen für spürbare Qualitätsverbesserungen in der Behandlung und Versorgung gestellt werden. Um die technische und personelle Ausstattung des Krankenhauses herum wird dabei ein ganzes Netzwerk geknüpft, bei dem es vom Tag der Erkennung über die Behandlung im Krankenhaus bis zur anschließenden Reha einen kompletten Behandlungsleitfaden gibt. Dabei arbeiten niedergelassene Ärzte, Klinik und Reha eng verzahnt zusammen.

Zur Anerkennung als Brustzentrum sind einige weitere Voraussetzungen notwendig: So müssen mindestens 150 Erstoperationen (50 je Operateur) jährlich durchgeführt werden und das Haus über einen gewissen technischen Standard verfügen. Die Anschaffung des "Fischertisches", über den bundesweit nur ca. 50 Kliniken verfügen, erlaubt bereits die Erkennung von Vorstufen einer Brustkrebserkrankung durch einen minimalen ambulanten Eingriff. Der Frau wird damit die offenchirurgische Entnahme einer Gewebeprobe an der Brust erspart.

Darüber hinaus nimmt das Kreiskrankenhaus Gummersbach am Disease-Management-Programm (DMP) "Brustkrebs" teil. Bei diesem strukturierten Behandlungsprogramm arbeiten alle Leistungserbringer, also Haus-, Fach- sowie Krankenhausarzt, Hand in Hand zusammen. Die an dem Programm teilnehmenden Patientinnen werden nach evidenz- (= erfahrungs-) basierten Leitlinien behandelt und zu regelmäßigen Kontrolluntersuchungen verpflichtet. Durch die leitlinienorientierte und somit standardisierte Behandlung bietet sich die Chance für nachhaltige Qualitätsverbesserungen bei Diagnostik und Therapie dieser häufigen Erkrankung.

### **Onkologischer Arbeitskreis / Tumorkonferenz**

Als problemorientierter Qualitätszirkel hat sich der onkologische Arbeitskreis etabliert, der sechsmal jährlich unter Beteiligung niedergelassener Ärzte in den Räumen des Krankenhauses zusammentritt. Dieser bietet, wie auch die wöchentlich stattfindende Tumorkonferenz mit Fallbesprechungen und die anderen regelmäßig stattfindenden Fortbildungsveranstaltungen, eine ideale Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch zwischen den Kollegen.

### **Hygiene**

Kein Patient möchte während seines Krankenhausaufenthaltes Infektionskrankheiten erwerben. Das Thema Hygiene spielt deshalb im Krankenhaus eine zentrale Rolle, nicht zuletzt auch aufgrund gesetzlicher Vorgaben. Um dem gerecht zu werden, sind neben zwei hygienebeauftragten Ärzten (operativer und konservativer Bereich) mit einer entsprechenden Weiterbildung zwei Hygienefachkräfte für die Einhaltung der Richtlinien zuständig. Eine Hygienekommission überwacht die Arbeit dieser Personen und trifft Anordnungen u. a. in Form von Hygiene- und Desinfektionsplänen.

Nosokomiale Infektionen, also Infektionen die von Patienten im Krankenhaus erworben werden, gilt es wirksam zu verhindern. Aus diesem Grund schreibt das Infektionsschutzgesetz (IFSG) seit 2001 die Erfassung dieser Infektionen vor. In unserem Haus werden seitdem beatmungsassoziierte Pneumonien (Lungenentzündungen bei beatmeten Patienten) und seit Anfang 2006 katheterassoziierte Harnwegsinfektionen auf der Intensivstation sowie Wundinfektionen nach Gallenblasenentfernung erfasst und ausgewertet.

Bei den beatmungsassoziierten Lungenentzündungen auf der Intensivstation zeigt sich ein eindrucksvoller Rückgang der Infektionsrate von 9,5% in 2003 auf 3,0% in 2006. Dies ist eine Folge des durch Schulungen und Überwachungen deutlich geschärften Hygienebewusstseins.

Eine Herausforderung für die Krankenhaushygiene allgemein ist die stark zunehmende Verbreitung von MRSA (Methicillin- Resistenter Staphylococcus Aureus). Patienten, die diesen gegen viele Antibiotika unempfindlichen Keim tragen, müssen schnell erkannt und isoliert werden, damit eine Weiterverbreitung möglichst unterbunden wird. Die Rate der neu nachgewiesenen MRSA- Träger hat sich seit 2001 mehr als verdreifacht, die Rate der Patienten, die sich bei uns infiziert haben, ist jedoch um auf die Hälfte gesunken. Auch dies ist ein Ergebnis der intensiven Hygienemaßnahmen zum Wohle unserer Patienten.

### **Schmerzfreies Krankenhaus**

Als eine von 20 Kliniken wurde unser Haus in das bundesweite Erhebungsprojekt "Schmerzfreies Krankenhaus" einbezogen. Um Schmerztherapie und -management umfassend einschätzen zu können, wurden Patienten, Pflegende und Ärzte sowohl aus operativen wie aus konservativen Abteilungen mittels eines jeweils einheitlichen Fragebogens befragt.

Die Ergebnisse dieser Befragung und der Vergleich mit den anderen teilnehmenden Krankenhäusern ermöglichen uns, bestehende Defizite zu erkennen und durch ein Anpassen der Schmerztherapie bzw. durch Änderung von Prozessen und Verfahren eine Optimierung des Schmerzmanagements zu erreichen.

### **Forschungsprojekt SYMPA**

Die psychiatrische Klinik des Krankenhauses hat seit 2003 an dem Forschungsprojekt "Systemtherapeutische Methoden in der Psychiatrischen Akutversorgung" der Universitäten Heidelberg und Zürich teilgenommen und dafür Weiterbildungszertifikate erhalten. Im Rahmen dieses Projektes wurden Ärzte, Pflegende, Ergotherapeuten und Sozialarbeiter über mehrere Monate in systemischer Gesprächsführung geschult, um bessere und vor allem schnellere Behandlungserfolge zu erreichen. Grundlage von SYMPA ist, den Patienten und sein persönliches Umfeld mit seinen Beziehungen und Bezugspersonen in den Mittelpunkt der Behandlung zu stellen, und nicht seine Krankheit.

## **Zentrale Aufnahmestation, Intermediate- Care und Stroke- Unit**

Im Herbst 2006 wurde die neu geschaffene Zentrale Aufnahmestation mit angeschlossener Stroke- Unit und Intermediate-Care-Station eingeweiht. Die 24 Stunden ärztlich und pflegerisch besetzte Aufnahmestation ist nun zentrale Anlaufstelle für Patienten, auf der eine erste interdisziplinäre Diagnostik und Therapie ohne Zeitverzögerung erfolgt. Für Hausärzte und Rettungsdienste stehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darüber hinaus als Ansprechpartner zur Verfügung, wenn es um die Einweisung von Patienten geht.

