



Gesetzlicher Qualitätsbericht

gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V

Krankenhaus Brackenheim



Vorwort



Das Krankenhaus Brackenheim ist eine der fünf Einrichtungen der SLK-Kliniken-Heilbronn GmbH. Die Abkürzung "SLK" steht dabei für die Stadt- und Landkreis-Kliniken Heilbronn. Zusammen mit der Hohenloher Krankenhaus gGmbH bilden wir seit Beginn des Jahres 2007 die Regionale Gesundheitsholding Heilbronn-Franken GmbH. Mit diesem Verbund entstand eines der großen kommunalen Gesundheitsunternehmen in der Bundesrepublik und mit fast 3.800 Mitarbeitern einer der bedeutendsten Arbeitgeber unserer Region.

Die SLK-Kliniken GmbH erfüllt mit 1.726 Betten die im Krankenhausplan Baden-Württemberg aufgetragene Grund-, Regel- und Zentralversorgung für die Region Heilbronn-Franken. Bei uns werden jährlich ca. 54.500 Patienten stationär behandelt und ca. 2.900 Kinder geboren.

Im Verbund unserer Kliniken verfolgen wir – entsprechend unserem Unternehmensleitbild – das Ziel einer qualitativ hochwertigen und wohnortnahen Versorgung unserer Patienten durch die Bildung von medizinischen Schwerpunkten.

Das Krankenhaus Brackenheim stellt mit seinen drei Fachabteilungen und zwei Belegabteilungen eine Einrichtung der Grundversorgung dar. Die rund 240 Mitarbeiter betreuen jährlich über 4.000 stationäre Patienten. Zusätzlich verfügt das Krankenhaus Brackenheim über ein umfassendes ambulantes Leistungsspektrum.

Brackenheim hat als Krankenhausstandort eine lange Tradition. Seine Ursprünge gehen bis ins Mittelalter zurück. Das Krankenhaus Brackenheim wurde in den sechziger Jahren erbaut und hat jetzt eine grundlegende Verjüngungskur hinter sich. Heute verfügt es über 130 Betten und präsentiert sich nicht nur nach außen hin in guter Form. Es überzeugt jung und alt im Zabergäu durch sein modernes Konzept, das Sie überall sehen und spüren.

Neben der Akutversorgung wird eine geriatrische Rehabilitationsklinik betrieben. Ein modernes medizinisches und pflegerisches Konzept unterstützt unsere älteren Patienten in der Wiederherstellung der Selbstständigkeit für das Leben zu Hause.

Unser internes Qualitätsmanagementsystem orientiert sich am Modell der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ). Dabei ist für uns besonders wichtig,

dass sowohl der Erfolg unserer täglichen Bemühungen in der Patientenversorgung als auch die Wirksamkeit unserer Verbesserungsmaßnahmen anhand konkreter Kennzahlen messbar sind. Zur Zielerreichung nutzen wir professionelle Instrumente und Methoden, wie z.B. Projektmanagement, Risikomanagement, Befragungen, regelmäßige interne Visitationen und interne Verfahren zum Umgang mit medizinischer Ergebnisqualität.

Neben einer hochwertigen medizinischen Ausstattung stellt vor allem die Qualifikation und Motivation unserer Mitarbeiter ein Garant für die Erreichung unserer Qualitätsziele dar. Mit unseren "Grundsätzen für Führung und Zusammenarbeit" haben wir gemeinsame Richtlinien zur Führung von Mitarbeitern und zum Umgang miteinander erarbeitet. Unsere jährlichen Mitarbeiterfördergespräche und unsere individuell gestaltete Führungskräftewerkstatt sind dabei Beispiele für eine mitarbeiterorientierte Personalentwicklung in den SLK-Kliniken.

Transparenz in Bezug auf unsere Leistungserbringung ist uns ein wichtiges Anliegen. Sie schafft Vertrauen in die Arbeit unserer Mitarbeiter, die sich täglich für die Patienten einsetzen. Die Rückmeldungen unserer Patienten helfen uns dabei, unsere Qualität im Behandlungsprozess kontinuierlich weiterzuentwickeln. Auch die enge Vernetzung und Kooperation mit niedergelassenen Ärzten sowie die fachübergreifende Bündelung medizinischer Kompetenzen in den zertifizierten Zentren unserer Standorte ist Ausdruck unserer kontinuierlichen Weiterentwicklung zum Wohl unserer Patienten.

