



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen



Diakonissenkrankenhaus  
Karlsruhe-Rüppurr  
Akademisches Lehrkrankenhaus

## KTQ - QUALITÄTSBERICHT

**Krankenhaus:** Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe-Rüppurr

Institutionskennzeichen: 260820148

Anschrift: Diakonissenstraße 28  
76199 Karlsruhe

**Ist zertifiziert nach KTQ**

**durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle**

**proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft**

**mit der Zertifikatnummer: 2007 – 0026 K**

**Datum der Ausstellung: 14.04.2007**

**Gültigkeitsdauer: 13.04.2010**

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ® .....	3
Einleitung .....	5
Teil A: Allgemeine Merkmale .....	7
Teil B: Allgemeine Leistungsmerkmale .....	14
Teil C: Personalbereitstellung .....	32
Teil D: Ausstattung .....	34
Teil E: Qualitätsmanagement und dessen Bewertung .....	36
Teil F: Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum .....	38
Teil G: Weitergehende Informationen .....	41
Teil H: Ausstattungen .....	42
1. Patientenorientierung in der Krankenversorgung .....	44
2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung .....	48
3. Sicherheit im Krankenhaus .....	51
4. Informationswesen .....	54
5. Krankenhausführung .....	56
6. Qualitätsmanagement .....	59

## 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 Deutschland 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, 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 Krankenhausbereiche überprüft.

---

<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.



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 eine Einleitung, in der drei bis vier innovative, patientenorientierte Leistungen beschrieben werden, die Strukturdaten sowie eine Beschreibung zu jedem der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges.

Wir freuen uns, dass das Krankenhaus 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 <http://www.ktq.de/> abrufbar.

Dr. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

H.-Theo Riegel

Für die Spitzen-  
verbände der Krankenkassen

Dr. M. Walger

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller

Für den Deutschen Pflegerat



## Das Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe-Rüppurr

Das Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe-Rüppurr ist als gemeinnütziges Krankenhaus und Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg Teil der Evangelischen Diakonissenanstalt Karlsruhe-Rüppurr. Dieses Werk hat seine Wurzeln in der badischen Erweckungsbewegung Mitte des 19. Jahrhunderts. Der Leitgedanke der Frauen und Männer damals war, eine "wirksame Krankenpflege" anzubieten, die, im "lebendigen Christentum wurzelnd, Geist, Seele und Leib gleichermaßen im Auge hat."

Wir behandeln als ein Haus der Zentralversorgung jährlich rund 16.000 Patientinnen und Patienten stationär und 30.000 ambulant. In den insgesamt 10 Kliniken unseres Hauses, den fachspezifischen Zentren und dem Geriatrischen Zentrum Karlsruhe stehen rund um die Uhr die verschiedenen Fachteams aus Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten, Sozialdienst und Seelsorge für ein großes Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Als akademisches Lehrkrankenhaus wissen wir uns hohen fachlichen, wissenschaftlichen und technischen Standards verpflichtet. Wir legen großen Wert auf kontinuierliche Fortbildungen für unsere Mitarbeitenden und auf einen gezielten Einsatz der Finanzinvestitionen in eine moderne medizinische Ausstattung. Für die pflegerische Ausbildung ist am Diakonissenkrankenhaus eine Gesundheits- und Krankenpflegeschule angesiedelt. Das Haus ist Kooperationspartner der Hebammenschule Karlsruhe.



**Zu jeder Zeit in guten Händen**

Die kontinuierliche Qualitätsverbesserung ist ein grundlegendes Ziel unseres Hauses, um die Zufriedenheit der Patienten und Mitarbeitenden zu erhöhen. Als Nachweis der Wirksamkeit und Funktionsfähigkeit unseres Qualitätsmanagementsystems sind wir seit April 2004 nach KTQ<sup>®</sup> (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) zertifiziert.

In unserem Hause arbeiten viele Servicedienste wie die hauseigene betriebstechnische Abteilung, die Medizin-Technik, die Verwaltungsabteilungen aber auch unsere Teams in der Küche und im Garten mit daran, dass die Betriebsabläufe funktionieren und dass Sie sich bei uns wohl fühlen.

Die Arbeit im Diakonissenkrankenhaus orientiert sich am kranken und Hilfe suchenden Menschen. Dessen Würde besteht darin, dass er von Gott geschaffen und geliebt ist. Deshalb soll den Menschen, die in unser Krankenhaus kommen, in ihrer Einheit von Geist, Seele und Leib geholfen werden. So können sie dem Evangelium in Wort und Tat begegnen.

Wir wollen die Patientinnen und Patienten, aber auch die Angehörigen und Besucher in ihrer Ganzheit wahrnehmen. Wir bieten neben der medizinischen Versorgung auch Rat und Hilfe in geistlicher, seelischer und sozialer Hinsicht an. Es steht ein größeres Team im Sozialdienst und in der Krankenhauseseelsorge zur Verfügung. Darüber hinaus unterstützt eine Gruppe von über 150 ehrenamtlichen Mitarbeitenden die Arbeit z. B. durch Lotsendienst und Besuchsdienst. Im Haus ist eine umfangreiche Patientenbibliothek vorhanden und es gibt vielfältige kulturelle Angebote in Form von Konzerten und Ausstellungen.

### Die Kliniken und Zentren

- Ø Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie
- Ø Klinik für Anästhesie, Intensiv- und Rettungsmedizin
- Ø Augenklinik
- Ø Frauenklinik
- Ø Hals-Nasen-Ohren-Klinik
- Ø Klinik für Innere Medizin
- Ø Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Ø Klinik für Radiologie, bildgebende Verfahren, Interventionsradiologie und Nuklearmedizin
- Ø Klinik für Unfallchirurgie
- Ø Gefäßzentrum
- Ø Kooperatives Brustzentrum Karlsruhe



Am Diakonissenkrankenhaus hat das Geriatrie Zentrum Karlsruhe seinen Sitz, das nach dem Geriatrie-Konzept des Landes Baden-Württemberg arbeitet. Das Diakonissenkrankenhaus ist Mitglied im Onkologischen Schwerpunkt Karlsruhe mit Brückenschwestern.

Als niedergelassene Praxen befinden sich am Haus eine Praxis für Neurologie und Psychiatrie, eine für plastische Chirurgie und Handchirurgie und eine für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie.

Dem Akutkrankenhaus ist eine Klinik für rehabilitative Geriatrie angeschlossen.

#### Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe-Rüppurr

Diakonissenstraße 28

76199 Karlsruhe

Telefon: 0721 - 889 0

Fax: 0721 – 889 3918

E-Mail: [info@diak-ka.de](mailto:info@diak-ka.de)

Ausführliche Informationen auch im Internet unter [www.diak-ka.de](http://www.diak-ka.de)

Die nachfolgenden Zahlen beziehen sich auf das Berichtsjahr 2005

## BASISTEIL

### A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

#### A-1.1-1.6 Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe-Rüppurr Akademisches Lehrkrankenhaus Postfach 51 01 40 76191 Karlsruhe
---

##### A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

260820148

##### A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Ev. Diakonissenanstalt

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

Zentralversorgung

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

Nein

##### A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

Ja

##### A-1.4.1 Arbeiten sonstige Einrichtungen mit dem Krankenhaus zusammen wie

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

##### A-1.4.2 Gibt es an Ihrem Krankenhaus

- eine Krankenpflegeschule?
- .. eine Kinderkrankenpflegeschule?
- .. eine Krankenpflegehilfeschule?

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

464

**A-1.5.1 Anzahl der Betten für den Maßregelvollzug (Die forensische Abteilung ist von der KTQ-Zertifizierung ausgenommen)**

0

**A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:**

Stationäre Patienten:

16.063

Ambulante Patienten:

30.319

Davon Privatpatienten:

12.419

**A-1.7 A Fachabteilungen**

Nr	Fachabteilung	Nicht bettenführ. Abt. mit fachl. n.weisungsg. Leitung (nb)	Zahl der Betten	Zahl stationäre Fälle	Haupt- oder Belegabt.	Poliklinik/ Ambulanz?	Notfallaufnahme vorhanden?	Durchgangsarztverfahren
0100	Innere Medizin	Nein	141	3977	ha	Ja	Ja	Nein
1500	Allgemeine Chirurgie	Nein	97	2766	ha	Ja	Ja	Nein
1600	Unfallchirurgie	Nein	54	1574	ha	Ja	Ja	Ja
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Nein	86	4171	ha	Ja	Ja	Nein
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Nein	43	1916	ha	Ja	Ja	Nein
2700	Augenheilkunde	Nein	43	1659	ha	Ja	Ja	Nein
3100	Psychosomatik/ Psychotherapie (ab 07.2006)	Nein	19		ha	Ja	Ja	Nein

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

Rang	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	C08	Kapselerhaltende Entfernung der Augenlinse	1078
2	P67	Versorgung eines Neugeborenen ab 2500 Gramm Geburtsgewicht, ohne größerer Operation oder Langzeitbeatmung	1051
3	O60	Normale Entbindung (=vaginale Entbindung)	897
4	D30	Entfernung der Rachenmandeln außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	752
5	D06	Operationen an Nasennebenhöhlen, Warzenfortsatz und/oder aufwändige Operationen am Mittelohr	334
6	O01	Kaiserschnitt-Entbindung <sup>4</sup>	276
7	F62	Herzschwäche (= Herzinsuffizienz) oder Kreislaufkollaps	239
8	G24	Eingriffe bei Bauchwandbrüchen, Nabelbrüchen und anderen Brüchen	223
9	G67	Speiseröhren- oder Magen-Darm-Entzündung oder verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane	223
10	E77	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	214
11	F59	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine	192
12	N21	Gebärmutterentfernung außer bei bösartiger Neubildung	171
13	J23	Große Eingriffe an der Brust (Mamma)	168
14	G60	Krebserkrankung der Verdauungsorgane	167
15	D13	Entfernung von Wucherungen der Rachenmandel (=Polypen) oder kleiner Einschnitt ins Trommelfell mit Einlegen eines Paukenröhrchens	154
16	H12	Verschiedene Eingriffe an den Leber- und Gallensystem	149
17	F73	Kurzdauernde Bewusstlosigkeit, Ohnmacht	134
18	B70	Schlaganfall	128
19	N23	Wiederherstellende Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	123
20	G46	Aufwendige Magenspiegelung zur Untersuchung und/oder Behandlung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane (z. B. bei Blutungen aus der Speiseröhre)	119
21	F71	Leichte oder mittlere Herzrhythmusstörung oder Reizleitungsstörung des Herzmuskels	113
22	F65	Erkrankung der Blutgefäße an Armen oder Beinen	113
23	G18	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	110
24	O65	Sonstige vorgeburtliche stationäre Aufnahme	107
25	G49	Dickdarm- und/oder Magenspiegelung, ein Behandlungstag	106
26	F67	Bluthochdruck	106
27	F60	Herz-Kreislaufferkrankungen mit akutem Herzinfarkt, ohne eindringende kardiologische Untersuchung	105
28	G54	Dickdarmspiegelung; mehr als 2 Belegungstage	104
29	I21	Operation zur Entfernung von Schrauben und/oder Platten am Hüftgelenk und/oder Oberschenkel	103
30	I68	Nicht operativ behandelte Krankheiten oder Verletzungen im Wirbelsäulenbereich (z. B. Lenden- und Kreuzschmerzen)	101

## A-1.8-2.0

### Versorgungsschwerpunkte, Behandlungsmöglichkeiten, DARZ

#### *A-1.8 Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen? (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)*

Das Diakonissenkrankenhaus ist ein Haus der Zentralversorgung und Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg. Es umfasst folgende Fachkliniken: Klinik für Anästhesie, Intensiv- und Rettungsmedizin; Augenklinik; Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie und Klinik für Unfallchirurgie; Frauenklinik; Hals-Nasen-Ohren-Klinik; Klinik für Innere Medizin; Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; Klinik für Radiologie, bildgebende Verfahren, Interventionsradiologie und Nuklearmedizin. Im am Hause angesiedelten Geriatrischen Zentrum Karlsruhe werden geriatrischen Patienten untersucht und behandelt. Typische Fragestellungen sind hier z.B. Stürze und Sturz-Vorbeugung, Osteoporose, Ernährungsfragen, Gedächtnisstörungen, Depression, Schlaganfall oder Harninkontinenz.

Im Haus gibt es das zertifizierte Kooperative Brustzentrum Karlsruhe, zu dem sich die Frauenklinik, die Klinik für Radiologie und die Klinik für Innere Medizin mit den St. Vincentius-Kliniken zusammengeschlossen haben und das zertifizierte Gefäßzentrum, in welchem die Gefäßchirurgie und die interventionelle Radiologie mit niedergelassenen Kardiologen kooperieren. Schwerpunkte in der Klinik für Radiologie sind neben der Behandlung von arteriellen Verschlusskrankungen, die Behandlung von Tumoren mittels Embolisation und Chemoembolisation, die Embolisation bei Gebärmuttermyomen, Stentimplantation zur Behandlung von Einengungen des Verdauungstraktes (Speiseröhre, Gallenwege) und bei Tränenangeseinengungen, Behandlung bei Rückenschmerzen und Wirbelbrüchen sowie stereotaktische Vakuum-Gewebeentnahmen der Brust.

Das Haus verfügt über eine der größten Geburtshilfeabteilungen der Region.

Das Geriatrische Zentrum arbeitet für den gesamten Bereich Karlsruhe und darüber hinaus auch beratend für andere medizinische Einrichtungen. Es stehen sechs Betten zur akut-geriatrischen Frührehabilitation zur Verfügung.

In der Klinik für Innere Medizin sind drei Betten zur palliativ-medizinischen Betreuung eingerichtet.

Durch die Einrichtung einer Klinik für Unfallchirurgie wurden seit Ende 2004 neue Leistungsangebote erschlossen und es bestehen ein umfangreiche Möglichkeiten der Behandlung in der orthopädischen Chirurgie. In der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die Mitte 2006 eröffnet wurde, steht ein weiteres neues Behandlungsspektrum im Krankenhaus zur Verfügung.

Das Haus ist Mitglied im Onkologischen Schwerpunkt Karlsruhe.

In der Pflege werden Pflegemethoden wie Basale Stimulation, Kinästhetik und das Bobath-Konzept gezielt angewendet sowie großer Wert auf die Pflegeüberleitung gelegt.

Im Haus ist ein Team für Ernährungs-/Diätberatung eingesetzt. Eine interdisziplinäre Diabetikerschulung wird angeboten. Es steht ein größeres Team im Sozialdienst und in der Krankenhausesseelsorge zur Verfügung. Darüber hinaus unterstützt eine Gruppe von über 150 Ehrenamtlichen Mitarbeitenden die Arbeit im Haus z. B. durch Lotsendienst und Besuchsdienst. Eine umfangreiche Patientenbibliothek ist vorhanden. Kulturelle Angebote in Form von Konzerten und Ausstellungen werden regelmäßig veranstaltet.

Am Diakonissenkrankenhaus ist eine Krankenpflegeschule angesiedelt und es gibt zahlreiche berufsorientierende Kurse. Das Haus ist Kooperationspartner der Hebammenschule Karlsruhe.

Angeschlossen sind eine Klinik für rehabilitative Geriatrie. Weitere Angebote im Haus bestehen durch niedergelassene Praxen, Praxis für Neurologie und Psychiatrie, Praxis für Plastische Chirurgie und Handchirurgie und Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie durch ein Weiter- und Fortbildungsinstitut für Pflegekräfte.

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?