Die Intermediate-Care-Station mit 10 Betten schließt konzeptionell die Lücke zwischen den Versorgungsstufen low-care (Normalstation) und high-care (Intensivstation). Auf ihr werden Patienten, die nicht zwingend die personelle und apparative Ausstattung einer Intensivstation benötigen, medizinisch überwacht. Zusätzlich wird für Patienten mit Schlaganfall eine Stroke-Unit mit 4 Betten bereitgehalten. Hier sind speziell ausgestattete Plätze zur Überwachung sowie neurologischen Früh- und Intensivbehandlung von Schlaganfallpatienten eingerichtet.

## **Modernisierung des Gebäudes und der Betten**

Das Gebäude zeigt nach über 20 Jahren intensiver Nutzung an einigen Stellen Modernisierungs- und Renovierungsbedarf. Im Rahmen von ohnehin geplanten Stationsumzügen wurden die Räumlichkeiten daher von Grund auf renoviert und mit einer neuen, energiesparenden Beleuchtung versehen. Neben dieser deutlich wahrnehmbaren, optischen Aufwertung wurde auch der Komfort für unsere Patienten durch Erneuerung der meisten Betten spürbar verbessert. Diese entsprechen nun dem neuesten technischen und Sicherheitsstandards und sind elektrisch verstellbar.

## **Leitlinien**

Im Kreiskrankenhaus Gummersbach haben wir uns dafür entschieden, eine Leitlinien-Kommission zur Verbesserung der fachübergreifenden Zusammenarbeit zu etablieren. Diese wurde unter Federführung von Herrn Prof. Schrappe (damals noch Leiter des Qualitätsmanagements der Universität zu Köln) und Mitwirkung der Stabsstelle Qualitätsmanagement des Kreiskrankenhauses Gummersbach zu Beginn des Jahres 2001 ins Leben gerufen. Die Aufgabe der Leitlinien-Kommission ist es, festzustellen, welche Bereiche der fachübergreifenden medizinischen Zusammenarbeit noch verbessert werden können und nach Diskussion der Prioritäten Arbeitsgruppen einzusetzen, die sich des ausgewählten Themas annehmen.

## **Risiko-Management**

Risikomanagement ist als elementarer Baustein einer wertorientierten Unternehmensführung der gelebte Prozess, Chancen unter Berücksichtigung der vorhandenen Risiken optimal zu nutzen. Das Kreiskrankenhaus Gummersbach befasst sich daher bereits seit einigen Jahren mit diesem Thema und hat zur Optimierung der diesbezüglichen Steuerung ein Risikomanagement-System unter Nutzung einer darauf spezialisierten Software (R2C) implementiert. Diese ermöglicht, neben der systematischen Erfassung, die Bewertung und Visualisierung der Risiken. Damit einhergehend wird sofort ersichtlich, welche Risiken für das Krankenhaus eine gravierende Dimension haben.

## G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Dieser Qualitätsbericht wurde vom Qualitätsbeauftragten des  
Kreiskrankenhauses Gummersbach erstellt und von der Geschäftsführung  
genehmigt.

---

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

<b>Funktion</b>	<b>Name</b>	<b>Telefon</b>
<b>Geschäftsführer</b>	<b>Herr Joachim Finklenburg</b>	<b>02261-171501</b>
<b>Ärztlicher Direktor</b>	<b>Herr Dr. Walter Schäfer</b>	<b>02261-171575</b>
<b>Pflegedirektion</b>	<b>Frau Marie-Theres Touppen</b>	<b>02261-171517</b>
<b>Qualitätsbeauftragter</b>	<b>Herr Dr. Andreas Esser</b>	<b>02261-171533</b>
<b>Patienten- beschwerdestelle</b>	<b>Frau Többy Röschmann</b>	<b>02261-21860</b>
<b>Pressesprecher</b>	<b>Herr Sascha Klein</b>	<b>02261-171441</b>

---

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

[www.kkh-gummersbach.de](http://www.kkh-gummersbach.de)  
[www.ktq.de](http://www.ktq.de)  
[www.emas-logo.de](http://www.emas-logo.de)  
[www.bqs-online.de](http://www.bqs-online.de)  
[www.rki.de](http://www.rki.de)

---

## H Ausstattung

### H-1 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen

#### Innere Medizin

Anzahl der Einbettzimmer

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

Anzahl der Zweibettzimmer

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

Anzahl der  
Mehrbettzimmer

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

## Pädiatrie

Anzahl der Zweibettzimmer

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

Anzahl der  
Mehrbettzimmer

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

## Allgemeine Chirurgie

Anzahl der Einbettzimmer

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

Anzahl der Zweibettzimmer

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

Anzahl der Mehrbettzimmer

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

### Unfallchirurgie

Anzahl der Einbettzimmer

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

Anzahl der Zweibettzimmer

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

Anzahl der Mehrbettzimmer

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

## Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Anzahl der Einbettzimmer

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

Anzahl der Zweibettzimmer

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

Anzahl der  
Mehrbettzimmer

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

## Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Anzahl der Einbettzimmer

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

Anzahl der Zweibettzimmer

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

Anzahl der  
Mehrbettzimmer

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

## Augenheilkunde

Anzahl der Zweibettzimmer

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

## Neurologie

Anzahl der Einbettzimmer

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

Anzahl der Zweibettzimmer

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

Anzahl der  
Mehrbettzimmer

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

## Allgemeine Psychiatrie

Anzahl der Einbettzimmer

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

Anzahl der Zweibettzimmer

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

## Strahlenheilkunde

Anzahl der Zweibettzimmer

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

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-2 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

H-2.1 Für alle Fachabteilungen

	<b>Abteilung</b>	<b>Notfallkoffer u. a. verfügbar</b>
0100	Innere Medizin	Ja
0107	I.M. SP Gastroenterologie	Ja
0500	Hämatologie/internist. Onkologie	Ja
1000	Pädiatrie	Ja
1500	Allgemeine Chirurgie	Ja
1600	Unfallchirurgie	Ja
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Ja
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Ja
2700	Augenheilkunde	Ja
2800	Neurologie	Ja
2900	Allgemeine Psychiatrie	Ja
2951	Allg. Psych./SP Gerontopsychiatrie	Ja
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Ja
3060	K-/J-psych./Tagesklin. (f. teilstat. PS)	Ja
3300	Strahlenheilkunde	Ja
3700	Sonstige Fachabteilung	Nein
3751	Radiologie	Ja
	Anästhesie	Ja

## Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Kreiskrankenhaus Gummersbach

### 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.

Das Kreiskrankenhaus Gummersbach koordiniert Notfälle und planbare Aufnahmen i. S. einer gleichmäßigen Belegung des Hauses und annehmbarer Wartezeiten. Den Patienten stehen vielfältige Informationsmöglichkeiten rund um den Krankenhausaufenthalt zur Verfügung. Die Klinik liegt verkehrsgünstig, ist weiträumig ausgeschildert und verfügt neben ca. 600 allgemeinen auch über mehrere Behinderten- und Notfallparkplätze. Im Rahmen der vorstationären Leistungen existiert ein breites Angebot.