Die Krankenhausleitung, vertreten durch die Betriebsleiterin Frau Heidi Scholterer, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Dietmar Imhorst

Geschäftsführer SLK-Kliniken Heilbronn GmbH
Geschäftsführer Regionale Gesundheitsholding Heilbronn-Franken GmbH

Heidi Scholterer

Betriebsleiterin Krankenhaus Brackenheim

Basisteil

Inhaltsverzeichnis

Seite

A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	4
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	11
B-[1]	Innere Medizin	11
B-[2]	Allgemeine Chirurgie	20
B-[3]	Frauenheilkunde	30
B-[4]	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	37
B-[5]	Intensivmedizin	44
C	Qualitätssicherung	51
D	Qualitätspolitik	55
D-1	Qualitätspolitik	55
D-2	Qualitätsziele	60
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	61
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	62
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	66
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	71
	Weitergehende Informationen	72

Systemteil

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

PLZ	74336
Ort	Brackenheim
Straße	Wendelstraße
Hausnummer	11
Krankenhaus-URL	http://www.slk-kliniken.de
E-Mail	Heidi.Scholterer@slk-kliniken.de
Telefon-Vorwahl	0 71 35
Telefon	101 - 0
Fax-Vorwahl	0 71 35
Fax	101 - 11 16

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

#	IK-Nummer
1	260810976

A-3 Standort(nummer)

Nicht vorhanden

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	• Regionale Gesundheitsholding Heilbronn-Franken GmbH • Stadt- und Landkreis Heilbronn
Träger-Art	öffentlich

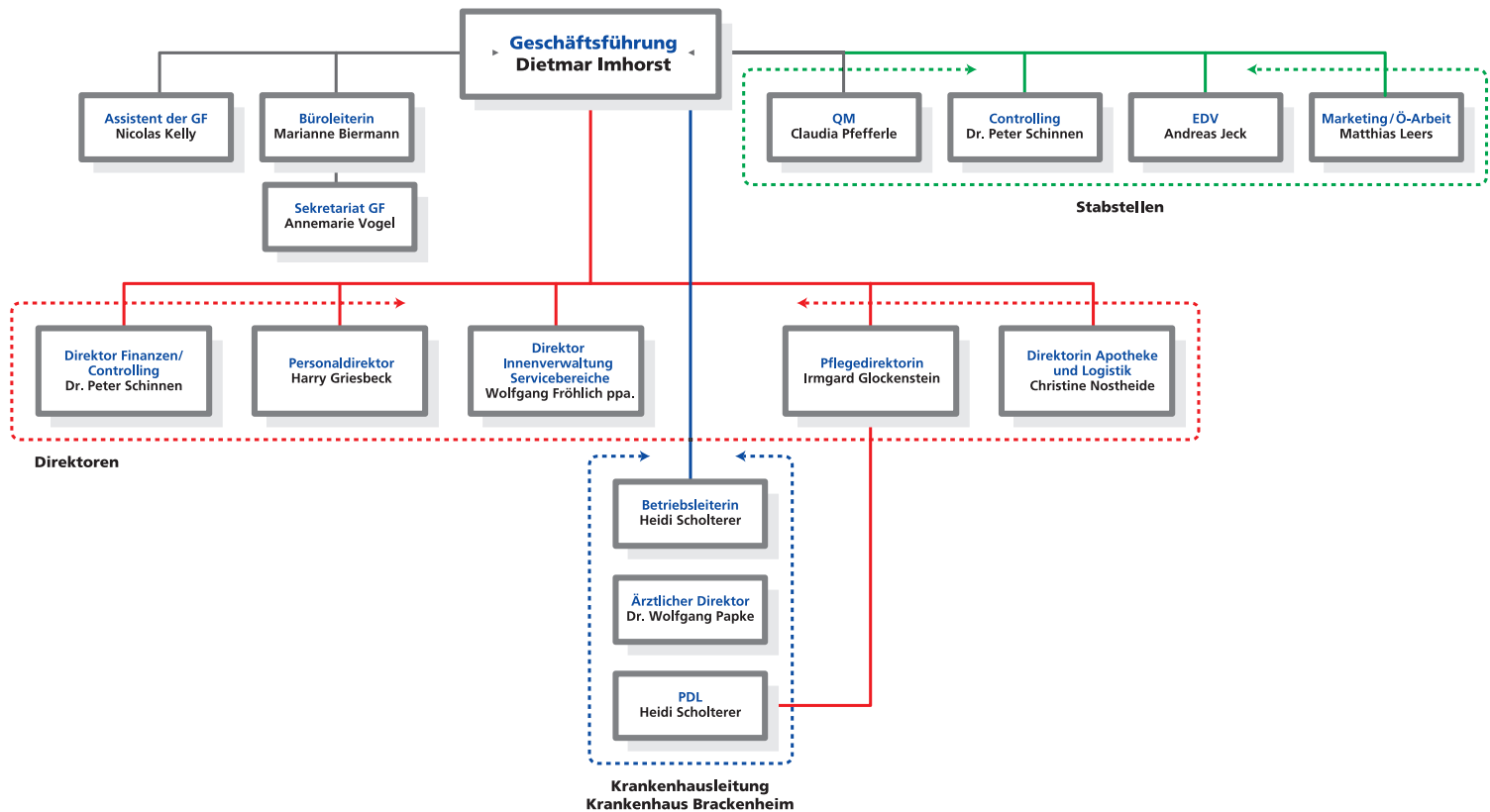
A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus?