Nein

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

Institutsambulanz nach §115b SGBV	Augenheilkunde
Institutsambulanz nach §115b SGBV	Frauenheilkunde
Ermächtigung Herr Prof. Trinkmann	Augenheilkunde
Ermächtigung Herr PD Dr. Sturm	Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie
Ermächtigung Herr Prof. Hartwig	Unfallchirurgie
Ermächtigung Herr Prof. Strohm	HNO-Klinik
Ermächtigung Frau Dr. Kröhl	Tumorsprechstunde HNO-Klinik
Ermächtigung Herr Prof. Rossmanith	Frauenheilkunde
Ermächtigung Herr Dr. Zedelius	Frauenheilkunde
Ermächtigung Herr Dr. Deutsch	Frauenheilkunde
Ermächtigung Herr Prof. Strecker	Radiologie
Ermächtigung Herr Prof. Domschke	Innere Medizin
Ermächtigung Herr Dr. Arldt	Klinik für Anästhesie- Intensiv- und Rettungsmedizin
Logopädie	
Ergotherapie	
Physiotherapie und Physikalische Therapie	
Privatsprechstunde in den Kliniken des Diakonissenkrankenhauses	
Fachübergreifende Notfallambulanz des Diakonissenkrankenhauses	

**A-2.0 Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?**

Unfallchirurgie Chefarzt Herr Prof. Hartwig
---

Besteht die Zulassung zum Verletzungsartenverfahren der Berufsgenossenschaft?  
Ja

## A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

### A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung	Vorhanden	Verfügbarkeit 24h sichergestellt	Apparategemeinschaft?
Computertomographie	Ja	Ja	
Magnetresonanztomographie	Ja	Ja	
Herzkatheterlabor	Nein	Nein	
Szintigraphie	Ja	Ja	
Positronenemissionstomographie	Ja	Ja	Kooperation
Elektroenzephalogramm	Ja	Ja	
Angiographie	Ja	Ja	
Schlaflabor	Nein	Nein	
Kernspin	Ja	Ja	
Sonographie	Ja	Ja	
Röntgen	Ja	Ja	
Broncho-/Endoskopie	Ja	Ja	
Echoskopie/TEE	Ja	Ja	
Mikrobiologie	Ja	Ja	

### A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

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

#### A-2.1.3-2.1.4

#### 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?

Seniorenfachberatung, Ambulante Sturzpräventionskurse, Aktivierungsgruppen für demente Menschen

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

### Innere Medizin

#### B-1.1-1.4 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

##### B-1.1 Medizinisches Leistungsspektrum

Behandlung von Herz- und Herzkranzgefäßerkrankungen Verschluss und Stenose der hirnversorgenden Gefäße, z.B. Schlaganfall Verschlusskrankheit an Beinen (periphere Gefäße) Atemwegserkrankungen: Lungenentzündung, obstruktive Krankheitsbilder (COPD, Asthma) Erkrankungen der Verdauungsorgane: Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Lebererkrankungen: entzündlich (Hepatitis) und nicht entzündlich Gallenwegserkrankungen (Steinleiden) Krankheiten der Bauchspeicheldrüse Stoffwechselerkrankungen, z.B. Diabetes mellitus Onkologische und hämatologische Erkrankungen, z.B. maligne Lymphome Klinische Geriatrie
Besondere Leistungsangebote Bewegungsgesteuerte Schrittmacher Spiegelungen der Speiseröhre, des Magens und des Dickdarmes, insbesondere z.B. Verödung und Unterbindung von Speiseröhrenkrampfadern, Aufdehnung der Speiseröhre, Polypentragung im Magen und Dickdarm Darstellung der Gallenwege und Bauchspeicheldrüse (ERCP) mit Papillotomie und Einbringen von Stents Systemische Chemotherapie, ambulant und stationär

##### B-1.2 Besondere Versorgungsschwerpunkte

Zentrum für onkologische Erkrankungen und Palliativmedizin Gastroenterologie
---

##### B-1.3 Weitere Leistungsangebote

Onkologischer Schwerpunkt eigener Aufnahmearzt
---

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

LfdNr	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	F62	Herzschwäche (= Herzinsuffizienz) oder Kreislaufkollaps	232
2.	E77	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	201
3.	G60	Krebserkrankung der Verdauungsorgane	150
4.	F73	kurzdauernde Bewusstlosigkeit, Ohnmacht	126
5.	B70	Schlaganfall	112
6.	G46	Aufwendige Magenspiegelung zur Untersuchung und/oder Behandlung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane (z. B. bei Blutungen aus der Speiseröhre)	106
7.	F67	Bluthochdruck	105
8.	F71	Leichte oder mittlere Herzrhythmusstörung oder Reizleitungsstörung des Herzmuskels	101
9.	R61	Lymphknotenschwellung oder gemäßigter Blutkrebs (=nicht akute Leukämie)	97
10.	F59	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine	95

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

LfdNr	ICD-10 Nummer (dreistellig)	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	I50	Herzschwäche (=Herzinsuffizienz)	250
2.	R55	kurzdauernde Bewusstlosigkeit/Ohnmacht	137
3.	J18	Lungenentzündung durch unbekanntes Erreger	127
4.	I63	Schlaganfall aufgrund eines Hirngefäßverschlusses	121
5.	I21	Akuter Herzinfarkt	110
6.	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	108
7.	C18	Dickdarmkrebs	106
8.	I70	Arterienverkalkung (v.a. an den Beinen)	101
9.	I48	Herzrhythmusstörung in den Herzvorhöfen (=Vorhofflattern oder Vorhofflimmern)	88
10.	I20	anfallartige Schmerzen in der Herzgegend (=Angina pectoris, z.B. mit typischen Ausstrahlungen in den linken Arm)	78

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

LfdNr	OPS-301 Nummer	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	5-399	Sonstige Operationen an Blutgefäßen (z.B. Einführung eines Katheters in ein Blutgefäß; Implantation von venösen Katheterverweilsystemen zur Chemotherapie/Schmerztherapie)	19
2.	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers und/oder eines elektrischen Gerätes zur Beseitigung von Kammerflimmern (=Defibrillator)	14
3.	5-378	Entfernung, Wechsel oder Korrektur eines Herzschrittmachers und/oder elektrischen Gerätes zur Beseitigung von Kammerflimmern (=Defibrillator)	14
4.	5-401	Herausschneiden einzelner Lymphknoten und/oder Lymphgefäße	8
5.	1-620	Diagnostische Luftröhren- und Bronchenspiegelung	3
6.	5-200	Einschneiden des Trommelfells zur Eröffnung der Paukenhöhle (z.B. bei eitriger Mittelohrentzündung, Paukenerguss)	2
7.	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	2
8.	5-402	Ausräumen mehrerer Lymphknoten einer Region	2
9.	5-894	Herausschneiden von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2
10.	1-661	Spiegelung der Harnröhre und der Harnblase	1

## Allgemeine Chirurgie

### B-1.1-1.4 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

#### B-1.1 Medizinisches Leistungsspektrum

Zertifiziertes Gefäßzentrum in enger Kooperation mit anderen Kliniken des Hauses, u.a. der Klinik für Radiologie und dem niedergelassenen Bereich Pankreaschirurgie Chirurgie der Leber- und Gallenwege Kolorektale-Tumore Minimal-invasive Chirurgie - "Schlüsselloch-Chirurgie" Viszeral Chirurgie – Bauchchirurgie Hernienchirurgie Proktologische Eingriffe
--

#### B-1.2 Besondere Versorgungsschwerpunkte

Erkrankungen der Leber, Bauchspeicheldrüse und Gallenwege (HPB) Kolorektale Erkrankungen (M. Crohn, Colitis, Tumoren) Periphere Gefäßerkrankungen
---

#### B-1.3 Weitere Leistungsangebote

Gefäßsprechstunde Proktologische Sprechstunde Leber-Pankreas-Sprechstunde
---

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

LfdNr	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	G24	Eingriffe bei Bauchwandbrüchen, Nabelbrüchen und anderen Brüchen	219
2.	H12	Verschiedene Eingriffe an den Leber- und Gallensystem	145
3.	G67	Speiseröhren- oder Magen-Darm-Entzündung oder verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane	130
4.	G18	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	104
5.	G25	Eingriffe an Leisten- und Schenkelbrüchen	97
6.	F59	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine	96
7.	F65	Erkrankung der Blutgefäße an Armen oder Beinen	89
8.	H14	Gallenblasenentfernung mittels Schlüssellochoperation (Laparoskopische Gallenblasenentfernung)	71
9.	F39	Unterbindung und Entfernung von Venen	68
10.	F54	Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine	62

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

LfdNr	ICD-10 Nummer (dreistellig)	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	I70	Arterienverkalkung (v.a. an den Beinen)	441
2.	K80	Gallensteinleiden	275
3.	K40	Eingeweidebruch (=Hernie) an der Leiste	270
4.	K56	Lebensbedrohliche Unterbrechung der Darmpassage aufgrund einer Darmlähmung und/oder eines Passagehindernisses	150
5.	K57	Sackförmige Darmwandausstülpungen an mehreren Stellen (=Divertikulose)	141
6.	I83	Krampfadern an den Beinen	117
7.	K35	Akute Blinddarmentzündung	94
8.	K52	Sonstige Magen-Darm Entzündungen ohne infektiöse Ursache	92
9.	K43	Eingeweidebruch (=Hernie) an der mittleren / seitlichen Bauchwand	73
10.	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	71

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

LfdNr	OPS-301 Nummer	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	5-530	Verschluss von Eingeweidebrüchen (=Hernien), die im Leistenbereich austreten	245
2.	5-511	Gallenblasenentfernung	215
3.	5-893	Abtragung abgestorbener Hautzellen (=chirurgische Wundtoilette) und/oder Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	167
4.	5-470	Blinddarmentfernung	96
5.	5-385	Unterbindung, Herausschneiden und/oder Herausziehen von Krampfadern	72
6.	5-534	Verschluss von Eingeweidebrüchen (=Hernien), die im Bereich des Bauchnabels austreten	54
7.	5-381	Ausräumen des am Verschlussort eines Blutgefäßes gelegenen Blutpfropfes (=Thrombus) einschließlich der ihm anhaftenden Gefäßinnenwand	45
8.	5-393	Anlegen einer sonstigen Nebenverbindung und/oder Umgehungsverbindung an Blutgefäßen	44
9.	5-056	Operation mit Auflösung von Nervenzellen und/oder Druckentlastung von Nerven (z.B. bei chronischen Schmerzen)	39
10.	5-894	Herausschneiden von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	39

## Unfallchirurgie

### B-1.1-1.4 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

#### B-1.1 Medizinisches Leistungsspektrum

Traumazentrum Unfallchirurgie Orthopädische Chirurgie Künstlicher Gelenkersatz: Hüftgelenk, Kniegelenk, Schulter, Sprunggelenksprothetik, Tumorprothetik Gelenkeingriffe Tumorchirurgie Fußchirurgie
--

#### B-1.2 Besondere Versorgungsschwerpunkte

Endoprothetik
---------------

#### B-1.3 Weitere Leistungsangebote

Sportverletzungen und Gelenksprechstunde Tumor- und Wirbelsäulensprechstunde Endoprothesensprechstunde
--

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

LfdNr	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klargchrift, deutsch)	Fallzahl
1.	I21	Operation zur Entfernung von Schrauben und/oder Platten am Hüftgelenk und/oder Oberschenkel	101
2.	B80	Sonstige Kopfverletzungen (z. B. Gehirnerschütterung)	90
3.	I13	Komplexe Operationen am Oberarm, am Schienbein, am Wadenbein und/oder am Sprunggelenk	82
4.	J65	Verletzung der Haut, Unterhaut oder weiblichen Brust	81
5.	I68	Nicht operativ behandelte Krankheiten oder Verletzungen im Wirbelsäulenbereich (z. B. Lenden- und Kreuzschmerzen)	71
6.	I23	Operation zur Entfernung von Schrauben und/oder Platten an sonstigen Körperregionen; jedoch nicht an Hüfte und/oder Oberschenkel	62
7.	I57	Mäßig komplexe Eingriffe am Oberarm, Schien- und Wadenbein und Sprunggelenk	52
8.	I24	Spiegelung von Gelenkshöhlen (=Arthroskopie) einschließlich Gewebeprobeentnahme zur mikroskopischen Untersuchung	50
9.	I08	Sonstige Operationen an Hüftgelenk und/oder Oberschenkel (z. B. geschlossene Knochen-Wiederausrichtung bei Brüchen)	48
10.	I51	Eingriffe an Hüftgelenk und Oberschenkel	47

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

LfdNr	ICD-10 Nummer (dreistellig)	Text (in umgangssprachlicher Klargchrift, deutsch)	Fallzahl
1.	S72	Oberschenkelbruch	170
2.	S52	Unterarmbruch	148
3.	S82	Unterschenkelbruch, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	127
4.	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter oder des Oberarmes	122
5.	S06	Verletzungen innerhalb des Schädels	113
6.	S32	Bruch der Lendenwirbelsäule oder des Beckens	98
7.	S22	Bruch der Rippe(n), des Brustbeins oder der Brustwirbelsäule	77
8.	M17	Chronischer Kniegelenksverschleiß mit zunehmender Gelenkversteifung (=Arthrose)	51
9.	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	34
10.	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	26

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

LfdNr	OPS-301 Nummer	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	5-893	Abtragung abgestorbener Hautzellen (=chirurgische Wundtoilette) und/oder Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	154
2.	5-790	Stellungskorrektur eines Knochenbruches ohne freie Verbindung des Bruches zur Körperoberfläche (=geschlossene Reposition) und/oder einer Lösung der Knochenenden von Röhrenknochen mittels Knochenstabilisierungsmaterial (z.B. Drähte, Schrauben, Platten, externe Fixateur)	148
3.	5-793	Stellungskorrektur eines einfachen Knochenbruches ohne intakte Weichteilbedeckung (=offene Reposition) im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	116
4.	5-787	Entfernung von Knochenstabilisierungsmaterial	88
5.	5-794	Stellungskorrektur eines mehrteiligen Knochenbruches ohne intakte Weichteilbedeckung (=offene Reposition) im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mittels Knochenstabilisierungsmaterial (z.B. Drähte, Schrauben, Platten, extener Fixateur)	84
6.	5-820	Einsetzen eines Gelenkersatzes (=Gelenkendoprothese) am Hüftgelenk	60
7.	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut (z.B. durch Naht)	58
8.	5-892	Sonstige Operationen mit Einschneiden der Haut und Unterhaut (z.B. Entfernung eines Fremdkörpers, Implantation eines Medikamententrägers)	49
9.	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	36
10.	1-697	Gelenkspiegelung	31

## Frauenheilkunde und Geburtshilfe

### B-1.1-1.4 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

#### B-1.1 Medizinisches Leistungsspektrum

<p>Zertifiziertes Brustzentrum in Kooperation mit den St. Vincentius-Kliniken Karlsruhe          Zentrum für onkologische Erkrankungen          Geburtshilfeabteilung mit Möglichkeit der Wassergeburt, Hockergeburt, Ernährungsberatung, Betreuung vom Risikoschwangeren, Äußere Wendung von Steißlagen          Minimal-invasive Chirurgie          Urogynäkologie - Behandlung bei Harninkontinenz          Onkoplastische Brustoperationen, Sentinel-Lymphknoten-OP, rekonstruktive Brust-OPs in Zusammenarbeit mit unseren plastischen Chirurgen, Reduktionsplastiken</p>
--

#### B-1.2 Besondere Versorgungsschwerpunkte

<p>Brusterkrankungen          Familienorientierte Geburtshilfe mit Kreißsaalbereich und individuell gestalteten Geburtszimmern, Gebäranne, Vorbereitungskurse          Ambulante Operationen          AGO-Studienzentrum für Ovarial-Karzinom und GBG-Studien für Mamma-Karzinom</p>
--