##### 1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Die Orientierung der Patienten und Besucher wird durch ein farblich gekennzeichnetes Wegeleitsystem mit umfangreicher Beschilderung, schriftliche bzw. persönliche Information oder individuelle Begleitung sichergestellt. Sämtliche MitarbeiterInnen sind durch einheitliche Namensschilder erkennbar und stehen für Auskünfte zur Verfügung. Fluchtwege sind entsprechend den Vorschriften gekennzeichnet.

##### 1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Die Aufnahme der Patienten erfolgt in Einzelkabinen im Eingangs- bzw. Notfallbereich des Krankenhauses in der Reihenfolge ihres Eintreffens oder bei Notfällen nach medizinischer Dringlichkeit. Bei Bedarf werden die Patienten dort von der jeweiligen Station abgeholt, anschließend finden pflegerische und ärztliche Aufnahmegespräche statt. Dabei werden auch persönliche Bedürfnisse erfragt und dem Patienten organisatorische und technische Aspekte (z.B. Telefon, Rufanlage, TV) erläutert.

#### 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 Klinik hält rund um die Uhr eine Notfallambulanz vor. Eine Notfallaufnahme ist in allen Fachrichtungen jederzeit möglich. Um gezielte Vorbereitungen zu ermöglichen, kann der Rettungsdienst per Funk Patienten unter Angabe der Erkrankung ankündigen. Für ambulante Patienten gibt es Sprechstunden und feste Einbestellrhythmen über die Sekretariate. Eine Vernetzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erfolgt u. a. durch das Arzt-Informations-System, für das das Kreiskrankenhaus Gummersbach im Jahr 2002 den Gesundheitspreis NRW erhielt.

#### 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.

Die pflegerische und ärztliche Aufnahmeuntersuchung erfolgt anhand einheitlicher Formulare zeitnah auf der Station unter Wahrung der Intimsphäre und des Datenschutzes. Dabei werden auch persönliche Bedürfnisse und Wünsche des Patienten erfragt. Die Dokumentation erfolgt zunehmend elektronisch und ist sofort von allen autorisierten Stellen abrufbar. In der Patientenbroschüre sind Informationen über die Erreichbarkeit von Sonderdiensten wie z.B. Seelsorge und Sozialdienst enthalten.

##### 1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

In unserem Haus sind die neuesten Informationstechniken wie z.B. elektronische Patientenakte und digitalisierte Röntgenaufnahmen verfügbar. Dadurch sind Befunde aus Voraufenthalten sofort sichtbar. Darüber hinaus bestehen Informationsmöglichkeiten aus der Papierakte, mitgebrachten Vorbefunden sowie Verlegungsberichten. Bei geplanten ambulanten Operationen bekommen die Patienten einen Laufzettel ausgehändigt, auf dem alle notwendigen, mitzubringenden Unterlagen vermerkt sind.

### 1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Zur Organisation eines optimalen Behandlungsablaufes wird unter Berücksichtigung von hinterlegten Standards und Leitlinien das diagnostische, therapeutische und pflegerische Vorgehen geplant. In Abhängigkeit vom Verlauf wird die Planung regelmäßig, z.B. bei der täglichen Visite oder bei Ober-/Chefarztvisiten überprüft und aktualisiert. Sämtliche Maßnahmen werden umfassend in der Patientenakte schriftlich bzw. elektronisch dokumentiert.

### 1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Die Wünsche des Patienten werden in der Planung der Behandlung ebenso berücksichtigt wie kulturelle und religiöse Besonderheiten. Zur Unterstützung des Aufklärungsgesprächs mit dem Arzt stehen Aufklärungsbögen auch in diversen Fremdsprachen zur Verfügung. Die Patienten und die Angehörigen werden zeitnah über Untersuchungsergebnisse und die daraus resultierenden Konsequenzen informiert. Patientenverfügungen werden in der Akte abgelegt und berücksichtigt.

### 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 der Patienten erfolgt nach aktuellem medizinischem Kenntnisstand. Die Sicherstellung des Facharztstandards rund um die Uhr und eine professionelle Behandlung durch entsprechend qualifiziertes Personal ist gewährleistet. Darüber hinaus sichern vorhandene Standards, Leitlinien sowie die Teilnahme an Forschungsprojekten eine hochwertige Patientenversorgung. Zur Vermeidung von Komplikationen werden vorbeugende Maßnahmen geplant und durchgeführt.

### 1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Zur Gewährleistung einer gleich bleibend hohen Qualität in der Patientenversorgung kommen sowohl hausinterne, als auch AWMF- Leitlinien sowie Pflegestandards zur Anwendung. Diese sind in Anlehnung an anerkannte Richtlinien von Fachgesellschaften und nach gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen erstellt worden.

### 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 Patienten stehen im Mittelpunkt unserer Bemühungen. Sie werden über die Behandlungsplanung umfassend informiert und einbezogen. Um den Aufenthalt so angenehm wie möglich zu machen, wurden die Zimmer (überwiegend 2-Bett) hell, freundlich und zweckmäßig gestaltet. Daneben gibt es Angebote wie Kiosk, Friseur und Cafeteria, einen Park, Aufenthaltsräume, ein Gebetsraum und eine Kapelle. Die betreuenden Mitarbeiter stellen sich persönlich vor. Namensschilder werden getragen.

### 1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Die individuell ausgewählte Verpflegung für den Patienten spielt für den Genesungsprozess eine wichtige Rolle. So besteht neben 20 verschiedenen Diätformen die Wahlmöglichkeit zwischen zahlreichen Einzelkomponenten für Frühstück und Abendessen sowie mittags zwischen zwei Menüs. Die Bestellung erfolgt über ein EDV-gestützte System, nachdem die Patienten täglich über ihre Essenswünsche befragt werden. Durch Wärme- bzw. Kältepacks unter den Tellern sowie durch den Transport der Essentablets in Thermowagen wird die richtige Temperatur des Essens eingehalten.

### 1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Im Interesse einer möglichst kurzen Aufenthaltsdauer des Patienten müssen die Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen effektiv organisiert und strukturiert sein. Die Auftragserteilung erfolgt z. T. über eine elektronische Auftragskommunikation, Befunde und Röntgenbilder sind nach Erstellung sofort überall im elektronischen Krankenhausinformationssystem verfügbar. Der Patiententransport innerhalb des Hauses wird über einen Transportdienst oder durch das Pflegepersonal abgewickelt. Für Patienten in der Psychiatrie existieren dabei besondere Regelungen.

### 1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Das Krankenhaus verfügt für operative Behandlungen über insgesamt elf Operationsräume, die je nach Anforderung unterschiedlich ausgestattet sind. Für die Operationsplanung und Ablauforganisation ist ein OP-Management installiert, das als Stabsstelle für das gesamte Ressourcenmanagement verantwortlich zeichnet. Notfalloperationen werden schnellstmöglich durchgeführt, präoperative Standards und ein OP-Statut regeln die interdisziplinäre Kooperation.