☐ ja ☒ nein

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Organigramm Krankenhaus Brackenheim



A-6.1 Fachabteilungen

#	Abteilungsart	Schlüssel	Fachabteilung
1	HA	0100	Innere Medizin
2	HA	1500	Allgemeine Chirurgie
3	BA	2425	Frauenheilkunde
4	BA	2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
5	HA	3600	Intensivmedizin

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie?

☐ ja ☒ nein

Psychiatrisches Krankenhaus?

☐ ja ☒ nein

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

#	Versorgungs- schwerpunkt	Teilnehmende Fachabteilungen	Erläuterungen
1	Tumorzentrum	• 0100 – Innere Medizin • 1500 – Allgemeine Chirurgie • 2425 – Frauenheilkunde • 2600 – Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde • 3600 – Intensivmedizin	Anerkennung nach den Richtlinien des Sozial ministeriums im Jahr 2003

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Erläuterungen
1	Osteopathie	Angebot im Rahmen der Physiotherapie
2	Angehörigenbetreuung / -beratung / -seminare	
3	Atemgymnastik	Angebot im Rahmen der Physikalischen Therapie
4	Babyschwimmen	Bewegungsbad der Physikalischen Therapie
5	Basale Stimulation	Regelmäßige Fortbildungen für die Mitarbeiter
6	Beratung / Betreuung durch Sozialarbeiter	Sozialberatung
7	Berufsberatung / Rehabilitationsberatung	Im Zuge der Sozialberatung
8	Besondere Formen / Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Hospizdienst, Palliativzimmer, Trauerbegleitung, Patientenführsprecher
9	Bewegungsbad / Wassergymnastik	Vorhanden in der Physikalischen Therapie
10	Bewegungstherapie	Angebot im Rahmen der Physikalischen Therapie
11	Bobath-Therapie	Fortbildungen für Mitarbeiter werden angeboten
12	Diabetiker-Schulung	Diabetesberaterinnen, Diabetesassistentinnen und Diätassistentinnen
13	Diät- und Ernährungsberatung	Diätassistentinnen
14	Entlassungsmanagement	Entwicklung des Entlassmanagements durch die SLK-Kliniken mit klinikübergreifender Implementierung
15	Ergotherapie	
16	Fußreflexzonenmassage	Angebot im Rahmen der Physiotherapie
17	Kinästhetik	Fortbildungen für Mitarbeiter werden angeboten
18	Lymphdrainage	Angebot im Rahmen der Physiotherapie
19	Massage	Angebot im Rahmen der Physiotherapie

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses (Fortsetzung)

#	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Erläuterungen
20	Medizinische Fußpflege	Angebot von Extern
21	Musiktherapie	Musiktherapie wird über die geriatrische Reha angeboten
22	Physikalische Therapie	
23	Physiotherapie / Krankengymnastik	
24	Präventive Leistungsangebote / Präventionskurse	Koronarsportgruppe; Diabetikerberatung über Diätassistentinnen
25	Rückenschule / Haltungsschulung	Angebot im Rahmen der Physikalischen Therapie
26	Schmerztherapie / -management	Schmerzstandard vorhanden
27	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen	z.B. Sturzprophylaxe
28	Spezielle Entspannungstherapie	z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung. Angebot im Rahmen der Physikalischen Therapie sowie der Ergotherapie
29	Stimm- und Sprachtherapie / Logopädie	Angebot von Extern
30	Stomatherapie und -beratung	Angebot von Extern
31	Versorgung mit Hilfsmitteln / Orthopädietechnik	Angebot von Extern
32	Wärme- u. Kälteanwendungen	Angebot im Rahmen der Physikalischen Therapie
33	Wirbelsäulengymnastik	Angebot im Rahmen der Physikalischen Therapie
34	Wundmanagement	z.B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris. Fachkraft für Wundmanagement im pflegerischen und ärztlichen Bereichs
35	Zusammenarbeit mit / Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Enge Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