#### B-1.3 Weitere Leistungsangebote

<p>Geburtsvorbereitungskurse          Dysplasiesprechstunde          Ambulante Chemotherapie          Sterilitätssprechstunde          Mammassprechstunde: Ultraschalldiagnostik, Feinnadel- und High-Speed-Stanzbiopsie, Zytologie          Mammographie und Knochendichtemessung in der Röntgenabteilung          Kontinenzsprechstunde mit urodynamischer Diagnostik          Kindergynäkologie          Ultraschalldiagnostik Stufe II nach Degum          Schwangerschaftsvorsorge          Pränatale Diagnostik: Missbildungultraschall, Amniozentese, Nabelschnurpunktion, Doppelsonographie, fetale Therapie          Hüftultraschall und Hörtest bei Neugeborenen          Besondere pflegerische und medizinische Überwachungsmöglichkeiten für Neugeborene mit Problemen, wie z.B. Trinkschwäche u.a.</p>
--

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

LfdNr	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	P67	Versorgung eines Neugeborenen ab 2500 Gramm Geburtsgewicht, ohne größerer Operation oder Langzeitbeatmung	1051
2.	O60	Normale Entbindung (=vaginale Entbindung)	897
3.	O01	Kaiserschnitt-Entbindung	276
4.	N21	Gebärmutterentfernung außer bei bösartiger Neubildung	171
5.	J23	Große Eingriffe an der Brust (Mamma)	162
6.	N23	Wiederherstellende Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	123
7.	O65	Sonstige vorgeburtliche stationäre Aufnahme	106
8.	N22	Eierstockentfernung und komplexe Eingriffe an den Eileitern ohne bösartige Neubildung	90
9.	N25	Eingriffe an Gebärmutter (Uterus) und Eierstöcken (Adnexen) außer bei bösartiger Neubildung	89
10.	N10	Gebärmutter Spiegelung oder untersuchende Ausschabung; Sterilisation oder Eileiterdurchblasung	70

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

LfdNr	ICD-10 Nummer (dreistellig)	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	Z38	Lebendgeborener Säugling	959
2.	O70	Dammriss unter der Geburt	314
3.	C50	Brustkrebs	266
4.	D25	Gutartige Geschwulst des Gebärmuttermuskels (=Myom)	255
5.	O63	Verzögerte Geburt	143
6.	O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	132
7.	N81	Vorfall von Genitalorganen der Frau (z.B. der Gebärmutter) durch die Scheideöffnung	97
8.	D27	Gutartige Eierstockgeschwulst	94
9.	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems (.z.B. Harnwegsinfektion, unfreiwilliger Harnverlust)	89
10.	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung mit Gefahrenzustand des Ungeborenen	89

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

LfdNr	OPS-301 Nummer	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	5-683	Entfernung der Gebärmutter	250
2.	5-740	Klassische Schnittentbindung (=Kaiserschnitt)	193
3.	5-870	Brusterhaltende Operation ohne Entfernung von Lymphknoten im Achselbereich	141
4.	5-651	Herausschneiden oder Zerstören von Gewebe der Eierstöcke	101
5.	5-653	operative Entfernung des Eileiters und der Eierstöcke	89
6.	5-401	Herausschneiden einzelner Lymphknoten und/oder Lymphgefäße	80
7.	5-593	Zügeloperation mit Zugang durch die Scheide zur Stabilisierung des Beckenbodens bei unfreiwilligem Harnverlust/Vorfall von Geschlechtsorganen	76
8.	5-749	Sonstige Schnittentbindung (=Kaiserschnitt), (z.B. in der Misgav-Ladach-Operationstechnik)	76
9.	1-672	Spiegelung der Gebärmutter	65
10.	1-694	Spiegelung des Bauchraums und seiner Organe	61

## Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

### B-1.1-1.4 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

#### B-1.1 Medizinisches Leistungsspektrum

mikrochirurgische Operationen des Ohres: sanierende und hörverbessernde Operationen am Mittelohr Nasen- und Nasennebenhöhlen Chirurgie Behandlung von Tumoren im HNO-Gebiet einschließlich Laserchirurgie Ohrmuschelplastiken Speicheldrüsenchirurgie Entfernung der Gaumenmandeln (Tonsillektomien) Entfernung der Rachenmandeln (Adenotomien), auch ambulant Gesichtschirurgie einschl. plastischer Eingriffe Operation an den Halsweichteilen (gut- und bösartige Tumoren) Mittelgesichts-Traumen
---

#### B-1.2 Besondere Versorgungsschwerpunkte

Ohrchirurgie Mikroskopisch gestützte Nebenhöhlenchirurgie Laser-Chirurgie
---

#### B-1.3 Weitere Leistungsangebote

Funktionsdiagnostik (Audiometrie, ENG, Stroboskopie) Innenohrdiagnostik (OAE, BERA) bei Kleinkindern auch ambulant in Narkose Kopf/Hals-Sonographie (A und B-Scan) intraoperatives Nervenmonitoring Kooperation mit der interventionellen Radiologie Eigener Kinderbereich
---

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

LfdNr	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	D30	Mandelentfernung außer bei bösartiger Neubildung oder Verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	750
2.	D06	Operationen an Nasennebenhöhlen, Warzenfortsatz und/oder aufwändige Operationen am Mittelohr	334
3.	D13	Entfernung von Wucherungen der Rachenmandel (=Polypen) oder kleiner Einschnitt ins Trommelfell mit Einlegen eines Paukenröhrchens	154
4.	D10	Verschiedene Operationen an der Nase	90
5.	D66	Sonstige Krankheiten an Ohr, Nase, Mund oder Hals (z. B. Hörsturz, Tinnitus)	74
6.	D61	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel)	44
7.	D28	Ober- und Unterkieferbetreffende Knochendurchtrennung oder komplexe Eingriffe an Kopf oder Hals außer bei bösartiger Neubildung oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung	37
8.	D05	Entfernung der Speicheldrüsen	36
9.	D63	Mittelohrentzündung oder Infektionen der oberen Atemwege	31
10.	Z64	Sonstige Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	26

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

LfdNr	ICD-10 Nummer (dreistellig)	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	J35	Chronische Krankheiten der Gaumen- und/oder Rachenmandeln	348
2.	J32	Chronische Entzündung der Stirn- oder Nasennebenhöhlen	182
3.	H71	Gutartiger Bindegewebstumor des Mittelohres	164
4.	H66	Eitrige und/oder nicht näher bezeichnete Mittelohrentzündung	144
5.	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und/oder Nasennebenhöhlen (z.B. Abszess)	130
6.	H80	Knöcherne Erkrankung des Gleichgewichtorgans	89
7.	J38	Krankheiten der Stimmlippen und/oder des Kehlkopfes (z.B. Polypen, Schwellungen, Pseudokrapp)	74
8.	H81	Funktionsstörungen der Gleichgewichtsnerven, meist in Form von Gleichgewichtsstörungen	62
9.	H74	Sonstige Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	57
10.	H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	46

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

LfdNr	OPS-301 Nummer	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	5-281	Operative Mandelentfernung ohne Entfernung von Wucherungen der Rachenmandel (=Polypen)	207
2.	5-194	Plastisch-operativer Trommelfellersatz (hier: Typ I)	164
3.	5-214	Abtragung der Nasenscheidewand und/oder plastische Nachbildung	137
4.	5-195	Verschuß einer Trommelfellperforation und Wiederherstellen der Gehörknöchelchen (Tympanoplastik)	135
5.	5-185	Aufbau und Wiederherstellung des äußeren Gehörganges	87
6.	1-610	Diagnostische Kehlkopfspiegelung	77
7.	5-191	Steigbügelentfernung	74
8.	5-222	Operationen an der Siebbein und/oder an der Keilbeinhöhle	67
9.	5-262	Entfernung einer Speicheldrüse	51
10.	5-202	Einschnitt an Warzenfortsatz und Mittelohr	47

## Augenheilkunde

### B-1.1-1.4 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

#### B-1.1 Medizinisches Leistungsspektrum

Mikrochirurgie (Grauer Star, Netzhaut) Glaukomchirurgie (Grüner Star) Hornhautchirurgie bei Sehfehlern (Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit) – Lasik Schieloperationen Netzhaut- und Glaskörperchirurgie Lidchirurgie Augenheilkunde der Sehnerven und der Sehnervenbahnen
---

#### B-1.2 Besondere Versorgungsschwerpunkte

Katarakte (Grauer Star) Nachstarabsaugung Glaskörperchirurgie Schwere Augenverletzungen Hornhautübertragung (Keratoplastik) Tränenwegsondierungen
--

#### B-1.3 Weitere Leistungsangebote

Sehschule / Strabologie Laser Glaukomdiagnostik (Grüner Star) Diabetessprechstunde Chirurgie von Lidfehlstellungen
--

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

LfdNr	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	C08	Kapselerhaltende Entfernung der Augenlinse	1076
2.	C61	Krankheiten des Sehnervs oder der Blutgefäße des Auges	85
3.	C20	Eingriffe an der Hornhaut, Lederhaut und Bindehaut und Eingriffe an Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse	76
4.	C14	Sonstige Operationen am Auge	74
5.	C63	Sonstige Krankheiten des Auges (z. B. Gerstenkorn)	53
6.	C06	Aufwändige Operationen bei grünem Star (= Glaukom)	50
7.	C17	Eingriffe an der Netzhaut (Retina) mit Glaskörperentfernung ohne Linsenentfernung	42
8.	C64	Grüner Star (=Glaukom), grauer Star (=Katarakt) oder Krankheiten des Augenlides	41
9.	C19	Eingriffe bei Grünem Star (Glaukom) ohne Linsenentfernung	34
10.	C07	Sonstige Operationen bei grünem Star (= Glaukom)	33

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

LfdNr	ICD-10 Nummer (dreistellig)	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	H25	Augenlinsentrübung im Alter (=Altersstar, seniles Katarakt)	1098
2.	H40	Grüner Star (=Glaukom) mit erhöhtem Augeninnendruck und ggf. Sehnervschädigung	117
3.	H34	Netzhautgefäßverschluss	67
4.	H26	Sonstige Formen der Augenlinsentrübung (z.B. durch Unfall oder Arzneimittel)	64
5.	H43	Krankheiten des Glaskörpers	54
6.	H33	Netzhautablösung und/oder Netzhautriss	48
7.	H02	Sonstige Krankheiten des Augenlides	31
8.	S05	Verletzungen des Auges und der Augenhöhle (Orbita)	31
9.	H35	Sonstige Krankheiten der Netzhaut	29
10.	H16	Hornhautentzündung des Auges	23

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

LfdNr	OPS-301 Nummer	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse mit Zurücklassen der eröffneten Linsenkapsel, nachfolgend Einsetzen einer Kunststofflinse in den Kapselsack	1117
2.	5-131	Senkung des Augeninnendrucks durch filtrierende Operationen	54
3.	5-155	Entfernung von erkranktem Gewebe an der Netzhaut und Aderhaut des Auges	51
4.	5-158	Entfernung des Augenglaskörpers mit einem Saugschneidegerätee über einen Zugang durch den Pupillenmuskel (=Ziliarkörper) des Auges	33
5.	5-149	Andere Operationen an der Linse	25
6.	5-154	Sonstige Operationen zur Befestigung der Netzhaut des Auges bei Netzhautablösungen	23
7.	5-115	Naht der Bindehaut	21
8.	5-093	Korrekturoperation bei Einwärtskehrung und Auswärtsstülpung des Augenlides	20
9.	5-132	Senkung des Augeninnendrucks durch Operation am Strahlenkörper	15
10.	5-091	Entfernung von erkranktem Gewebe des Augenlides	11

## Psychosomatik/ Psychotherapie

### B-1.1-1.4 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

#### B-1.1 Medizinisches Leistungsspektrum

Die Klinik macht ein sowohl vollstationäres als auch teilstationäres Behandlungsangebot für das gesamte Spektrum der Psychosomatischen Medizin. Behandelt werden:

- Depressive Erkrankungen
- Angststörungen
- Phobien
- Zwangsstörungen
- Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimie, Adipositas)
- Somatisierungsstörungen/Somatoforme Funktionsstörungen (z.B. Herzangstneurose, Reizdarmsyndrom, psychogene Schmerzsyndrome, psychogener Schwindel etc; Sexualstörungen)
- Störung der Krankheitsverarbeitung und Krankheitsakzeptanz/Störung des Coping bei schweren oder chronischen somatischen Erkrankungen (z.B. Malignomerkrankungen, koronare Herzerkrankung, Diabetes mellitus, Erkrankungen mit Verlust der körperlichen Integrität)
- Psychosomatische Erkrankungen (körperliche Krankheiten mit hohem psychosomatischem Anteil, z.B. chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, rezidivierende Ulkuskrankheit, Asthma bronchiale)
- Anpassungsstörungen/Reaktionen auf schwere Belastungen, z.B. Posttraumatische Belastungsstörung
- Psychosomatische Krisen bei familiärer oder berufsbezogener Problematik, Burn-Out-Syndrom
- Psychosomatische Krankheitsbilder bei Patienten mit Altersproblematik, negativer Lebensbilanz und sozialer Isolation
- Persönlichkeitsstörungen
- Pathologisch fixierte Trauerreaktionen

#### B-1.2 Besondere Versorgungsschwerpunkte

Wir machen ein Behandlungsangebot für Menschen aus Karlsruhe und der näheren und weiteren Umgebung, die eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung brauchen. Daneben bieten wir als diagnostische Leistung eine prästationäre Untersuchung an, bei der Diagnose, Differenzialdiagnose und Indikation und Differenzialindikation zur psychotherapeutischen Behandlung untersucht werden und in einem ärztlichen Bericht dem zuweisenden Kollegen übermittelt werden. Wir behandeln Menschen vom jugendlichen Alter an (ca. 16 Jahre) und erwachsene Patienten aller Altersstufen.

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

LfdNr	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1.		Klinik erst im Juli 2006 eröffnet.	

## B-1.8 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung

### B-1.8 (Matrix) Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung

Nr	Fachabteilung	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	Abt.spez. Kinderbetten	Kinderkrankenschwester/ -pfleger
0100	Innere Medizin	10,96	Nein	Nein
1500	Allgemeine Chirurgie	9,5	Nein	Nein
1600	Unfallchirurgie	9,27	Nein	Nein
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	4,85	Nein	Nein
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	6,18	Ja	Ja
2700	Augenheilkunde	5,24	Nein	Nein
3100	Psychosomatik/ Psychotherapie		Nein	Nein

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

Anzahl der Behandlungen nach § 116 SGB V pro Jahr:  
0

## B-1.9 Spezifisch für die Fachabteilung:

### B-1.9 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

#### B-1.9.1 Anzahl der Geburten pro Jahr

1217

#### B-1.9.2 Existiert eine Neugeborenen Intensivstation im Gebäude?

Nein

Ist ein Zugriff auf die Pädiatrie oder die pädiatrische Notfallversorgung möglich?