### 1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

In die Behandlung des Patienten werden alle beteiligten Berufsgruppen eingebunden. Im Rahmen von Visiten und Übergabebesprechungen, aber auch bei speziellen Besprechungen (z.B. Röntgenbesprechungen, onkologische Konferenzen) findet ein regelmäßiger Informationsaustausch interdisziplinär und zwischen den verschiedenen Berufsgruppen statt. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, andere Fachbereiche in die Patientenbehandlung einzubeziehen.

### 1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Durch regelmäßige Visiten erhalten alle an der Patientenversorgung Beteiligten ein stets aktuelles Bild des Behandlungsverlaufes. Die Visiten finden unter Beteiligung von Chef- bzw. Oberärzten wöchentlich, ansonsten täglich bzw. auf der Intensivstation auch häufiger, statt. Dabei getroffene Feststellungen und Anordnungen werden in der Patientenakte dokumentiert. Zum besseren Informationsaustausch können auch interessierte Hausärzte an den Visiten Ihrer im Krankenhaus befindlichen Patienten teilnehmen.

#### 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.

Über die Entlassung bzw. Verlegung eines Patienten entscheidet der behandelnde Arzt. Steht der Termin fest, werden der Patient und ggf. die Angehörigen darüber rechtzeitig informiert. Dadurch können evtl. notwendige weiterführende oder begleitende Maßnahmen, auch unter Beteiligung des Sozialdienstes, organisiert werden. Sowohl bei Entlassung als auch bei externer Verlegung wird dem Patienten ein Kurzarztbrief mit allen relevanten Informationen mitgegeben. Bei einer Entlassung gegen ärztlichen Rat muss der Patient ein Formular unterschreiben.

##### 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.

Das Krankenhaus bietet ein Arzt-Informationen-System (AIS) für niedergelassene Ärzte an, mit dem sich alle wichtigen Informationen und Befunde zu einem Patienten online aus der jeweiligen Praxis abrufen lassen. Dies ist ein erster Schritt in Richtung der integrierten Versorgung. Darüber hinaus bekommt der Patient bei Entlassung bzw. Verlegung einen ausführlichen Entlassungsbrief, zumindest aber einen Kurzarztbrief und ggf. einen Pflegeüberleitungsbogen mit allen relevanten Informationen ausgehändigt.

##### 1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Bereits während des stationären Aufenthaltes haben die niedergelassenen Ärzte die Möglichkeit, an Visiten ihrer Patienten teilzunehmen bzw. über das AIS alle relevanten Informationen für die Weiterbehandlung einzuholen. Bei Bedarf werden die Patienten zu nachstationären Behandlungen in den Ambulanzen einbestellt bzw. bekommen noch während des Aufenthaltes Informationen über Möglichkeiten der Weiterbetreuung. Weiterbetreuende Einrichtungen werden frühzeitig informiert. Der Sozialdienst des Hauses steht zusätzlich unterstützend zur Verfügung.

## 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 Personalplanung erfolgt einmal jährlich durch den Geschäftsführer und den Personalleiter. Diese Planung stützt sich auf anerkannte Berechnungs- und Planungsverfahren (PPR, PsychPV) sowie auf verschiedene Kennzahlen wie z.B. Belegungszahlen und Personalausfallquoten. Zur Vermeidung von Engpässen kann das Personal kurzfristig umbesetzt und damit flexibel eingesetzt werden. Die Überwachung und Auswertung der verschiedenen Parameter (Soll- Ist, Ausfall, Fluktuation, etc) erfolgt regelmäßig über eine entsprechende Software der Personalabteilung.

### 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.

Es besteht eine Jahresplanung der IBF bezüglich der Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten der Mitarbeiter. Als Instrument der Personalentwicklung dient die Abteilung "Innerbetriebliche Fortbildung" (IBF). Diese bietet ein breites Spektrum von Fort- und Weiterbildungskursen an, die über das Intranet für alle Beschäftigten eingesehen und belegt werden können. Darüber hinaus existieren viele weitere, auch externe, Weiterbildungsmöglichkeiten, die an den Erfordernissen der jeweiligen Zielgruppe orientiert sind.

## 2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Stellenbeschreibungen für fast alle Berufsgruppen mit Festschreibung der Kompetenzen und Anforderungen an Qualifikation sind für das gesamte Haus vorhanden. Diese werden alle zwei Jahre aktualisiert. Die formalen Qualifikationen aller Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen sind bei der Personalabteilung erfasst und werden kontinuierlich ausgewertet (z.B. Fachkunde Strahlenschutz, fachweitergebildete Mitarbeiter). Die Beauftragten des Hauses nehmen jährlich an einer Weiterbildungsveranstaltung zu ihrem Thema teil.

## 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 alle Bereiche sind Fortbildungsbeauftragte benannt, die abteilungsinterne Fortbildungen planen und organisieren. Es gibt umfangreiche interne und externe Fortbildungsmöglichkeiten, die sich an den Schulungswünschen der Mitarbeiter und an gesetzlichen Erfordernissen orientieren. Die Abteilung Innerbetriebliche Fortbildung organisiert und koordiniert das Angebot, das über verschiedene Wege den Mitarbeitern bekannt gemacht wird. Durch diverse Kooperationen mit externen Stellen ergibt sich eine Vielzahl von Fortbildungsmöglichkeiten für alle Berufsbereiche.

## 2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Ein fester Teil des Abteilungsgesamtbudgets wird für die Fort- und Weiterbildung verwendet. Über die Beteiligung an den Kosten von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen einzelner Mitarbeiter wird individuell entschieden, für eine genehmigte Fort- und Weiterbildungsmaßnahme wird der Mitarbeiter bei voller Lohnfortzahlung freigestellt. Ein Konzept zur Finanzierung interprofessioneller Fortbildungen ist vorhanden. Es bestehen verbindliche Regelungen durch eine Dienstanweisung.

## 2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Alle Mitarbeiter haben über verschiedene Wege Zugang zu Fort- und Weiterbildungsmedien. Neben Intra- und Internetzugängen existiert eine Bibliothek mit einem umfangreichen Sortiment an Fachliteratur, Fachzeitschriften und Regelwerken. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, sich in ein Verteilersystem für Fachzeitschriften aufnehmen zu lassen. Es stehen drei Tagungsräume im KKH Gummersbach, ein externer Tagungsort sowie ein neues Konferenzzentrum in der Klinik Marienheide zur Verfügung. Diese Tagungsorte sind mit moderner Technik eingerichtet.

## 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.

An das Kreiskrankenhaus Gummersbach ist eine Ausbildungsstätte angegliedert, die in Form einer Tochtergesellschaft betrieben wird. Neben der Vermittlung von fundiertem theoretischem Wissen wird Wert auf eine praxisnahe Ausbildung gelegt. Durch schriftliche und mündliche Prüfungen erfolgt hier eine regelmäßige Überprüfung des Lernerfolges. Einzelne Theorieblöcke werden mit einem standardisierten Evaluationsbogen bzw. durch Hospitationen überprüft; auch hier wird ein entsprechender Beurteilungsbogen eingesetzt.

## 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.

Die Grundsätze zur Führung von Mitarbeitern werden in schriftlicher Form durch das Leitbild des Krankenhauses wiedergegeben. Die Einbeziehung der Mitarbeiter in Planungen, Entscheidungen und Vorgänge genießt einen hohen Stellenwert. Es wird besonderer Wert auf Teamarbeit und die Mitwirkung in Arbeitsgruppen gelegt, Durch regelmäßige Besprechungen findet in allen Bereichen ein reger Austausch statt. Durch regelmäßige Mitarbeitergespräche wird dem Mitarbeiter ein Feedback seiner Tätigkeit durch den unmittelbaren Vorgesetzten gegeben.

### 2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Bedingt durch die Vielzahl der unterschiedlichen Berufe gibt es keine einheitliche Arbeitszeitregelung. Trotzdem ist gewährleistet, dass es für jeden Mitarbeiter eine Arbeitszeitregelung bzw. flexible Arbeitszeiten gibt. Die Arbeitszeitregelungen können abteilungs- oder berufsbezogen sein. Es gibt eine elektronische Dienstplanung sowie eine Zeiterfassung für viele Mitarbeiter. Mehrarbeit wird durch Freizeit ausgeglichen oder bezahlt.

### 2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Alle neu eingestellten Mitarbeiter werden umfassend und sorgfältig in Ihre neue Tätigkeit im Hause eingeführt. Dazu erhalten Sie zunächst allgemeine Informationen und werden anschließend berufs- und abteilungsspezifisch, u. a. durch Mentoren, mit ihrer neuen Tätigkeit vertraut gemacht und qualifiziert eingearbeitet. Eine Orientierungshilfe über bestehende Regelungen bieten dabei vorhandene Arbeitsabweisungen, z.B. in Form des Stationshandbuches, von Leitlinien, Dienstanweisungen etc. Eine Erfolgskontrolle der Einarbeitung findet am Ende der Probezeit statt.

### 2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Im Kreiskrankenhaus Gummersbach haben die Mitarbeiter verschiedene Möglichkeiten, Ideen, Wünsche und Beschwerden zu kommunizieren. Neben Teambesprechungen und dem Betriebsrat sind dafür u. a. ein betriebliches Vorschlagswesen sowie regelmäßig stattfindende Mitarbeiterbefragungen vorgesehen. Grundsätzlich steht jeder Vorgesetzte für Mitarbeitergespräche zu den Themen Ideen, Wünsche und Beschwerden zur Verfügung. Mitarbeitervorschläge können mit bis zu 2500.- € prämiert werden.

### 3 Sicherheit im Krankenhaus

#### 3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung.

##### 3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

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

Die Arbeitssicherheit wird durch Einhaltung der umfangreichen gesetzlichen Bestimmungen sichergestellt. Zur Umsetzung stehen mehrere, dafür besonders qualifizierte Fachkräfte und Beauftragte zur Verfügung, die neben Überwachungsaufgaben auch Schulungsmaßnahmen und Gefährdungsanalysen durchführen. Die Klinik hat sich darüber hinaus mit ihrem nach EMAS zertifizierten Umweltmanagementsystem zu einem besonders sorgfältigen Umgang mit Gefahr- und Abfallstoffen verpflichtet.

##### 3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Aufgrund des Bedrohungspotentials wird der Brandschutz in der Klinik sehr ernst genommen. Neben einem hauptberuflich tätigen Brandschutzbeauftragter werden umfangreiche Maßnahmen des vorbeugenden Brandschutzes u. a. durch Rauch- und Brandmelder, Feuerschutzabschlüsse sowie flächendeckende Ausstattung mit Feuerlöschern, ergriffen. Eine Brandschutzbegehung erfolgt regelmäßig. Es existieren ein Alarmierungsplan sowie im gesamten Gebäude Flucht- und Rettungspläne, über die das Personal bei den jährlich stattfindenden Brandschutzunterweisungen unterrichtet wird.

##### 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.

Ein Katastropheneinsatzplan liegt im Hause vor, der jährlich aktualisiert wird. Dieser regelt alle Verantwortlichkeiten, Vorgehensweisen, bietet Checklisten, bildet Meldewege ab und enthält aktuelle Telefonlisten, etc. Verantwortlich ist hierfür der Brandschutzbeauftragte. Eine Überprüfung des Notstromaggregats findet jeden Monat statt. Von vier Aggregaten sind drei ständig zur Stromversorgung in Betrieb, die Pufferbatterien werden ebenfalls monatlich überprüft. Es gibt Verfahrensanweisungen für spezielle Situationen, z. B. bei einer Bombendrohung.

### 3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Das Vorgehen bei hausinternen medizinischen Notrufen ist durch Dienst- und Handlungsanweisungen standardisiert. Notfallwagen mit entsprechender Ausstattung stehen an vielen Standorten zur Verfügung und werden in regelmäßigen Abständen auf ihre Funktions- und Gebrauchsfähigkeit überprüft. Zur Sicherstellung eines hohen Ausbildungsstandes müssen Pflegepersonal und Funktionsdienst einmal jährlich an einer Reanimationsfortbildung teilnehmen.

### 3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Zum Schutz der Patienten existieren eine Vielzahl verschiedener Maßnahmen und Regelungen. Neben allg. Zugangskontrollen zum Krankenhaus und zu besonders schützenswerten Bereichen werden alle notwendigen Maßnahmen ergriffen, die sich aus bestimmten Erkrankungen und Zuständen der Patienten ergeben. Dabei wird auf die Einhaltung von gesetzl. Forderungen besonders geachtet. Zum Schutz von Anderen und des Patienten selbst gibt es einen Raum für aggressive und hilflose Personen. Arbeitsgruppen zur weiteren Verbesserung der Patientensicherheit sind eingerichtet.

## 3.2 Hygiene

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

### 3.2.1 Organisation der Hygiene

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

Die Hygiene besitzt für ein Krankenhaus zentrale Bedeutung. Daher müssen die Hygienevorschriften, -richtlinien und pläne, die in allen Bereichen Anwendung finden, von allen Mitarbeitern eingehalten werden. Eine Hygienekommission mit ausgebildeten Fachkräften überwacht und koordiniert diese Belange. Durch regelmäßige Begehungen erfolgt eine Bestandsaufnahme der aktuellen Situation und ggf. die Beseitigung von Missständen. Darüber hinaus muss jeder Mitarbeiter einmal jährlich an einer Hygienebelehrung teilnehmen.