Ja

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

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

1.158

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

Gesamtkrankenhaus

Rang	EBM-Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
1	31351	Operative Entfernung der Augenlinse mit Zurücklassen der eröffneten Linsenkapsel, nachfolgend Einsetzen einer Kunststofflinse in den Kapselsack	574
2	31311	Diagnostische Gebärmutterspiegelung	344
3	31301	Ausscharbung	142
4	31301	Entnahme einer Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals	50
5	31312	Bauchspiegelung	40

#### 2400 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

LfdNr	EBM Nummer	Fälle absolut	in umgangssprachlicher Klarschrift
1.	31311	344	Diagnostische Gebärmutterspiegelung
2.	31301	150	Ausscharbung (Kürretage)
3.	31301	50	Entnahme einer Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals
4.	31312	40	Bauchspiegelung
5.	31301	8	Ausscharbung nach Fehlgeburt (Abrasio)

#### 2700 Augenheilkunde

LfdNr	EBM Nummer	Fälle absolut	in umgangssprachlicher Klarschrift
1.	31351	574	Operative Entfernung der Augenlinse mit Zurücklassen der eröffneten Linsenkapsel, nachfolgend Einsetzen einer Kunststofflinse in den Kapselsack

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

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)

0

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)

0

Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)

0

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

Nr	Fachabteilung	Ärztliche Leitung	Anzahl beschäftigter Ärzte insgesamt	Ärzte in Weiterbildung	Ärzte mit abgeschl. Weiterbildung	Ärzte mit fakult. Weiterbildung	Anzahl AIP	Liegt Weiterbildungs-befugnis vor?
0100	Innere Medizin	Ja	21	11	10	3		Ja
1500	Allgemeine Chirurgie	Ja	12	5	7	5		Ja
1600	Unfallchirurgie	Ja	9	4	5	4		Ja
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Ja	14	6	8	3		Ja
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Ja	8	4	4	1		Ja
2700	Augenheilkunde	Ja	9	5	4	0		Ja
3100	Psychosomatik/ Psychotherapie	Ja	5	3	2	2		Nein
	Summe		78	38	40	18	0	

### B-2.4 B Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

9

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

Nr	Fachabteilung	Anzahl beschäftigter Pflegekräfte	Prozentualer Anteil examinierter Krankenschw./ -pfleger	Prozentualer Anteil Krankenschw./ -pfleger mit Fachweiterbildung	Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/in	Wird Hilfspersonal eingesetzt?
0100	Innere Medizin	62	100			Nein
1500	Allgemeine Chirurgie	46	100			Nein
1600	Unfallchirurgie	27	100			Nein
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	48	92		8	Nein
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	21	95		5	Nein
2700	Augenheilkunde	12	70		30	Nein
3100	Psychosomatik/ Psychotherapie	7	86		14	Nein
	Gesamt	223,00	95,75	0,00	4,25	

### B-2.5 Prozentualer Anteil der Mitarbeiter des Kranken- und Pflegepersonals, die über eine dreijährige Ausbildung verfügen

95

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über keine Ausbildung verfügen

0

### B-2.6-2.9

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

0

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

Ärztlicher Dienst	102
Pflegedienst	249
Medizinisch-Technischer Dienst	75
Funktionsdienst	90
Klinisches Hauspersonal	0
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	96
Technischer Dienst	10
Verwaltungsdienst	52
Sonderdienste	7
Sonstiges Personal	14

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

Anzahl der Mitarbeiter in der Anästhesie	5
Anzahl der Mitarbeiter im OP	7
Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter im Verwaltungsdienst	8
Anzahl der Mitarbeiter in der Hygiene	1
Anzahl der Mitarbeiter für die Praxisanleitung	20
Anzahl der Stomatherapeut(en)	1
Anzahl der Diabetesfachschwester(n)	1
Anzahl der Mitarbeiter in der Ernährungsfachpflege	1
Anzahl der Qualitäts-/ Prozessberater	15
Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)	
Intensivpflegekurs	25
Desinfektor	1
Wundexperte	2
Gerontopsychiatrie	1
Palliativ und Palliativcare	5
Pain Nurse	1

**B-2.9 Weitere Berufsgruppen (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)**

Anzahl der Sozialarbeiter	4
---------------------------	---

Anzahl der Dipl.-Psychologen

0

Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)

Seelsorge 4

## C Qualitätssicherung

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

Nr	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird im KH erbracht	Teilnahme an der externen QS	Dokumentationsrate KH	Dokumentationsrate Bundesdurchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie	Nein	Nein		
2	Cholezystektomie	Ja	Ja	93.86	99.61
3	Gynäkologische Operationen	Ja	Ja	97.64	97
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation	Ja	Ja	100	97.64
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Ja	Ja	100	100.39
6	Herzschrittmacher-Revision	Ja	Ja	27.27	83.19
7	Herztransplantation	Nein	Nein		
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	Ja	Ja	93.91	99.05
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	Ja	Ja	100	95.99
10	Karotis-Rekonstruktion	Ja	Ja	68	97.29
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	Ja	Ja	95.65	99.53
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	Ja	Ja	100	98.72
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie	Nein	Nein		
14	Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	Nein	Nein		
15	Koronarchirurgie	Nein	Nein		
16	Mammachirurgie	Ja	Ja	100	96.02
17	Perinatalmedizin	Ja	Ja	93.93	99.31
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	Ja	Ja	97.32	
19	Totalendoprothese (TEP bei Koxarthrose)	Ja	Ja	100	99.36
20	Gesamt			96.81	98.81

### C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V

Eine Aufstellung der einbezogenen Leistungsbereiche findet im Qualitätsbericht im Jahr 2007 Berücksichtigung

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

#### 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:

Qualitätssicherungsmaßnahmen

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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP-

Qualitätssicherungsmaßnahmen teil:

DMP Brustkrebs (Dokumentations-Rate Diakonissenkrankenhaus: 100%)

### C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V

Leistung	OPS der einbez. Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH / pro gel. Operateur	Leistung wird im KH erbracht	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro gel. Operateur	Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
Lebertransplantation		10	Nein			
Nierentransplantation		20	Nein			
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus		5/5	Nein			
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas		5/5	Nein			
Stammzelltransplantation		12+/- 2 (10-14)	Nein			

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

Leistung	Mindestmenge unterschritten	Im Berichtsjahr gelt. gem. Ausnahmetatbestand	Ergänzende Maßnahme der QS	Befreiendes Votum der Landesbehörde nach Antrag
Lebertransplantation	Nein			Nein
Nierentransplantation	Nein			Nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	Nein	Aufbau neuer Leistungsbereiche		Ja
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	Nein	Aufbau neuer Leistungsbereiche		Ja
Stammzelltransplantation	Nein			Nein

## SYSTEMTEIL

### D Qualitätspolitik

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

Die Qualitätspolitik des Diakonissenkrankenhauses findet seine Grundausrichtung in dem 2002 nach einem intensiven Prozess verabschiedeten Leitbild. Dieses Leitbild gibt allen Mitarbeitenden Orientierung in der Arbeit sowie im Zusammenleben und setzt den Rahmen für Entscheidungen im Krankenhaus. Folgende Themen werden ausgeführt: Auftrag, Ziele, Patientinnen und Patienten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Führung, öffentliche Verantwortung. Das Leitbild dient dazu, die strategischen und operativen Ziele gemäß dem Gesamtauftrag festzusetzen und deren Umsetzung zu betreiben.

Darüber hinaus gibt es ein Pflegeleitbild, das in der Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Pflege“ entwickelt wurde, um sowohl nach innen das Profil der Pflege zu prägen als auch nach außen die Ziele der Pflege darzustellen. Das Pflegeleitbild hat zum Inhalt die Themen: Menschenbild, Ganzheitlichkeit, pflegerische Kompetenz und Qualität, Teamarbeit.

Seit 1999 wird im Diakonissenkrankenhaus kontinuierlich ein internes Qualitätsmanagementsystem auf- und ausgebaut. Dabei steht im Mittelpunkt unseres Handelns das Wohlergehen der Menschen, die zu uns kommen. Unser Ziel ist es, dies in der Realisierung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses umzusetzen. Wir wollen die Zufriedenheit der Patienten und anderer Kunden verbessern und gleichzeitig die Mitarbeiterzufriedenheit erhöhen. Wir verändern deshalb unsere Abläufe zu patienten-/kundenorientierten Prozessen und sind ständig dabei, das Potential zur Vereinfachung, Effektivität und Effizienzsteigerung weiter auszuschöpfen.

Der Vorstand des Werkes entwickelt auf der Grundlage von Leitbild und Qualitätsgrundsätzen die Zielplanung für das Gesamthaus. Diese Planung wird bzgl. des zur Verfügung stehenden Budgets und im Blick auf das medizinische Leistungsspektrum mit dem Verwaltungsrat und dem Finanz- und Planungsausschuss der Ev. Diakonissenanstalt abgestimmt und die sich daraus ergebenden kurz-, mittel- und langfristigen Ziele werden festgelegt. Diese werden mit den leitenden Mitarbeitern der betroffenen Kliniken und Abteilungen besprochen und die Veränderungen und Anpassungen für den jeweiligen Bereich konkretisiert. Die Qualitätsziele werden jährlich im Lenkungsgremium des internen Qualitätsmanagementsystems festgelegt.

Im Berichtsjahr 2005 wurden in der Qualitätspolitik folgende Ziele umgesetzt: Es erfolgte eine bessere Verzahnung von ambulant und stationär, der Eingangsbereich der Krankenhauses wurde umfassend neu und behindertengerecht gestaltet. Eine „Leitlinie zur Kundenorientierung“ wurde implementiert. In der Personalentwicklung wurden zielorientierte Mitarbeitergespräche eingeführt und die Einführung mit Befragungen begleitet. Eine Befragung der niedergelassenen Ärzteschaft fand statt und aus den Ergebnissen wurden entsprechende Maßnahmen abgeleitet und umgesetzt.

Um das Leistungsspektrum des Krankenhauses zu erweitern und es stärker zu spezifizieren, wurden nach der Aufnahme der Arbeit der Klinik für Unfallchirurgie hier neue Leistungsangebote geschaffen. Neue Behandlungsmöglichkeiten wurden auch durch die Ansiedlung einer Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Haus etabliert.

Die Steuerung der Qualitätsziele wird durch den Einsatz von Feedbackinstrumenten wie Patienten- und Mitarbeiterbefragungen sowie das Beschwerdemanagement unterstützt. Patientenbefragungen werden jeweils alle zwei Jahre durchgeführt. Die Teams der Abteilungen und Stationen erhalten die Auswertung mit den sie betreffenden Ergebnissen. Mit der Leitung werden daraufhin Maßnahmen festgelegt, um die Abläufe noch patientenorientierter zu gestalten. Rückmeldungen, Wünsche und Anregungen von Patienten werden so konkret aufgegriffen.

Ebenso gehen in die Festlegung der Qualitätsziele des Hauses die Ergebnisse der Auswertung des Beschwerdemanagements ein. Die einzelnen Beschwerden werden umgehend bearbeitet und die Rückmeldungen mit den betroffenen Abteilungen und Personen besprochen sowie Verbesserungsmaßnahmen in die Wege geleitet.

Wichtige Ergebnisse für die Qualitätsarbeit im Hause bietet weiterhin die Mitarbeiterbefragung. Hierdurch werden die Anregungen und Rückmeldungen der Mitarbeitenden erfragt, die für die Weiterentwicklung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses von großem Nutzen sind. Nach der Befragung 2006 wird schwerpunktmäßig das Thema Kommunikationskultur bearbeitet.

Zur Strukturierung und Regelung der Prozesse im Haus liegen Handbücher vor, in denen sie abgebildet sind. Durch regelmäßige Überprüfungen werden Verbesserungspotentiale erkannt und Prozesse überarbeitet und den Erfordernissen angepasst. Solche Handbücher sind z.B.: ein Organisationshandbuch für das Akutkrankenhaus, ein Qualitätshandbuch zur OP-Koordination, das Transfusionshandbuch, das Handbuch zu OP-Lagerungen, der Leitfaden für das ambulante Operieren.

Zur Steuerung der Wirtschaftlichkeit der Arbeit der einzelnen Kliniken werden die Chefärzte monatlich mit den entsprechenden Controllingberichten ihrer Klinik informiert. Sie können so Soll und Ist kontinuierlich vergleichen und entsprechende Anpassungsmaßnahmen ergreifen. Jede Klinik hat einen Controllingbeauftragten, der den ärztlichen Dienst bei der Kodierung unterstützt. Durch die Begleitung durch das Medizincontrolling und Angebote von regelmäßigen Schulungen für den ärztlichen Dienst und dem Pflegedienst wird dies optimiert.

Zur internen sowie externen Information gibt es das Referat für Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation. Durch Pressearbeit, die dreimal jährlich erscheinende Klinikzeitung, eine umfangreiche Internetseite mit der Darstellung des Leistungsspektrums der einzelnen Kliniken sowie den Jahresbericht des Werkes wird die Öffentlichkeit umfassend informiert. Regelmäßige Vorträge und Tage der offenen Tür geben die Möglichkeit, sich im persönlichen Kontakt ein Bild über das Diakonissenkrankenhaus und seine Behandlungsmöglichkeiten zu machen sowie eigene Fragen mit dem betreffenden Ansprechpartner der Klinik zu klären. Fortbildungsmöglichkeiten für Fachpersonal werden von den Leitungen der Kliniken und Abteilungen kontinuierlich angeboten, die von niedergelassenen Ärzten und anderen Fachgruppen gerne besucht werden.

## **E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung**

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

Die Verantwortung für die Steuerung und Weiterentwicklung des internen Qualitätsmanagementsystems liegt beim Vorstand des Werkes und der Krankenhausleitung. Für Planung und Umsetzung der Qualitätspolitik wurden das Lenkungsgremium QM, die Stabsstelle QM und ein Koordinationsausschuss eingesetzt. Im Lenkungsgremium QM sind Vorstand, Krankenhausleitung, Vorsitzender der Mitarbeitervertretung und der Koordinationsausschuss vertreten. Es trifft sich drei bis vier Mal im Jahr, um die Qualitätspolitik zu überprüfen, die Ziele für das jeweilige Jahr festzulegen, die entsprechenden Maßnahmenpläne zu verabschieden und im Managementreview die Arbeit und die Entwicklung im Qualitätsmanagement zu bewerten.

Für die Realisierung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses im Diakonissenkrankenhaus wurde ein Koordinationsausschuss eingesetzt. Dieser interdisziplinär besetzte Ausschuss (Ärztlicher Dienst, Pflegedienst und Verwaltung) plant die konkreten Schritte im Qualitätsmanagement in Abstimmung mit dem Verwaltungsdirektor und leitet die beschlossenen Maßnahmen ein. Er initiiert und unterstützt die Arbeit von Projektgruppen und Qualitätszirkeln und achtet auf die Vernetzung der QM Aktivitäten. Die Stabsstelle QM begleitet die Umsetzung des umfassenden Qualitätsmanagements im Diakonissenkrankenhaus und stellt das Zusammenwirken aller daran zu beteiligenden Mitarbeitenden sicher. Durch ihre Arbeit wird die entsprechende Kontinuität und Zielgerichtetheit im Qualitätsmanagement gewährleistet. Für die Qualitätsmanagementarbeit in den einzelnen Bereichen gibt es einen Kreis von Qualitätsverantwortlichen, die Projekte des internen QMS mitplanen und an der Umsetzung maßgeblich beteiligt sind. Zur Steuerung und Abstimmung der umzusetzenden Maßnahmen und Projekte wird ein jährlicher Projektplan erstellt.

Alle Mitarbeitende der Gremien des internen QM-Systems haben entsprechende Schulungen erhalten. Durch die im Lenkungsgremium, im Koordinationsausschuss und im Kreis der Qualitätsverantwortlichen vertretenen Funktionen ist sichergestellt, dass alle Bereiche des Krankenhauses in die Arbeit des internen QM-Systems eingebunden sind. Es können Verbesserungsvorschläge, Projekte und Anregungen aus den verschiedensten Bereichen aufgegriffen werden. Die QM-Entscheidungen werden an Chefärzte, Stationsleitungen und Abteilungsleitungen weitergegeben. Dies erfolgt in den bestehenden Gremien wie Chefarzt-/Arzneimittelkonferenz, Stationsleitungs- und Abteilungsleitersitzung. Somit ist eine gute Kommunikation der im QM angestrebten Ziele möglich und die notwendige Einbindung aller Bereiche und Abteilungen gewährleistet. Die Rückmeldung aus den Gremien fließt zur weiteren Planung an das Lenkungsgremium zurück.