### 3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Alle hygienerelevanten Daten werden nach den gesetzl. Anforderungen erhoben und behandelt. Statistiken über im Krankenhaus erworbene Infektionen werden in unterschiedlichen Zeitabständen erstellt, ausgewertet und hausintern als Berichte in Umlauf gebracht. Bei Auffälligkeiten wird die Kausalität in den Abteilungen überprüft und es finden Gespräche mit den Mitarbeitern bzw. Nachschulungen statt. Ein Wechsel der Desinfektionsmittel findet ebenso regelmäßig statt wie die Überprüfung bzw. Anpassung der verwendeten Antibiotika durch die Arzneimittelkommission.

### 3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Die in den Pflegestandards enthaltenen, hygienesichernden Maßnahmen orientieren sich an den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes. Der Hygieneplan wird stetig bei Bedarf aktualisiert, ebenso der Desinfektionsplan. Die Überwachung der getroffenen Maßnahmen erfolgt sowohl intern z.B. durch die Hygienefachkräfte und die Pflegedirektion, als auch extern durch den Amtsarzt. Die dabei festgestellten Mängel werden protokolliert und u. a. durch Schulungen oder Änderungen von Abläufen oder der Organisation abgestellt.

### 3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Aufgrund der außerordentlichen Bedeutung des Themas Hygiene für das Krankenhaus wird auf die Beachtung der Hygieneverordnung und der jeweils aktuellen Richtlinien großer Wert gelegt. Ebenso sind alle üblichen Konzepte zur Umsetzung der Hygienerichtlinien nach jeweils neuesten Stand der Erkenntnisse umgesetzt. Eine wirksame Überwachung erfolgt durch regelmäßige Begehungen auf verschiedenen Hierarchieebenen und durch die jeweils Beauftragten. Es besteht ein vollständiges HACCP- Konzept sowie eine ISO 9002-zertifizierte Sterilgutversorgung.

### 3.3 Bereitstellung von Materialien

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

#### 3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

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

Die Auswahl der im Haus bereitgestellten Arzneimittel, Einmalartikel und Medizinprodukte erfolgt durch hierfür eingesetzte Kommissionen. Dabei spielen sowohl gesetzliche, praktische, aber auch ökologische Anforderungen eine Rolle. Die Versorgung der internen Verbraucher erfolgt regelmäßig, z. T. durch automatisierte Systeme. Es existiert eine Kooperation mit dem DRK Blutspendedienst in Hagen, die Überwachung des Umgangs mit Blut und Blutprodukten obliegt dem Transfusionsverantwortlichen. Es gibt umfangreiche Regelungen durch konkrete Anweisungen.

#### 3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Die Versorgung mit Arzneimitteln erfolgt regelmäßig, z. T. aus einem automatisierten System über die hauseigene Apotheke. Darüber hinaus ist eine Versorgung für Ausnahme- und Notfälle durch verschiedene zusätzliche Depots gewährleistet. Anforderung und Verabreichung von Medikamenten erfolgen auf Anordnung von Ärzten. Die richtige Lagerung von Arzneimitteln wird durch schriftliche Anweisungen geregelt, es finden zudem regelmäßige Begehungen der einzelnen Bereiche und Stationen durch Apothekenmitarbeiter statt.

#### 3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten

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

Die Anwendung von Blut und Blutprodukten ist über die Hämotherapie- Richtlinien sowie über Dienst-, Arbeits- und Verfahrensanweisungen geregelt. Die Transfusionsverantwortliche überwacht den Umgang mit Blut und Blutprodukten sowie die Dokumentation. Sie hat ein QM- Handbuch herausgegeben und ein QM- System eingeführt, das im Rahmen von jährlichen Audits überprüft wird. Eine Transfusionskommission berät und beschließt notwendige Maßnahmen. Für Patienten besteht die Möglichkeit einer Eigenblutspende.

### 3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregelter Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Durch das Medizinproduktegesetz und die daraus abgeleiteten Dienstweisungen ist der Umgang mit Medizinprodukten geregelt. Die Umsetzung obliegt der technischen Abteilung, die aufgrund dieser Vorgaben einen sicheren und rechtskonformen Betrieb bzw. die Anwendung gewährleistet. Ein Medizinproduktebuch wird elektronisch geführt. Die Instandhaltung ist durch die Medizintechnik sichergestellt. In der Zentralsterilisation wird darüber hinaus durch eine Zertifizierung nach ISO 9002 der Qualitätsstandard gesichert.

### 3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Das Krankenhaus fühlt sich in besonderem Maße dem Umweltschutz verpflichtet. Diesem wurde durch ein zertifiziertes Umwelt-Management-System Rechnung getragen. Die im Umwelthandbuch definierten Ziele werden durch die konsequente Durchführung von Maßnahmen zur Abfallvermeidung und -trennung, Energie- und Rohstoffeinsparung sowie Schadstoff- und Emissionsminimierung erreicht. Die Überwachung der Maßnahmen erfolgt durch interne und externe Audits bzw. ein Benchmarking. Alle Mitarbeiter sind zur Einhaltung der Umweltziele per Dienstweisung verpflichtet.

## 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 Führen der Patientenakte als zentrales Dokumentations- und Informationsinstrument ist berufsgruppenübergreifend in Dienstweisungen geregelt und liegt in der Verantwortung des behandelnden Arztes. Dieser überwacht die Patientendokumentation von der Anlage der Akte bis zu deren Archivierung nach Entlassung des Patienten. Zunehmend wird die elektronische Patientenakte genutzt, deren Vorteil die gleichzeitige und sofortige Verfügbarkeit aller Informationen für jeden Berechtigten an jedem Ort ist.

#### 4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Die regelmäßige Dokumentation sorgt für eine transparente Darstellung der Patientenbefindlichkeit. Zudem lässt sich chronologisch der klinische Verlauf nachvollziehen. Hierzu werden Patientendaten sowohl konventionell in Papierform, als auch zunehmend in der elektronischen Patientenakte dokumentiert. Einige Medizingeräte übertragen auch bereits automatisch ihre Daten in das Krankenhausinformationssystem, so dass eine lückenlose Dokumentation gewährleistet ist. Darüber hinaus ist das Führen der Patientenakte durch entsprechende Anweisungen geregelt, deren Einhaltung geprüft wird.

#### 4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Im Kreiskrankenhaus Gummersbach kommt ein flächendeckendes, EDV-gestütztes Informationssystem zu Einsatz (KIS), mit dem Patientendaten jederzeit und überall von den Berechtigten abgerufen werden können. So sind z.B. Röntgenbilder oder Befunde sofort nach ihrer Erstellung verfügbar. Daneben wird z. Zt. noch eine konventionelle Patientenakte geführt, die nach Entlassung des Patienten in einem zentralen Archiv aufbewahrt und bei erneuter Aufnahme fortgeführt wird.

## 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.

Der Informationsaustausch innerhalb des Krankenhauses erfolgt auf diversen Ebenen. Neben den Besprechungen auf Abteilungsebene finden u. a. interdisziplinäre Fallbesprechungen (z.B. Röntgenbesprechungen), Abteilungsleiter- und Chefarztkonferenzen, Stationsleiterkonferenzen des Pflegedienstes, Arbeitskreise und Fortbildungen statt. Zusätzlich stehen vielfältige Informationsquellen wie Intranet, Mitarbeiterzeitung, Aushänge und Rundschreiben zur Verfügung. Ausführliche Informationen zu Patienten finden sich u. a. in der elektronischen Patientenakte.