## E-2 Qualitätsbewertung

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

Das Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe-Rüppurr erhielt 2004 als eines der ersten Häuser der Region Karlsruhe für sein internes QM-System das Zertifikat nach KTQ®. 2007 stellt es sich der Rezertifizierung.

Weitere regelmäßige externe Bewertungen erfolgen in den Audits/Überwachungsaudits im Kooperativen Brustzentrum Karlsruhe. Das Brustzentrum ist seit August 2004 zertifiziert. Ein Zertifikat für das Gefäßzentrum liegt ebenfalls vor.

Alle zwei Jahre findet über einen Zeitraum von 6 Wochen auf den Stationen der verschiedenen Kliniken eine Patientenbefragung statt. Die Ergebnisse werden an die Klinik- und Stationsleitungen weitergegeben. Hieraus werden Verbesserungspotentiale abgeleitet, um die Patientenorientierung im Hause zu verstärken.

Im Jahr 2005 fand eine Befragung der niedergelassenen Ärzteschaft statt.

Alle drei Jahre wird durch eine Mitarbeiterbefragung die Entwicklung der Mitarbeiterorientierung erhoben.

Zur Überprüfung des QM-Systems werden in den verschiedenen Bereichen durch den Koordinationsausschuss interne Audits durchgeführt.

In den interdisziplinären Fallkonferenzen finden kontinuierlich Überprüfung und Optimierung der Arbeit statt.

Die Arbeit im QM-System und die Erreichung der Qualitätsziele werden durch eine jährliche Bewertung durch das Lenkungsgremium QM überprüft.

## **F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum**

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

### **Neugestaltung des Eingangsbereiches des Krankenhauses**

Es stand eine Neugestaltung des Eingangsbereiches an. Für das neue Konzept wurde der Ist-Zustand erhoben und die Anforderungen wurden formuliert. Die Zugangssituation sollte umfassend behindertengerecht, der Empfangsbereich in einer einladenden und freundlichen Atmosphäre gestaltet werden. Der Arbeitsbereich der Mitarbeitenden sollte umstrukturiert, ein Raum für vertrauliche Gespräche sowie Stauräume geschaffen werden. Weiter sollte der Zugang zur chirurgischen und internistischen Ambulanz erneuert werden. Zur Erstellung und Umsetzung der Konzeption fanden interdisziplinäre Besprechungen statt, um die betroffenen Bereiche mit einzubeziehen. In der Umsetzung wurden im Außenbereich ein zusätzlicher Treppenaufgang und ein Aufzug geschaffen. Im Eingangsbereich wurde die Grundfläche um 80 qm erweitert und innenliegende Räume wurden aufgelöst, so dass Patienten und Besucher ein heller Raum mit viel Licht erwartet. Hinter einer geschwungenen Theke befindet sich die Krankenhausinformation. Dieser Arbeitsplatz wurde konsequent patientenorientiert gestaltet. In einem Gesprächszimmer im hinteren Teil sind ungestörte Gespräche mit Besuchern möglich. Alle für den Pfortenbereich notwendigen Geräte zur Gebäudeleittechnik konnten optimal untergebracht werden. Der Zugang zur chirurgischen und internistischen Ambulanz wurde entsprechend der Gesamtkonzeption des Bereiches umgebaut. Das Foyer wurde modern mit Sitzmöglichkeiten, Telefon, Schließfächern und einem Bankautomaten ausgestattet. Kofferkulis und Rollstühle stehen zur Verfügung.

### **Verbesserung Öffentlichkeitsarbeit in der Geburtshilfe**

Es wurde eine Marketingfirma beauftragt, eine Analyse der Situation durchzuführen und ein Marketingkonzept für die geburtshilfliche Abteilung der Frauenklinik zu erstellen. Dabei wurden sowohl der Standort und das Umfeld sowie die bestehenden Maßnahmen und Materialien für die Öffentlichkeitsarbeit untersucht. Die Analyse und die empfohlenen Maßnahmen und Umgestaltungen wurden im interdisziplinären Team aus ärztlichem Dienst, Hebammen, Pflegekräften und Verwaltung vorgestellt und besprochen. Im Zuge der Umsetzung des neuen Konzeptes wurden dann z. B. der monatlich stattfindende Informationsabend für werdende Eltern neu gestaltet, eine umfangreiche Broschüre über alle Angebote „Rund um die Geburt“ im Haus wurde erstellt und an niedergelassene Praxen verschickt. Es fanden Fortbildungen für Arzthelferinnen und freie Hebammen statt. Eine Geschwisterschule wurde begonnen.

### **Einführung des Expertenstandard Sturzprophylaxe**

Die Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Pflege erarbeitete auf der Grundlage des „Expertenstandard Sturzprophylaxe“ zu diesem Thema einen Standard für das Haus, der in die hauseigenen Abläufe eingebunden werden sollte. Ziel ist die Förderung eines sicheren Bewegungsablaufes und die Minimierung des Sturzrisikos sowie die Vermeidung von Folgeschäden. Vor der allgemeinen Einführung wurde er auf einer internistischen Station erprobt. Die Erfahrungen wurden in die endgültige Fassung des Standards eingearbeitet. Zur verbindlichen Einführung auf allen Stationen fanden zwei Fortbildungen statt. Der Standard ist nun in allen Bereichen eingeführt. Es werden Sturzereignisprotokolle angelegt, die erfasst und ausgewertet werden. Die Ergebnisse und notwendige Verbesserungsmaßnahmen werden den Stationen mitgeteilt. Nach einer ersten Auswertung der Anwendung des Standards kann gesagt werden, dass er sich im Alltag bewährt.

### **Verbesserung der Wundbehandlung**

Zur Verbesserung der Wundbehandlungen wurden verschiedene Maßnahmen geplant und umgesetzt. Es wurden Spezialmatratzen zur Vermeidung von Dekubitalulcera sowie Lagerungshilfsmittel wie Fersenschützer angeschafft. Zwei Pflegekräfte machten eine Weiterbildung zur Wundexpertin und stehen nun beratend und begleitend allen Stationen zur Verfügung. Eine umfassende Orientierungshilfe zur Wundbeschreibung wurde erstellt mit dem Ziel, eine einheitliche Dokumentation für das gesamte Krankenhaus sowie eine entsprechende vergleichbare Beurteilung von Wunden zu erreichen. Damit wird auch die gleichbleibende Qualität der Wundbeschreibung und ihre Nachvollziehbarkeit sichergestellt. Es wurde der Standard Fotodokumentation implementiert und die benötigten Digitalkameras angeschafft. Zur Erstellung eines Wundstandards hat eine eigene Projektgruppe ihre Arbeit aufgenommen.

### **Weiterentwicklung Arbeit des Ernährungsteams**

Im Haus arbeitet seit 2004 ein Ernährungsteam aus Mitarbeitenden unterschiedlicher Berufsgruppen mit dem Ziel einer optimierten Ernährungsbetreuung der Krankenhauspatienten. Zum Team gehören die Chefärztin des Geriatriischen Zentrums als Leiterin sowie eine Fachärztin für Innere Medizin und Geriatrie, beide mit der Weiterbildung Ernährungsmedizin DGE, ein Apotheker, die Diabetesfachkraft, die Leiterin der Diätküche, eine Diätassistentin und die Assistentin der Pflegedirektion.

Das Team hat das Ernährungshandbuch überarbeitet und mit neuen Ernährungsempfehlungen ergänzt. Es wurde ein geregeltes Konsilwesen für Ernährungsberatungen eingeführt. Ein Ablaufplan für ein Ernährungskonsil liegt vor. Das Formblatt für Ernährungsempfehlungen wurde neu erstellt und das Team gibt regelmäßige Informationen an die Stationen heraus. Die Stelle der Diabetesfachkraft wurde aufgestockt, um mehr Kapazität für Beratungen zu haben und die Diabetesschulungen wurden neu strukturiert. Es wurde ein eigenes Zimmer für Beratungen eingerichtet.

### **Festlegung für ein neues Krankenhausinformationssystem**

Im Jahr 2005 fiel der Beschluss zur Umstellung auf ein neues Krankenhausinformationssystem (KIS). Das Projekt zur Auswahl des neuen Systems begann mit einer EDV-Befragung (ca. 25 Interviews von 30 Minuten) durch die Beraterfirma für diesen Prozess in den verschiedenen Abteilungen des Krankenhauses, um die aktuelle Situation der EDV-Lösung zur erfassen. Es wurde eine Projektleitungsgruppe gebildet, der die Ergebnisse der Befragung präsentiert wurden. In der Lenkungsgruppe waren Mitglieder aus Verwaltungsrat, Vorstand, Krankenhausleitung, Verwaltung und EDV vertreten. Darüber hinaus wurden 10 Teilprojektgruppen eingerichtet: Medizin und Pflege, OP und Anästhesie, Labor, Radiologie, Funktionsbereiche und Schreibdienst, Patientenabrechnung, Controlling, Einkauf und Apotheke, Buchhaltung, EDV. Es wurden Mitarbeitende aus möglichst allen Bereichen ausgewählt. Projektleiter war der Leiter der EDV-Abteilung. Die Teilprojektgruppen definierten von ihrem Arbeitsfeld her die Anforderungen für das neue KIS. Hierzu fanden Workshops statt. Der Anforderungskatalog wurde erarbeitet und von den Leitern der Teilprojektgruppen verabschiedet. Er diente zur Ausschreibung für die EDV-Anbieter. Die Lösungen wurden vor den Mitgliedern der Projektgruppen präsentiert. Besuche bei Referenzhäusern schlossen sich an. Nach eingehenden Beratungen und Vorbereitungen durch die Projektleitungsgruppe wurde im Verwaltungsrat die Entscheidung für das neue KIS getroffen. Zur Umsetzung des KIS 2007 werden die Teilprojektgruppen wieder begleitend einbezogen.

## G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Evelyne Teschner-Klug, Stabsstelle für Qualitätsmanagement  
Tel: 0721/889-2362, E-Mail: [e.teschner-klug@diak-ka.de](mailto:e.teschner-klug@diak-ka.de)

Tobias Reinhard, Direktionsreferent/Controlling  
Tel. 0721/889-2389, E-Mail: [t.reinhard@diak-ka.de](mailto:t.reinhard@diak-ka.de)

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

Krankenhausleitung:  
Dipl.-Kfm. Dr. Dietmar Köhler, Verwaltungsdirektor  
Telefon: 0721/889-2300  
E-Mail: [verwaltungsdirektion@diak-ka.de](mailto:verwaltungsdirektion@diak-ka.de)

Prof. Dr. Michael Strohm, Ärztlicher Direktor und Chefarzt der HNO-Klinik  
Telefon: 0721/889-2241  
E-Mail: [hno@diak-ka.de](mailto:hno@diak-ka.de)

Sr. Jutta Ebersberg, Pflegedirektorin  
Telefon: 0721/889-2658  
E-Mail: [pflagedirektion@diak-ka.de](mailto:pflagedirektion@diak-ka.de)

Stabsstelle Qualitätsmanagement und Referat für Öffentlichkeitsarbeit  
Evelyne Teschner-Klug  
Tel: 0721/889-2362  
E-Mail: [e.teschner-klug@diak-ka.de](mailto:e.teschner-klug@diak-ka.de)

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

Links:  
Internetadressen:  
[www.diak-ka.de](http://www.diak-ka.de)  
[www.brustzentrum-karlsruhe.de](http://www.brustzentrum-karlsruhe.de)  
[www.chirurgie-ohne-messer.de](http://www.chirurgie-ohne-messer.de)

# AUSSTATTUNG

## H Ausstattung

### H-1 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen

#### H-1.1 A Anzahl der Einbettzimmer

Nr	Fachabteilung	WG WC TV TEL	WG WC	WG WC TV	WG WC TEL	DU WC TV TEL	DU WC	DU WC TV	DU WC TEL
0100	Innere Medizin				4				8
1500	Allgemeine Chirurgie				5				
1600	Unfallchirurgie				2				
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe				2				5
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde								2
2700	Augenheilkunde								3
3100	Psychosomatik/ Psychotherapie								1

#### H-1.1 B Anzahl der Zweibettzimmer

Nr	Fachabteilung	WG WC TV TEL	WG WC	WG WC TV	WG WC TEL	DU WC TV TEL	DU WC	DU WC TV	DU WC TEL
0100	Innere Medizin				13				30
1500	Allgemeine Chirurgie				8				10
1600	Unfallchirurgie				4				6
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe								14
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde				3				7
2700	Augenheilkunde				3				3
3100	Psychosomatik/ Psychotherapie		10						9

#### H-1.1 C Anzahl der Dreibettzimmer

Nr	Fachabteilung	WG WC TV TEL	WG WC	WG WC TV	WG WC TEL	DU WC TV TEL	DU WC	DU WC TV	DU WC TEL
0100	Innere Medizin				7				3
1500	Allgemeine Chirurgie				8				5
1600	Unfallchirurgie				4				2
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe				5				8
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde				5				2
2700	Augenheilkunde				3				1
3100	Psychosomatik/ Psychotherapie								

### H-1.1 D Anzahl der Mehrbettzimmer

Nr	Fachabteilung	WG WC TV			WG WC TV			DU WC TV			DU WC TV			
		TEL	WC	TV	WC	TV	WC	TEL	WC	TV	WC	TEL	WC	TV
0100	Innere Medizin							1						
1500	Allgemeine Chirurgie							2						
1600	Unfallchirurgie							2						
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe													
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde													
2700	Augenheilkunde							2						
3100	Psychosomatik/ Psychotherapie							1						

### H-1.2 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gibt es einen eigenen Not-Sectio-Raum?

Nein

Ist die Möglichkeit einer zentralen CTG-Überwachung vorhanden?

Nein

### H-1.4 Spezifisch für die Fachabteilung Orthopädie

Spezifisch für die Fachabteilung Orthopädie

Haben Sie eine Knochenbank?

Nein

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

Nein

## H-2 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

### H-2.1 Für alle Fachabteilungen

Nr	Fachabteilung	Notfallkoffer vorhanden
0100	Innere Medizin	Ja
1500	Allgemeine Chirurgie	Ja
1600	Unfallchirurgie	Ja
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Ja
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Ja
2700	Augenheilkunde	Ja
3100	Psychosomatik/ Psychotherapie	Ja

# 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 Diakonissenkrankenhaus legt auf eine gründliche Vorbereitung der stationären Behandlung und der ambulanten Eingriffe Wert. Hierzu werden zahlreiche vorstationäre Leistungen angeboten. In Broschüren und auf einer ausführlichen Internetseite geben wir Auskunft über Sprechstunden, Beratungs- und Informationsangebote. Wünsche der Patienten werden bei der Anmeldung soweit wie möglich berücksichtigt. Die Notfallversorgung ist durch Funktionsärzte in der Ambulanz geregelt.

Das Krankenhaus ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln und mit dem Auto gut erreichbar.

### 1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Freundliches und kompetentes Personal steht an der Krankenhaus-Information rund um die Uhr zur Verfügung. Vormittags gibt es einen ehrenamtlichen Lotsendienst bei der Aufnahme. Ein einheitliches Wegeleitsystem mit Übersichtstafeln und Hinweisschildern führt durch das Haus. Die Farbzuordnung zu den Häusern erleichtert die Orientierung. Ein Lageplan ist in der Patientenbroschüre abgedruckt. Der behindertengerechte Eingangsbereich ermöglicht barrierefreien Zugang. Rollstühle und Gepäckhilfen stehen bereit. Eine Liste fremdsprachkundiger Mitarbeiter liegt vor.

### 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 gliedert sich in administrative Aufnahme und Aufnahme auf Station mit pflegerischem und ärztlichem Aufnahmegespräch. Hierfür sind jeweils Ablauf und Verantwortliche festgelegt, so dass die Patienten immer von qualifiziertem Personal betreut werden. Bei der administrativen Aufnahme werden Daten so in das EDV-System eingegeben, dass alle behandelnden Stellen zeitnah darauf zugreifen können. Die Patienten werden über die Wahlleistungen informiert. Auf Station werden ihnen Zimmer, Bedienung von Rufanlage und Telefon sowie Tagesablauf erläutert.

### 1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

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

Das Krankenhaus bietet ambulante Leistungen in der Chirurgie, der Frauenklinik, der HNO- und Augenklinik an. Die Abläufe für ambulante Eingriffe sind in entsprechenden Prozessbeschreibungen strukturiert. Es steht eine Notfallambulanz mit fachärztlicher Betreuung rund um die Uhr zur Verfügung. Im Haus befindet sich ein Schockraum mit integriertem CT, ein Schockraummanagement liegt vor. Es besteht enger Kontakt zur Rettungsleitstelle. Auf eine intensive Vernetzung mit ambulanten Einrichtungen, wie Sozialstationen, Brückenschwestern u.a. wird Wert gelegt.

## 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.*

Zur Ersteinschätzung finden das pflegerische und ärztliche Aufnahmegespräch sowie alle notwendigen Untersuchungen statt. Hierbei werden die körperlichen und geistigen Fähigkeiten der Patienten als auch ihr Lebensumfeld erfasst und berücksichtigt sowie ggf. auch die Angehörigen einbezogen. Der Facharztstandard ist gewährleistet, ebenso die Betreuung durch qualifiziertes Pflegepersonal. Es steht ein umfassendes Angebot an Beratung durch Geriatrisches Zentrum, Psychosomatische Klinik, Sozialdienst, psychoonkologische Betreuung und Seelsorge bereit.

### 1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Schon bei der Anmeldung zum vorstationären Termin oder der stationären Aufnahme wird auf das Mitbringen von Vorbefunden hingewiesen, um diese bei der Ersteinschätzung und der Behandlung einzubeziehen. So werden auch unnötige Doppeluntersuchung vermieden. Die Vorbefunde werden bei der Aufnahme kopiert, der Patientenakte beigelegt und die Originale dem Patienten zurückgegeben. Vorbefunde aus früheren Aufenthalten im Krankenhaus können jederzeit im EDV-System eingesehen werden. Patientenakten aus dem Archiv werden angefordert und stehen zeitnah zur Verfügung.

### 1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Die Planung des Behandlungsprozesses erfolgt umgehend durch den Stationsarzt in Zusammenarbeit mit dem Fach-, Ober- und Chefarzt der jeweiligen Klinik sowie in Abstimmung mit den fachlichen Leitlinien. Nach der Anamnese durch den Arzt und der Pflegeanamnese wird für jeden Patienten ein individueller Plan mit den diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen erstellt. Dieser wird durch die täglichen Visiten überprüft und angepasst. Auf eine zeitnahe Umsetzung, berufsübergreifende Kommunikation und nachvollziehbare Dokumentation wird geachtet.

### 1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

*Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.*

Bei der Behandlungsplanung wird auf die Integration der Patienten geachtet, indem auf seine Mitwirkung Wert gelegt wird, um die individuellen Gewohnheiten und Fähigkeiten für den Behandlungserfolg zu nutzen. Dies geschieht z.B. durch die Sozialanamnese oder Einbeziehung des Geriatrischen Zentrums. Es werden Ressourcen und Wünsche der Patienten ermittelt, ggf. Angehörige hinzugezogen. Der sprachliche, kulturelle und religiöse Hintergrund wird beachtet, z.B. durch fremdsprachliche Informationsbögen, Kostwünsche, Raum für Angehörige anderer Religionen.

## 1.3 Durchführung der Patientenversorgung

*Die Behandlung und Pflege jedes Patienten erfolgt in koordinierter Weise gemäß multiprofessioneller Standards, um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen.*

### 1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

*Die Behandlung und Pflege jedes Patienten wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards durchgeführt.*

In allen Kliniken ist die Behandlung durch qualifiziertes Personal im ärztlichen und pflegerischen Dienst gewährleistet und Facharztstandard ist rund um die Uhr sichergestellt. Es wird nach Standards und Richtlinien der Fachgesellschaften gearbeitet. Vorliegende Anweisungen auch bei Komplikationen stellen die Umsetzung sicher. Anerkannte Therapiemethoden werden angewandt. Die Arzneimitteltherapie wird begleitet durch die hauseigene Apotheke. Leitlinien zur Schmerztherapie liegen vor. Sozialdienst und Geriatrisches Zentrum unterstützen die Hilfsmittelversorgung.

### 1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Hausinterne Leitlinien in mehreren Kliniken unterstützen die Durchführung der Behandlung.. Sie orientieren sich an den Vorgaben der Fachgesellschaften sowie den wissenschaftlichen Erkenntnissen und beziehen die Abläufe im eigenen Haus mit ein. So gibt es z.B. Leitlinien und Standards in der Anästhesie, der Chirurgie, der HNO-Klinik, der Frauenklinik, dem OP, in der Pflege und Hygiene. Sie werden überprüft und überarbeitet. Es kommen auch Verfahrens- und Dienstanweisungen zum Einsatz, die die Umsetzung der Leitlinien unterstützen.

### 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.*

Auf eine gute Kommunikation zwischen Patient und behandelndem Arzt sowie zuständiger Pflegekraft wird Wert gelegt. Für Gespräche, auch mit Angehörigen, wird eine die Intimsphäre schützende Atmosphäre geschaffen. Alle notwendigen Informationen zu Untersuchungen und Behandlungsmethoden werden besprochen. Es gibt eine Reihe von Beratungs- und Schulungsmöglichkeiten. Über Stationsabläufe wird mündlich und schriftlich informiert. Die Zimmer sind patientengerecht ausgestattet. Aufenthaltsräume, Patientenbibliothek, Gartenanlage und Kapelle können genutzt werden.

### 1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Im Krankenhaus wird ein Wahlessen angeboten, bei dem sich die Patienten nach Komponenten ihr Essen individuell zusammenstellen können. Entsprechende Speisen für Vegetarier und Muslime werden angeboten. Zur Beratung stehen eine Diätassistentin und eine Diabetesfachkraft zur Verfügung. Im Haus gibt es ein interdisziplinäres Ernährungsteam, das zahlreiche Ernährungsempfehlungen erarbeitet hat. Es besteht ein reichhaltiges Angebot an Zusatznahrung. Stoffwechselstörungen, Allergien und Unverträglichkeiten, z.B. auch bei stillenden Müttern, werden berücksichtigt.

### 1.3.5 Koordinierung der Behandlung

*Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.*

Die Anforderungen von diagnostischen Maßnahmen sind im Verfahren und in Bezug auf die Zuständigkeiten strukturiert geregelt. Zur Abklärung der Zusammenarbeit und Regelung von Abläufen zwischen den an der Behandlung beteiligten Bereichen gibt es regelmäßige Stationskonferenzen. Der Patiententransportdienst, dessen Mitarbeiter alle über ein mobiles Telefon verfügen, bringt die Patienten zu den Untersuchungen. Die Befunde werden zeitnah im EDV-System dokumentiert und weiterbehandelnden Stellen zur Einsicht bereitgestellt.

### 1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

*Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.*

Die Operationsplanung in den chirurgischen und gynäkologischen OP geschieht durch ein OP-Koordinationsteam. Elektive Eingriffe werden langfristig geplant. Es steht qualifiziertes OP- und Anästhesiepersonal zur Verfügung, aus dem jederzeit auch ein Team für Notfalloperationen zusammengestellt werden kann. In allen operativen Kliniken ist ein OP-Bereitschaftsdienst rund um die Uhr gewährleistet. Prozessabläufe und Handlungsanweisungen, auch für Notfälle, sind definiert. Ein OP-Handbuch regelt Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Eingriffe.

### 1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Auf eine Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den Abteilungen wird Wert gelegt. Es finden interdisziplinäre Fallbesprechungen z.B. in der Röntgenbesprechung, der Brustkonferenz, im Ger. Zentrum oder im onkol. Bereich statt. Interdisziplinärer Austausch erfolgt auch bei den berufsübergreifenden Visiten, auf Stationskonferenzen mit Ärzten, Pflegekräften und Mitarbeitern der diagnostischen und therapeutischen Bereiche sowie in Hygienekommission, Arzneimittel- und Transfusionskonferenz. Ein geregelter Konsilwesens liegt vor.

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

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

An den täglichen Visiten (auf Intensivstation zweimal täglich) sind der ärztliche Dienst und die zuständigen Pflegekräfte beteiligt, an wöchentlichen Visiten z.T. auch die Physiotherapie. Der Sozialdienst wird konsiliarisch hinzugezogen. Besucher werden aus dem Zimmer gebeten. Es wird Wert darauf gelegt, den Patienten direkt anzusprechen und umfassend zu informieren. Auf den meisten Allgemeinstationen finden OA- oder CA-Visiten einmal pro Woche statt. Die Ergebnisse der Visite werden zeitnah in der Patientenakte dokumentiert und in den Behandlungsplan eingearbeitet.

## 1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

*Die kontinuierliche Weiterversorgung des Patienten in anderen Versorgungsbereichen erfolgt professionell und koordiniert gesteuert unter Integration des Patienten.*

### 1.4.1 Entlassung und Verlegung

*Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Patienten und ggf. seiner Angehörigen.*

Die Entlassung und die weitere Betreuung werden frühzeitig mit Patienten und ggf. Angehörigen geplant. Es liegt ein Konzept "Entlassmanagement" vor, um die zeitgerechte Planung und umfassende Information aller Betroffenen sicher zu stellen. Es finden Entlassgespräche mit Arzt und bei pflegerischen Problemen mit der Pflegekraft statt. Bei Bedarf werden Sozialdienst und/oder Ger. Zentrum, Pflegeüberleitungsdienst, bei onkol. Patienten die Brückenschwestern hinzugezogen. Hilfsmittelversorgung, Angehörigenanleitung, Pflege- und Sozialberatung stehen zur Verfügung.

### 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.*

Es wird darauf geachtet, dass am Entlasstag alle Unterlagen für die Weitergabe an den weiterbetreuenden Arzt oder die weiterbetreuende Einrichtung bereit liegen. Die Patienten erhalten bei der Entlassung einen Kurzarztbrief mit den Informationen zu Diagnose, Therapie, Medikation und den wichtigsten Untersuchungsbefunden. Die Dokumentation der umfassenden Informationen bei pflegebedürftigen Patienten gewährleistet der Pflegeüberleitungsbogen. Bei geriatrischen Patienten wird der Pflegeüberleitungsbogen auch an den Hausarzt übermittelt.

### 1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Die kontinuierliche Weiterbetreuung wird durch Beratung der Geriatriefachschwester des am Hause befindlichen Ger. Zentrums und des hausinternen Sozialdienstes sichergestellt. Es bestehen sehr gute Kontakte zu ambulanten Einrichtungen, Brückenschwestern, Rehabilitationskliniken und Selbsthilfegruppen. Eine Klinik für rehabilitative Geriatrie ist dem Akuthaus angeschlossen. Die Zusammenarbeit mit Sanitätshäusern ist eng und die Anforderung von geeigneten Hilfsmitteln ist durch die Geriatriefachschwester oder dem Pflegedienst der Stationen gewährleistet.

## 2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

### 2.1 Planung des Personals

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

#### 2.1.1 Planung des Personalbedarfes

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

Die Planung des Personals geschieht durch den Stellenplan, der die benötigte Anzahl der Stellen in den Kliniken und Bereichen sowie die erforderliche Qualifikation für die Umsetzung einer hochwertigen Behandlung berücksichtigt. Zu Grunde liegen das Finanzbudget und die Zielvorgaben für das laufende Jahr. Eine Überprüfung geschieht durch die monatliche Personalstatistik. Die Einsatzplanung orientiert sich am Bedarf in den Bereichen unter Einbeziehung der Veränderungen im Leistungsspektrum und der aktuellen personellen Situation.

### 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.*

Zur Personalentwicklung gibt es Angebote zur Berufsorientierung, zur Aus-, Fort- und Weiterbildung und zur Umschulung. Die Karriereplanung erfolgt je nach Zuständigkeit durch die Pflegedirektion, den Chefarzt oder die Abteilungsleitung in Zusammenarbeit mit der Personalabteilung und dem Vorstand. Leitende Stellen werden bevorzugt intern besetzt und Mitarbeiter entsprechend qualifiziert. Beurteilungsgespräche in der Probezeit bei allen Mitarbeitern und regelmäßige zielorientierte Mitarbeitergespräche unterstützen und steuern die Personalentwicklung.

#### 2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

In den Stellenbeschreibungen wird die geforderte Qualifikation festgelegt. Im Organigramm ist die Einordnung der Stellen im organisatorischen Aufbau dokumentiert. Darüber hinaus gibt es für bestimmte Funktionen und Beauftragungen entsprechende Anforderungen. Die Anforderungen der Funktionen und die vorhandenen Qualifikationen der Mitarbeitenden werden regelmäßig von den Vorgesetzten überprüft und entsprechende Anpassungen durch Fort- und Weiterbildung eingeleitet. Bei Veränderungen in der Stelle geschieht die Überprüfung und Aktualisierung zeitnah.

#### 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.*

Die Grundsätze und das Verfahren zu Fort- und Weiterbildungen sind durch eine hausinterne Richtlinie geregelt, in der Bedeutung und Ziele für das Unternehmen und den einzelnen Mitarbeiter dargelegt sind. Die vielfältigen internen Fortbildungsangebote richten sich nach den aktuellen Entwicklungen im Haus und werden in den Kliniken sowie von der Pflegedirektion geplant und verantwortet. Die Chefärzte laden niedergelassene Ärzte und Fachpersonal regelmäßig zu Fortbildungsveranstaltungen über aktuelle Entwicklungen verschiedener medizinischer Themen ein.

#### 2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

*Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.*

Die Kosten der internen Fortbildungen werden vom Haus getragen. Für externe Fortbildungen stehen jedem Mitarbeiter pro Jahr vier Arbeitstage zur Verfügung. Wenn die Teilnahme im Interesse der Fachabteilung oder des gesamten Hauses liegt, werden die gesamten Kosten der Fortbildung sowie Unterbringung und Fahrtkosten erstattet. Die Kostenübernahme wird von der Leitung der Personalabteilung in Absprache mit dem Abteilungsleiter sowie dem Verwaltungsdirektor entschieden. Bei längeren Fortbildungen gibt es Vereinbarungen zur Rückzahlung bei Wechsel der Arbeitsstelle.

### 2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Im Haus gibt es eine medizinische Fachbibliothek und eine Pflegebibliothek. Beide Bibliotheken sind jederzeit zugänglich. Hier liegen entsprechende Fachzeitschriften aus. Weitere Fachzeitschriften sind in den Abteilungen im Umlauf. Arbeitsplatzbezogene Fachliteratur findet sich in den Abteilungen und auf den Stationen. Im Intranet gibt es Zugriff auf Handbücher, Standards, Leitlinien, Qualitätssicherungsinformationen u.a.m. Zahlreiche Arbeitsplätze haben Internetzugang. Präsentationsmedien stehen für Fortbildungsveranstaltungen zur Verfügung.