### 4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Neben einer zentralen Informationsstelle im Haupteingangsbereich verfügt die Klinik über eine weitere, rund um die Uhr besetzte Informationsstelle in der Notaufnahme, eine zentrale Aufnahmestation, ein COM-Center sowie eine Telefonzentrale. Diese Stellen verfügen ständig über alle relevanten aktuellen Informationen. Die an den zentralen Auskunftsstellen beschäftigten Mitarbeiterinnen achten beim Erteilen von Auskünften streng auf die Wahrung des Datenschutzes.

### 4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Das Krankenhaus ist daran interessiert, die breite Öffentlichkeit über Neuerungen und aktuelle Entwicklungen umfassend zu informieren. Neben den klassischen Instrumenten wie Pressemitteilungen, Broschüren und Veranstaltungen wird hierzu auch zunehmend das Internet genutzt. Stationäre Patienten können über einen Krankenhaus-Informations-Kanal Informationsfilme über das Krankenhaus und seine Behandlungsangebote sehen. Für niedergelassene Ärzte finden zahlreiche, z. T. zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen statt.

#### 4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

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

Ein Datenschutzbeauftragter überwacht die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften, die im Hause durch Dienstanweisungen und ein umfangreiches, passwortgestütztes EDV-Berechtigungskonzept umgesetzt werden. Alle Mitarbeiter werden nachvollziehbar zum Datenschutz verpflichtet und wiederholt auf die bestehenden Regelungen hingewiesen. Bei allen IT- Systemen mit Patienteninformationen und bei Datenübermittlungen wird auf die Sicherheit nach dem jeweiligen Stand der Technik geachtet.

#### 4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

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

##### 4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

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

Das Kreiskrankenhaus Gummersbach verfügt über ein hochmodernes EDV-System mit ca. 30 Servern und über 500 Endgeräten, das über Glasfaserkabel bis zum jeweiligen Arbeitsplatz vernetzt ist. Damit und durch kontinuierliche Anwenderbetreuung ist eine flächendeckende, umfassende und jederzeitige EDV-Nutzung möglich. Die verschiedenen Subsysteme sind über Schnittstellen miteinander verbunden. Der sichere Umgang mit den EDV-Systemen wird den Nutzern im Rahmen von internen und externen Schulungen vermittelt.

## 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.

Es existiert ein Leitbild, das sich am Gesellschaftsvertrag und am Landeskrankenhausgesetz orientiert. Das Leitbild wurde von der Geschäftsführung erstellt und durch die Betriebsleitung beschlossen. Es wird mit der Informationsmappe bei der Einstellung jedem neuen Mitarbeiter zu Kenntnis gebracht und ist im Intra- und Internet veröffentlicht; hier besteht die Möglichkeit zur Meinungsäußerung für Mitarbeiter. Dezentrale Leitbilder bestehen in der Pflege und teilweise in der Verwaltung.

### 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 Geschäftsführung erstellt jährlich einen Zielplan auf der Basis von strategischen Zielen, in den Vorschläge der Fachabteilungen eingehen. Im laufenden Jahr wird regelmäßig der Erreichungsgrad der Ziele gemessen und besprochen. Zudem existiert ein umfangreiches Berichtswesen, mit dem der Zielerreichungsgrad überprüft werden kann. Ziele, die nicht innerhalb des vorgesehenen Zeitrahmens erreicht wurden, werden regelmäßig fortgeschrieben.

#### 5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Zur Festlegung einer eindeutigen Organisationsstruktur existiert im Kreiskrankenhaus Gummersbach ein durchgängiges Organigramm unter Benennung der aktuellen Funktionsträger. Es wird bei allen Neueinstellungen am ersten Arbeitstag vorgestellt und ist darüber hinaus im Intranet einsehbar. Bei personellen oder strukturellen Veränderungen erfolgt eine Aktualisierung. Eine Vielzahl von Projektgruppen befasst sich mit der Verbesserung und Optimierung von Abläufen und Prozessen.

### 5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Neben einem Wirtschaftsplan existieren ein lang- und kurzfristiger Finanzplan, die jährlich aktualisiert werden. Hierin sind Ausgaben- und Einnahmeseite unter Beachtung möglicher Förderungsgelder dargestellt. Der verantwortungsvolle Umgang mit Ressourcen wird von der Klinikleitung gefördert, indem Abteilungsleitern und Chefarzten regelmäßige Auswertungen des Controllings zur Verfügung gestellt werden. Diese entscheiden auch frei darüber, ob Investitionsanträge gestellt werden.

### 5.3 Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung

Das Krankenhaus wird effektiv und effizient geführt mit dem Ziel der Sicherstellung der Patientenversorgung.

#### 5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Die Arbeit der Leitungsgremien und Kommissionen wird im Geschäftsbericht in Form von Organigrammen festgelegt und koordiniert. Es gibt Geschäftsordnungen zu Kompetenzen und Verfahren, über jede Sitzung wird ein Protokoll erstellt. Die Besetzung der Kommissionen und Gremien ist im Intranet einsehbar. Mitarbeiter des Hauses werden über gravierende Beschlüsse durch die Mitarbeiterzeitung sowie in Betriebsversammlungen informiert.

#### 5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

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

Die Geschäftsführung informiert die nachgeordneten Leitungskräfte in regelmäßig stattfindenden Konferenzen und Besprechungen über Managemententscheidungen und zu treffende Maßnahmen. Hier erfolgt auch die Bekanntgabe der Zielplanung. Nicht umgesetzte Entscheidungen werden regelmäßig zur Kontrolle für eine folgende Sitzung vorgetragen. Im Einzelfall bindet sich die Geschäftsführung selbst unterstützend in Prozesse ein. Die Geschäftsführung selbst unterliegt entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen der Aufsicht und Kontrolle des Verwaltungsrates.

### 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 Krankenhausführung wird durch ein umfassendes betriebswirtschaftliches und medizinisches Berichtswesen regelmäßig informiert. Dazu stehen ihr verschiedene Controllinginstrumente zur Verfügung. Darüber hinaus nimmt die Geschäftsführung jährlich an zwei Betriebsversammlungen teil, bei denen die Mitarbeiter Gelegenheit zur individuellen Meinungsäußerung haben. Es existiert ein betriebliche Vorschlagswesen. Zusätzlich informiert sich die Krankenhausleitung im Turnus von drei Jahren durch je eine Patienten- Mitarbeiter- und Einweiserbefragung.

### 5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Die Krankenhausführung setzt sich für eine hierarchieübergreifende Kommunikation innerhalb des Hauses ein. Dazu finden regelmäßige Besprechungen mit dem Betriebsrat, Betriebsversammlungen, Pensionärstreffen, Ehrungen von Jubilaren, Mitarbeiterbefragungen, eine Weihnachtsfeier etc. statt. Darüber hinaus berichtet die Geschäftsführung in der Mitarbeiterzeitung über aktuelle Entwicklungen.

## 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.

Das Krankenhaus fühlt sich zu religiöser Neutralität verpflichtet. Ethische Problemstellungen werden durch die Krankenhauseelsorge, den Sozialdienst und ein Ethik-Komitee bearbeitet, die als Ansprechpartner für Patienten, deren Angehörige sowie alle Mitarbeiter des Hauses zur Verfügung stehen. Darüber hinaus betreut eine Psychoonkologin Karzinompatienten und ihre Angehörigen. Weiterhin arbeitet die Klinik regelmäßig mit Hospizgruppen zusammen.

#### 5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Für sterbende Patienten und deren Angehörige wird eine ungestörte und individuelle Atmosphäre geschaffen. Dies erfolgt durch Einbettzimmer. Die Patienten und Angehörige werden von der Krankenhauseelsorge, gegebenenfalls Psychoonkologin und Sozialdienst betreut. Es besteht eine Zusammenarbeit mit einem ambulanten Hospizdienst. Pflegekräfte werden durch Ethikunterricht und innerbetriebliche Fortbildungen zur Sterbebegleitung geschult.

#### 5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Der Umgang mit Verstorbenen ist durch eine Dienstanweisung und durch Pflegestandards geregelt. Die Angehörigen werden umgehend durch den Arzt über das Ableben informiert und können noch im Krankenzimmer Abschied nehmen. Es steht ein besonderer Verabschiedungsraum zur Verfügung.

## 6 Qualitätsmanagement

### 6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung stellt sicher, dass alle Krankenhausbereiche in die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements eingebunden sind.

#### 6.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

Eine Stabsstelle Qualitätsmanagement plant und koordiniert gemeinsam mit der Lenkungsgruppe QM Bestrebungen zur Verbesserung der Qualität im Rahmen eines umfassenden Konzeptes. Die Geschäftsführung hat eine Qualitätspolitik formuliert, die für das gesamte Krankenhaus Gültigkeit hat. In Anlehnung an das Leitbild wird darin für die Patienten die bestmögliche medizinische, pflegerische und administrative Betreuung angestrebt. Neben den verpflichtenden kommt dazu eine Vielzahl freiwilliger Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Anwendung.

#### 6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Bei der Entwicklung von Qualitätszielen orientiert man sich an Patienten- Einsender- und Mitarbeiterzufriedenheit, an den Ergebnissen der letzten Selbst- und Fremdbewertung, am betrieblichen Vorschlagswesen, am Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern, an Gesetzen und politischen Grundlagen. Allgemeine Ziele werden durch die Lenkungsgruppe QM vorgegeben, problemorientiert werden Ziele für einzelne Bereiche definiert. Die Ziele werden über verschiedene Wege an die Belegschaft kommuniziert. Arbeitsgruppen setzen und konkretisieren die Ziele und deren Umsetzung.

### 6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

#### 6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsstelle der Geschäftsführung organisiert. Die Betriebsleitung ist als oberstes Organ des Krankenhauses in das QM eingebunden. Die hierarchieübergreifend und interdisziplinär besetzte Lenkungsgruppe QM plant, steuert und überwacht den gesamten Prozess. Kategorieverantwortliche nach dem Modell der KTQ sind für die Umsetzung der Beschlüsse der Lenkungsgruppe verantwortlich. Die Arbeitsgruppen werden durch ausgebildete Moderatoren geleitet. Die Strukturen sind in einem Organigramm dargestellt.

## 6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Integraler Bestandteil unseres Qualitätsmanagements sind interne QS- Maßnahmen. Dazu finden im gesamten Haus ca. 200 Einzelmaßnahmen statt. Eine Vielzahl qualitätssichernder Einzelmaßnahmen kommen zur Anwendung: Besprechungen und Konferenzen, Arbeitsgruppen und Qualitätszirkel, Erhebung und Auswertung von Daten bis hin zur verbindlichen Anwendung von Standards und Leitlinien zur Verbesserung von Abläufen.

## 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.

Neben der externen QS findet im Haus die Erhebung und Auswertung interner QS- Daten statt. Die von den Datenerhebungen betroffenen Bereiche werden anhand der medizinischen Schwerpunkte des Hauses ausgewählt. Die erhobenen Daten werden standardmäßig oder auf Nachfrage anlass- und problemorientiert ausgewertet. Ergibt sich aus den Auswertungen Handlungsbedarf, wird reagiert.

### 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.

Es werden regelmäßig Mitarbeiter-, Einweiser-, und Patientenbefragungen durchgeführt. Beauftragt wird eine externe Forschungsgruppe, die auch überregionale Vergleichswerte zur Verfügung stellen kann. Die Ergebnisse der anonymen Befragungen werden der Betriebsleitung und der Chefarztkonferenz vorgestellt, bevor diese den Mitarbeitern veröffentlicht wird. Aus den Ergebnissen der Befragungen werden Verbesserungsprozesse abgeleitet.

### 6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Das Krankenhaus verfügt über eine Beschwerdestelle, die aus internen und externen Mitgliedern besteht, sowie eine zusätzliche Beschwerdestelle nach Psychiatriepersonalverordnung. Bei Aufnahme werden die individuellen Wünsche des Patienten erfragt. Allgemeine Wünsche können auch anonym in einem speziellen Briefkasten abgegeben werden. Über Beurteilungskarten hat jeder Patient die Möglichkeit, den Aufenthalt zu bewerten. Durch Patientenbefragungen werden zusätzlich Informationen systematisch erfasst und ausgewertet sowie Erkenntnisse über Defizite gewonnen.

### 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.

Das Kreiskrankenhaus nimmt an 13 bundesweit verpflichtenden Leistungsbereichen (QS-Modulen) teil. Die zu bearbeitenden Module werden den Ärzten durch Aufruf individueller Filter in Online-Arbeitslisten zur Verfügung gestellt. Durch Validierungsschritte wird innerhalb der Module die Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Die Datensätze werden im Laufe des Jahres in kurzen Zeitabständen über eine entsprechende Funktion des Krankenhausinformationssystem an die Annahmestelle übermittelt. Die Dokumentationsrate des Krankenhauses lag 2006 bei 98.8%.

#### 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.

Der Qualitätsmanagementbeauftragte sichtet und analysiert die Auswertungen der externen Qualitätssicherung und markiert auffällige Ergebnisse. Zusammen mit einem individuellen Anschreiben, das nochmals alle Abweichungen auflistet, erhält der zuständige Chefarzt die Informationen. Alle Auswertungen stehen den Fachabteilungen auf Wunsch auch als Datei zur Verfügung. Die Ergebnisse werden in direkten Vergleich zu den Vorjahresdaten gesetzt. Alle Abweichungen werden im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses bearbeitet.