### 2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

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

Das Diakonissenkrankenhaus hat eine eigene Krankenpflegeschule. Die Theorie-Praxis-Vernetzung ist durch ein integriertes Praxisanleiterkonzept, die regelmäßige Überprüfung durch die Praxisanleiterkonferenz und den strukturierten Austausch zwischen Pflegedirektion und Schulleitung gewährleistet. Die Ausbildung folgt einem praxisorientierten Ausbildungskatalog; die Dokumentation dazu geschieht in einem Tätigkeitsordner. Klausuren, Leistungskontrollplan und strukturierte Gespräche mit den Anleitern unterstützen die Überprüfung des Lernprozesses.

## 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.*

Grundlage für den im Diakonissenkrankenhaus praktizierten Führungsstil sind die Aussagen dazu in Leitbild und Pflegeleitbild. Verantwortlichkeit und Motivation sollen gestärkt werden, das Miteinander im interdisziplinärem Team durch gegenseitige Wertschätzung geprägt sein. Diese Grundsätze werden unterstützt durch die Förderung der Mitwirkung an berufsübergreifenden Projekt- und Arbeitsgruppen, durch die Einbeziehung von Mitarbeitern bei Entscheidungen, durch stetige Arbeit an einer offenen Kommunikationskultur z.B. in der monatlichen Mitarbeiterzeitung.

### 2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

*Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.*

Für alle Bereiche gibt es Arbeitszeitenblätter, die die Vielzahl der Arbeitszeitmodelle in ihrer Struktur festlegen. In der Pflege wird ein Personalzeiterfassungsprogramm eingesetzt. Dienstpläne regeln die Einsatzplanung, hierbei werden Anliegen der Mitarbeiter nach Möglichkeit berücksichtigt. Geleistete Überzeiten werden mit Freizeit ausgeglichen. Wünsche nach Änderungen der Arbeitszeiten (Reduzierung/Erhöhung bei Teilzeit) werden weitgehend erfüllt. Für den ärztlichen Dienst sind Modelle erarbeitet worden, die die neuen europarechtlichen Vorgaben umsetzen.

### 2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

*Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.*

Neue Mitarbeitende erhalten eine persönliche Einarbeitung, bei der neben den Aufgaben am Arbeitsplatz auch das Kennen lernen der Kollegen und Mitarbeiter anderer Bereiche sowie des gesamten Hauses Schwerpunkte sind. Sie erhalten hierzu einen Ansprechpartner und werden zu einem Mitarbeitertag mit Einführungsprogramm eingeladen. Eine schriftliche Informationsbroschüre für Mitarbeitende liegt vor. Im Pflegedienst wird die Einarbeitung nach einem umfassenden Konzept, das auch Themen wie Umgangsformen und Kommunikation umfasst, durchgeführt.

### 2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Im Hause kommt ein Betriebliches Vorschlagswesen zur Anwendung. Hier können Mitarbeitende ihre Ideen und Wünsche eingeben. Ein Ausschuss berät die Vorschläge. Zur Information wird hierüber in der Mitarbeiterzeitschrift berichtet. Zu bestimmten Fragestellungen finden immer wieder Befragungen in einzelnen Bereichen oder im ganzen Krankenhaus statt, deren Ergebnisse in die Krankenhausplanungen einfließen. 2006 wurde eine umfangreiche Mitarbeiterbefragung zur Zufriedenheit am Arbeitsplatz, mit Arbeitszeit, den Vorgesetzten, der Information u.a. durchgeführt.

## 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.*

Für die Umsetzung und die Überprüfung des Arbeitsschutzes gibt es einen Arbeitsschutzausschuss. Zwei qualifizierte Fachkräfte für Arbeitssicherheit sind eingesetzt. In den Bereichen sind Sicherheitsbeauftragte berufen. Es besteht ein intensiver Kontakt zur Berufsgenossenschaft, die durch Schulungen die Umsetzung von notwendigen Maßnahmen unterstützt. Es finden regelmäßige Begehungen im Hause statt. Mitarbeitende, die mit Gefahrgut umgehen, sind hierzu qualifiziert. Der Strahlenschutz wird mit umfassenden Maßnahmen sichergestellt.

#### 3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

*Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.*

Für den Brandschutz gibt es eine Reihe von Maßnahmen: es ist ein Brandschutzbeauftragter berufen, eine Brandschutzordnung, die regelmäßig überprüft wird, liegt vor. Hierin sind Dienstanweisungen zu Brandverhütung und Verhalten im Brandfall dokumentiert. Eine moderne Brandschutzanlage ist installiert. Flucht- und Rettungswege sind ausgeschildert. Die Alarmierung im Hause ist rund um die Uhr geregelt. Die Anfahrtswege der Feuerwehr und das Hydrantenverzeichnis wurden mit der Feuerwehr abgestimmt. Es besteht eine Zusammenarbeit mit der örtlichen Feuerwehr.

#### 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.*

Es existiert ein Katastrophenalarmplan, in dem das Vorgehen bei einer Katastrophenmeldung vom Eingang ab, die Besetzung des Katastrophenstabes sowie die Aufgaben aller Beteiligten festgelegt sind. Aktuell gehaltene Telefonlisten stellen die Alarmierung der benötigten Mitarbeitenden sicher. Als Katastrophenschutzbeauftragter ist ein Oberarzt der Anästhesie berufen. Unter dessen Leitung wird der Plan jährlich von einer Arbeitsgruppe überarbeitet. Die Funktionstüchtigkeit der Notstromversorgung wird monatlich intern überprüft. Eine Wartung findet jährlich statt.

#### 3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

*Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.*

Rund um die Uhr steht ein Notfallteam aus zwei Ärzten und zwei Pflegekräften der Intensivstation zur Verfügung. Ein zweites kann jederzeit bereitgestellt werden. Zur Alarmierung gibt es eine extra Rufnummer. Der Ruf geht an ein hierfür bestimmtes Telefon. Die Notfallausrüstung befindet sich auf der ISVausschreiben. Auf jeder Station gibt es für die Zeit bis zum Eintreffen des Teams einen standardisierten Notfalkoffer. Der Zugang zu Notfallmedikamenten ist jederzeit gesichert. Die Notfallausrüstung wird regelmäßig überprüft. Ein ausführliches Schockraummanagement kommt zur Anwendung.

#### 3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Die Sicherheit der Patienten und eine angemessene Betreuung, auch in Bezug auf die für bestimmte Patienten notwendige Aufsichtspflicht, wird durch eine ausreichende Anzahl qualifizierter Pflegekräfte auf den Stationen gewährleistet. Höherem Personalbedarf wird durch den Dienstplan mit Unterstützung der Pflegedirektion Rechnung getragen. Auf jeder Station gibt es einen Sicherheitsbeauftragten. Bei der Einrichtung der Zimmer wird auf die Sicherheit geachtet. Es kommt der Expertenstandard Sturzprophylaxe zur Anwendung.

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

Im Haus ist eine interdisziplinäre Hygienekommission eingesetzt, die für die Umsetzung der Hygienerichtlinien des Robert Koch Institutes Sorge trägt. Es sind ein hygienebeauftragter Arzt, Oberarzt in der Anästhesie, und eine Hygienefachkraft berufen. In den Abteilungen und Stationen gibt es Hygienebeauftragte. Auf allen Stationen liegt ein Hygieneordner vor mit allen die Hygiene betreffenden Verfahrensregeln und Anweisungen. Die Hygienefachkraft führt regelmäßig Begehungen zur Überprüfung durch. Bei Abweichungen werden Maßnahmen zur Behebung eingeleitet.

### 3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Es ist Ziel, Infektionen der Patienten zu vermeiden. Es werden Keimresistenzstatistiken geführt und mit den Verantwortlichen durchgesprochen. Vorbeugende Maßnahmen werden eingeleitet. Meldepflichtige Erkrankungen werden auf dem im Hygieneordner vorgeschriebenen Weg weitergeleitet. Ein Hygieneprotokoll wird erstellt. Die Hygienefachkraft erfasst regelmäßig den Hygienestatus von Geräten, Instrumenten, Anästhesiezubehör u.a.m. Die Ergebnisse werden dokumentiert. Bei der Auswertung erkannte Probleme werden in den Abteilungen besprochen und abgestellt.

### 3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

*Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.*

Alle hygienesichernden Maßnahmen sind verbindlich und ausführlich im Hygieneordner dargelegt. Die Vorgaben werden von der Hygienefachkraft regelmäßig überprüft und aktualisiert. Hierbei fließen die Erfahrungen aus den Besprechungen der Hygieneprotokolle, die für jeden Einzelfall erstellt werden, mit ein. Um die Umsetzung der Maßnahmen sicherzustellen, führen Hygienefachkraft und hygienebeauftragter Arzt Informationsgespräche und bieten Schulungen zu bestimmten Themen an. Neue Mitarbeitende werden zu Beginn eingewiesen.

### 3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

*Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.*

Der Hygieneordner im Haus wurde nach den gültigen Hygienerichtlinien erstellt. Änderungen werden im direktem Austausch der Hygienefachkraft mit den Mitarbeitern auf den Stationen und in den Abteilungen bekannt gegeben. Die Lagerung von Arzneimitteln wird durch Begehungen regelmäßig überprüft. Die Chargendokumentation bei der Sterilgutaufbereitung wird durch ein EDV-System sichergestellt. Das HACCP-Konzept zur Gewährleistung der Lebensmittelsicherheit ist in der Krankenhausküche umgesetzt. Hierzu werden regelmäßige Kontrollen und Schulungen durchgeführt.

## 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.*

Durch die krankeneigene Apotheke ist eine reibungslose, zeitnahe und bedarfsgerechte Bereitstellung von Arzneimitteln sichergestellt. Die Beschaffung der Blutprodukte von Blutbanken liegt in der Verantwortung des Labors. Für den Arzneimittelverkehr liegen Richtlinien vor, in denen alle Abläufe zu Bestellung, Lagerung, Prüfung und Entsorgung beschrieben sind. Das Bestellwesen erfolgt über das EDV-System. Medizinprodukte und Arzneimittel werden erprobt. Verschiedene interdisziplinäre Gremien gewährleisten die Einbeziehung der Anwender in die Produktauswahl.

### 3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

*Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.*

Die Arzneimittelversorgung ist rund um die Uhr sichergestellt. In der Arzneimittelkonferenz werden Änderungen der im Haus gelisteten Produkte besprochen. Zu Risiken und Nebenwirkungen sowie zu neuen Arzneimitteln gibt es regelmäßig schriftliche Informationen der Apotheke an alle Ärzte. Unerwünschte Nebenwirkungen werden an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft gemeldet. Zum Umgang mit Arzneimitteln liegen Anweisungen vor, die eine sachgerechte Lagerung sicherstellen. Zytostatikazubereitungen werden zentral in der Apotheke hergestellt.

### 3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

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

Die Anwendung und der Umgang mit Blut- und Blutprodukten sind umfassend im Transfusionshandbuch geregelt. Ein Transfusionbeauftragter, Facharzt für Transfusionsmedizin, ist benannt. Er ist zusammen mit dem Qualitätsbeauftragten für das Bluttransfusionswesen verantwortlich. In den einzelnen Kliniken gibt es Transfusionsbeauftragte. Der interne Meldeweg für etwaige Zwischenfälle ist in einer Anweisung festgelegt. In der Transfusionskommission erfolgt eine Überprüfung. Es liegt eine chargen- und patientenbezogene Dokumentation von Blut- und Blutprodukten vor.

### 3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

*Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.*

Die Regelungen zur Anwendung von Medizinprodukten sollen die Sicherheit für Patienten und Anwender sicher stellen. Für ein Medizinprodukt wird eine Beauftragte Person benannt, bei der das Gerätebuch hinterlegt ist. Die Liste der Personen befindet sich beim Technischen Leiter. Er überwacht Einweisung und Schulung. Vorkommnisse/Beinahevorkommnisse werden durch die beauftragte Person an die Medizintechnik gemeldet. Für sämtliche prüf- und überwachungspflichtigen Geräte besteht eine EDV-gestützte Terminkontrolle.ok

### 3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

*Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.*

Unsere Zielsetzung des sparsamen Umgangs mit allen Ressourcen wird konsequent bei Anschaffung und Verbrauch angewandt. Ein Umweltbeauftragter und ein Abfallbeauftragter sind berufen. Eine interne Anweisung zur Mülltrennung liegt vor. Bei Beschaffung von Produkten wird auf Verbrauchsdaten und Umweltfreundlichkeit geachtet. Durch technische Verbesserungen konnten Wassersparmaßnahmen realisiert werden. Der Energieverbrauch wird durch ein Energiemanagement-Programm reduziert, das bei Verbrauchsspitzen kurzfristige Abschaltung von Großverbrauchern veranlasst.

## 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.*

Es liegen schriftliche Regelungen zur Dokumentation der Patientendaten vor, die mit Pflegedienst und ärztlichem Dienst erarbeitet wurden. Die Regelungen werden kontinuierlich überprüft und aktualisiert. Die Dokumentation geschieht in der Patientenakte und im EDV-System. Für die Dokumentation sind die zuständigen Ärzte und Pflegekräfte verantwortlich. Sie wird von allen an der Behandlung Beteiligten genutzt. Diagnostikbefunde werden in die EDV-Dokumentation eingegeben. Die elektronische Patientendokumentation ist jederzeit an jedem Behandlungsort zugänglich.

#### 4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Bei Pflegemaßnahmen, Visiten, Untersuchungen und Eingriffen wird die Kurve zur zeitnahen handschriftlichen Eintragung mitgeführt. So ist eine Dokumentation gewährleistet. In der elektronischen Patientendokumentation stehen Befunde, Berichte und Briefe allen an der Behandlung Beteiligten zur Verfügung. Es gibt im Hause eine Stelle für Medizincontrolling und in jeder Klinik Controllingbeauftragte. Nach Erstellung des Arztbriefes wird die durch den Arzt auf Vollständigkeit geprüfte Patientenakte dem Archiv zugeleitet.

#### 4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Die auf Papier geführte Patientendokumentation befindet sich auf Station oder während Untersuchungen/Eingriffen beim Patienten. Der Zugriff auf die elektronische Dokumentation ist rund um die Uhr (bis auf eine kurze Wartezeit 2 x 1 Stunde pro Woche) möglich. Alle Stationen und Bereiche sind in das EDV-System eingebunden und können sowohl Daten eingeben als auch je nach Berechtigung einsehen. Die elektronische Dokumentation bleibt nach der Entlassung jederzeit verfügbar. Daten aus verschiedenen Aufenthalten werden durch die erste Aufnahme Nummer miteinander verknüpft.

### 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.*

Neben den täglichen Besprechungen in den Kliniken gibt es interdisziplinäre wie Röntgenbesprechungen, klin.-path. Konferenz und Arzneimittelkonferenz. Als berufsübergreifende Besprechung und Klärung der Informationsweitergabe an Schnittstellen zwischen den Bereichen ist die regelmäßig stattfindende Stationskonferenz auf allen Stationen eingeführt. Aktuelle Neuigkeiten werden durch schriftliche Informationen wie Hausmitteilungen, Arzneimittelinformationen oder auch Meldungen im Intranet bekannt gegeben. Jeden Monat erscheint eine Mitarbeiterzeitung.

#### 4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Die Krankenhausinformation und die Telefonzentrale sind rund um die Uhr besetzt. Die Mitarbeiter dort haben Zugriff auf alle notwendigen Informationen über die Patienten wie Name, Zimmer- und Rufnummer im EDV-System. Sie informieren Patienten und Besucher unter Berücksichtigung des Datenschutzes umfassend. Die aktuellen Dienstpläne der Ärzte, Pflegedirektion, Betriebstechnik und Krankenhausseelsorge, die Sprechstundenzeiten für ambulante Patienten liegen vor. Über die Veranstaltungen im Haus werden sie in einer monatlichen Übersicht und aktuell informiert.

#### 4.2.3 Information der Öffentlichkeit

*Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.*

Die Öffentlichkeit wird regelmäßig über Neuerungen informiert und zu Veranstaltungen sowie Vorträgen u.ä.m. eingeladen. So finden bei Änderungen im Leistungsspektrum oder medizinischen Entwicklungen Pressegespräche statt. Zuständig ist hierfür das Referat für Öffentlichkeitsarbeit, das die Kontakte zur Presse kontinuierlich pflegt und alle öffentlichkeitswirksamen Aktivitäten, wie Tage der offenen Tür, plant und begleitet. Eine umfassende Internetpräsenz stellt das Leistungsspektrum der Kliniken dar. Dreimal im Jahr erscheint eine Freundeszeitschrift.

#### 4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

*Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt. Vgl. entsprechende landesrechtliche Regelungen (Regelungen zum Datenschutz finden sich in den Landeskrankenhausgesetzen von Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Thüringen), in: Krankenhausrecht - Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, 5. Auflage 1998; Ärztliche Berufsordnung.*

Das Haus hat eine Datenschutzbeauftragte berufen. Die Maßnahmen zur Berücksichtigung des Datenschutzes sind schriftlich festgelegt. Für die elektronisch gespeicherten Patientendaten gibt es ein abgestuftes Konzept, das die Zugriffsberechtigung regelt. Alle Mitarbeiter erhalten bei der Einstellung zur Unterschrift ein Merkblatt über Datenschutz mit einer Verpflichtungserklärung zur Schweigepflicht. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter sind in die Schweigepflicht mit eingebunden. Das Thema wird im Unterricht der Krankenpflegeschule behandelt.

#### 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.*

Es steht ein krankenhausesweites EDV-System mit Zentralrechnerkonzept und einem PC-Netz zur Verfügung. Alle Bereiche sind daran angeschlossen. Der Zugang ist bis auf kurze Wartungsperioden zeitlich uneingeschränkt sichergestellt. Arztbriefe, Befunde, OP-Berichte sind vollständig im System integriert; die Befundübermittlung innerhalb des Hauses verläuft über das EDV-System. Leistungserfassung und -abrechnung geschieht EDV-gestützt. Die Erfassung und Übermittlung der Daten für die externe Qualitätssicherung erfolgt vollständig im EDV-System.

## 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.*

Das 2001 verabschiedete Leitbild wurde in einem längeren Prozess aus einem seit 1992 gültigen Zielpapier entwickelt. In den Prozess waren die Mitarbeiter einbezogen. In der Pflege wurde ein Pflegeleitbild entwickelt unter Einbeziehung der Ergebnisse einer Befragung der Pflegemitarbeiter. Das Leitbild gibt Orientierung für die tägliche Arbeit. Deshalb wird es am Einführungstag für neue Mitarbeiter besprochen, im Hause stattfindende Mitarbeiterseminare orientieren sich an Themen des Leitbildes, die tägliche Umsetzung wird in den Mitarbeitergesprächen aufgegriffen.

### 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.*

Der Vorstand entwickelt die Zielplanung für das Gesamthaus und stimmt sie im Blick auf die zur Verfügung stehenden Mittel und die gewünschten medizinischen Leistungen mit dem Verwaltungsrat ab. Sie wird mit den leitenden Mitarbeitern der Abteilungen besprochen. Alle strategischen Überlegungen, auch bei Erweiterung des Leistungsspektrums, orientieren sich an der christlichen Unternehmenskultur, wie sie im Leitbild formuliert ist. Zielvorgaben werden durch die Personalauswahl und durch Kooperationen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung unterstützt.

#### 5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die Organisationsstruktur des Krankenhauses mit den Verantwortlichkeiten und Kompetenzen ist in allen Bereichen klar festgelegt. Das Organigramm liegt vor, es wird regelmäßig aktualisiert. Die Funktionen sind in der Satzung, in Dienstordnungen und Dienstanweisungen geregelt. Die Gesamtverantwortung obliegt dem Vorstand und der Krankenhausleitung. Es sind zahlreiche Projekt- und Arbeitsgruppen beauftragt, die an verschiedenen Themen arbeiten. Ihre Arbeit wird im Qualitätsmanagementsystem vernetzt. Die Ergebnisse werden z.B. durch Befragungen analysiert.

#### 5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Im Verwaltungsrat wird ein einjähriger Haushaltsplan und ein mehrjähriger Finanz- und Investitionsplan verabschiedet. Verantwortlich für das Gesamtbudget ist der Vorstand. Die Steuerung der Finanz- und Investitionsplanung wird durch das Controlling mit betriebswirtschaftlichen Analysen für Belegungszahlen, Fallpauschalen und Budgeterlöse unterstützt. Das Berichtswesen informiert monatlich. Jährliche Investitionslisten werden erstellt, Wirtschaftlichkeitsberechnungen durchgeführt, Folgekosten bei Investitionen generell mit einbezogen.

### 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.*

Entscheidungsprozesse, Kompetenzen und Aufgaben sind in Satzung und Geschäftsordnungen geregelt. Es gibt im Haus folgende Leitungsgremien: Verwaltungsrat, Vorstand, Krankenhausleitung, Hygienekommission, Lenkungs-gremium QM, Chefarztkonferenz, Arzneimittelkonferenz, Stationsleitungssitzung, Abteilungsleitersitzung. Die Koordination und Information zwischen den Gremien wird durch Personen und durch Protokolle der Sitzungen gewährleistet. In nachgeordneten Gremien wird über wichtige Entscheidungen jeweils 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.*

Dem Vorstand des Krankenhauses gehören an Vorsteher, Oberin und Verwaltungsdirektor. Mitglieder der Krankenhausleitung sind Verwaltungsdirektor, ärztlicher Direktor und Pflegedirektorin. Der Vorstand und die Krankenhausleitung, die dem Vorstand verantwortlich ist, arbeiten jeweils nach einer eigenen Dienstordnung. Sitzungen werden protokolliert. Entscheidungen werden in Chefarztkonferenz, Stationsleitungs- und Abteilungsleitersitzung weitergegeben. Zum Teil werden sie auch der internen Öffentlichkeit über die Mitarbeiterzeitung bekannt gegeben.

#### 5.3.3 Information der Krankenhausführung

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

Die Krankenhausleitung wird regelmäßig durch das Berichtswesen, das Auskunft über die Leistungszahlen gibt, zur Entwicklung in den Kliniken informiert. Bei bestimmten Projekten, z.B. auch Bauprojekten, ist sie in Besprechungen eingebunden oder erhält die Protokolle dazu. Die überschaubare Größe des Diakonissenkrankenhauses erlaubt zudem noch die unmittelbare und aktuelle Information über Vorgänge und Entwicklungen vor Ort. Über die Ergebnisse von Befragungen (Patienten, Ärzte, Mitarbeiter) werden Vorstand und Krankenhausleitung jeweils ausführlich informiert.

#### 5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Es wird Wert auf eine intensive Kommunikationskultur gelegt. Diese wird gefördert durch umfassende Informationen an alle Mitarbeiter, die Einbeziehung Betroffener und Gespräche mit Beteiligten. Sehr wichtig sind die regelmäßigen Rückmeldungen der Mitarbeiter in den zielorientierten Mitarbeitergesprächen und den Mitarbeiterbefragungen. Es finden jährliche Betriebsfeiern statt. Es gibt das Angebot von Mitarbeiterseminaren und von Supervision. Ein wichtiges Informations- und Kommunikationsmedium ist unsere monatlich erscheinende Mitarbeiterzeitung.

### 5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

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

#### 5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

*Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.*

Ethische Fragen werden im Diakonissenkrankenhaus intensiv besprochen. Im Haus ist ein Klinisches Ethik-Komitee eingerichtet, an das Mitarbeiter sowie Patienten und Angehörige Anfragen stellen können. Im Seelsorgeteam gibt es Ansprechpartner für jede Station, mit denen Fragen besprochen werden können. Die Seelsorge steht bei ethischen Entscheidungen als Begleitung und mit einem Gesprächsangebot im Sinne einer "Hilfe für die Helfer" zur Verfügung. Psychoonkologische Beratung sowie die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie können konsultiert werden.

#### 5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Im Haus wurde ein Handbuch "Sterbende begleiten" entwickelt. Sterbende werden in der Regel in ein Einzelzimmer gelegt. Es wird für eine Umgebung gesorgt, in der in Ruhe Abschied genommen werden kann. Sitzwachen, Hospizdienste, Schmerztherapie, aber auch religionsspezifische Besonderheiten werden miteinbezogen. Angehörigen wird eine Übernachtungsmöglichkeit geboten. Durch das Handbuch wurde die Sensibilisierung für die Thematik verstärkt. Alle Mitarbeiter aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich unter Einbeziehung der Seelsorge arbeiten bei der Begleitung mit.

#### 5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Für den Umgang mit Verstorbenen gibt es im Handbuch Leitlinien. Der Aussegnungsraum ist entsprechend gestaltet. Hier gibt es für die Angehörigen die Möglichkeit, ohne zeitliche Begrenzung von dem Verstorbenen Abschied zu nehmen. Die Seelsorge gestaltet auf Wunsch eine Aussegnungsfeier. Das Vollziehen anderer Abschiedsrituale wird ermöglicht, wie die rituellen Waschungen für Muslime. Im Kreißaal liegt für Tot- und Fehlgeburten ein Standard zum Umgang vor. Eltern können von ihrem Kind in einem "Mosekörbchen" in Ruhe Abschied nehmen. Es wird auf Trauergruppen hingewiesen.

## 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.*

Alle Krankenhausbereiche sind in das interne Qualitätsmanagementsystem eingebunden, dessen Entwicklung und Steuerung durch Vorstand und Krankenhausleitung bestimmt werden. Im Lenkungsgremium QM sind darüber hinaus der MAV-Vorsitzende und der Koordinationsausschuss vertreten. Hier werden die Qualitätsziele vorgegeben und die Umsetzung veranlasst. Die Bearbeitung begleitet der Koordinationsausschuss, in dem ärztlicher Dienst, Pflege- und Verwaltungsdienst zusammenarbeiten. Die Qualitätsverantwortlichen kommen aus verschiedenen Bereichen des Hauses.

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

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

Grundlage für die Qualitätsziele bilden die Qualitätspolitik im Leitbild und die Ergebnisse der jährlichen QM-Bewertung, in die Erhebungen, Befragungen (Patienten, Ärzte, Mitarbeiter), Ergebnisse der Audits einfließen. Das Lenkungsgremium erarbeitet und verabschiedet die Qualitätsziele sowie die Festlegungen zu deren Bearbeitung und Umsetzung. Sie werden in die Bereiche des Hauses weitergegeben und über die dazu laufenden Projekte wird regelmäßig informiert. Arbeits- und Projektgruppen entwickeln Maßnahmen zur Erreichung der Ziele und begleiten die Umsetzung.

### 6.2 Qualitätsmanagementsystem

*Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.*

#### 6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

*Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.*

Die Organisation des QM untersteht direkt dem Vorstand und der Krankenhausleitung als oberster Leitung. Sie trifft alle Entscheidungen und legt die Ressourcen fest. Als Steuerungsgruppe dient das Lenkungsgremium, in dem der Koordinationsausschuss QM vertreten ist. Die Stabsstelle QM, die dem Verwaltungsdirektor untersteht, ist mit einem Qualitätsmanager besetzt. Ein berufsübergreifender Kreis von Qualitätsverantwortlichen ist eingesetzt. Funktionsbeschreibungen liegen vor. Die Mitarbeiter wurden in verschiedenen Schulungen für ihre Aufgaben qualifiziert.

#### 6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Zur internen Qualitätssicherung werden im Haus verschiedene Methoden angewandt. So finden zahlreiche Fallbesprechungen, teambezogene und interdisziplinäre statt: z.B. klin.-path. Konferenzen, Brustkonferenzen, Stationskonferenzen als Qualitätszirkel u.a.m. Es werden Komplikationen erfasst und analysiert sowie Statistiken ausgewertet. Die Ergebnisse werden in die Behandlungsplanung aufgenommen und Veränderungsmaßnahmen eingeleitet. Gesetzliche Vorgaben an Messparametern und Qualitätskontrollen werden intern genutzt und Korrekturen veranlasst.

## 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.*

In den verschiedenen Kliniken werden qualitätsrelevante Daten erfasst. Dieses geschieht im Rahmen von wissenschaftlichen Studien und der Teilnahme an Qualitätssicherungsprogrammen sowie für interne Statistiken (z.B. Erfassung von Komplikationen, Dekubitusrate, Sturzrate, Infektionsstatistik). Die intern erfassten Daten werden von den Verantwortlichen analysiert. Diese Ergebnisse sowie die von extern kommenden Daten werden in den entsprechenden Teams und Gremien besprochen. Es werden die notwendige Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet.

### 6.3.2 Nutzung von Befragungen

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

Befragungen werden als ein wichtiges Instrument zur Ermittlung der Zufriedenheit genutzt. So finden Patientenbefragungen seit 1998 alle zwei Jahre statt. Mitarbeiterbefragungen werden alle 3 Jahre durchgeführt. 2005 wurde auch die niedergelassene Ärzteschaft nach ihrem Feedback zum Krankenhaus befragt. Die Ergebnisse werden ausgewertet und alle Beteiligten werden darüber ausführlich informiert. Die Rückmeldungen geben die Möglichkeit, gezielt Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. Für die Umsetzung der Maßnahmen ist das Lenkungsgremium QM verantwortlich.

### 6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

*Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.*

Alle Mitarbeiter im Krankenhaus sind angehalten Patientenwünsche und -beschwerden entgegenzunehmen und sie umgehend an die Verwaltungsdirektion weiterzuleiten. In der Patientenbroschüre werden Patienten ausdrücklich darauf hingewiesen, ihre Beschwerden mitzuteilen. Ein Kummerkasten steht zur Verfügung. Beschwerden werden vom Verwaltungsdirektor persönlich bearbeitet und beantwortet. Wünsche von ambulanten Stellen oder Niedergelassenen werden über persönliche Kontakte aufgenommen und wenn möglich werden die Anregungen umgesetzt.

## 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 Verfahren zur Teilnahme an der gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherung ist im Hause strukturiert. In den Kliniken stehen verantwortliche Ansprechpartner zur Verfügung. Das entsprechende Datenerfassungsprogramm ist vorhanden und wird von dem hierfür Beauftragten in der EDV-Abteilung regelmäßig aktualisiert. Neue Mitarbeiter werden für die Anwendung geschult. Eine kontinuierliche Schulung für die Verantwortlichen ist sichergestellt. Die Bearbeitung der Bögen wird überprüft. Es wird eine hohe Dokumentationsquote erreicht.

### 6.4.2 Umgang mit Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

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

Die Ergebnisse aus der externen Qualitätssicherung gehen den Chefarzten durch die Bundesgeschäftsstelle mit dem Vergleich zu anderen Krankenhäusern zu. Die Chefarzte oder beauftragte Oberärzte werten diese Ergebnisse aus und bereiten sie für die eigene Klinik auf. Dann werden die Daten mit den unmittelbar am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeitern besprochen und, sofern Verbesserungen notwendig sind, entsprechende Maßnahmen eingeleitet.