#	Serviceangebot	Erläuterungen
1	Besondere Verpflegung möglich	Brackensteiner Fit-Diät, vegetarisch, koscher, usw.
2	BG-Sprechstunde	
3	Beschwerdemanagement	
4	Bewegungsbad	Physikalische Therapie
5	Fernsehanschluss	Im Zimmer
6	Patienteninformationsmaterial	Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventionellen / operativen Verfahren
7	Aufenthaltsräume	
8	Ein-Bett-Zimmer	
9	Unterbringung Begleitperson	
10	Zwei-Bett-Zimmer	
11	Elektrisch verstellbare Betten	
12	Fernsehgerät am Bett / im Zimmer	
13	Rundfunkempfang am Bett	
14	Telefon	Am Bett
15	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	Orgacard EDV-System vorhanden
16	Bibliothek	
17	Cafeteria	
18	Kiosk / Einkaufsmöglichkeiten	
19	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)	
20	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	Kostenlos
21	Kulturelle Angebote	Klinikeigene Fernseh- und Rundfunkangebote
22	Maniküre / Pediküre	Fusspflege
23	Parkanlage	
24	Rauchfreies Krankenhaus	
25	Dolmetscherdienste	
26	Seelsorge	



A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

An unserer Schule für Berufe in der Krankenpflege bieten wir Interessierten die Möglichkeit der Ausbildung zur Pflegerin / zum Pfleger für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege an.

Diese Ausbildung hat in den SLK-Kliniken bereits eine lange Tradition. Von unseren über 3.400 Mitarbeitern beschäftigen wir derzeit mehr als 2.000 Mitarbieter im Pflegedienst an unseren vier Standorten.

Der Pflegeberuf ist ein interessanter, aber auch ein anspruchsvoller Beruf. Dies gilt für die Ausbildung ebenso wie für die anschließende Berufstätigkeit. In unserem Pflegeleitbild haben wir unsere Zielsetzungen definiert.

Um die hohen Qualitätsanforderungen, die wir uns als Unternehmen stellen, erfüllen zu können, bedarf es sehr gut qualifizierter Mitarbeiter/innen. Dies gilt auch für unsere Ausbildung. Hier legen wir Wert darauf, Mitarbeiter/innen zu beschäftigen, die hohe Ansprüche an die Qualität ihrer Arbeit legen – unsere Patienten stehen dabei für uns im Mittelpunkt.

Nähere Informationen über die Schule für Berufe in der Krankenpflege der SLK-Kliniken Heilbronn GmbH erhalten Sie über

www.slk-kliniken.de

**A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V
(Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)**

Anzahl Betten	130
---------------	-----

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Anzahl stationärer Patienten	4192
------------------------------	------

A-13.1 Ambulante Zählweise

#	Zählweise	Fallzahl
1	Quartalszählweise	10065

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-[1] Innere Medizin

B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Innere Medizin

Chefarzt: Herr Dr. med. Wolfgang Willareth

FA-Bezeichnung	Innere Medizin
PLZ	74336
Ort	Brackenheim
Straße	Wendelstr.
Hausnummer	11
URL	http://www.slk-kliniken.de
E-Mail	wolfgang.willareth@slk-kliniken.de
Telefon-Vorwahl	0 71 35
Telefon	101 - 13 01
Fax-Vorwahl	0 71 35
Fax	101 - 11 13

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	(0100) Innere Medizin

B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung

Die Abteilung für Innere Medizin in Brackenheim mit Schwerpunkt Gastroenterologie, Diabetologie und Kardiologie versorgt Patienten im Kreis Neckar-Zaber (Zabergäu, Landkreis Heilbronn West) mit inneren Erkrankungen und behandelt das breite Spektrum fast aller internistischer Krankheiten: Herzerkrankungen, Lungenkrankheiten, Nierenleiden, Tumoren, Erkrankungen des Blutsystems u.a. Besondere Schwerpunkte bilden die Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen (Kardiologie), Lungenkrankheiten (Pulmologie), Erkrankungen des Magens und des Darmes (Gastroenterologie mit Endoskopie und Sonografie), Leberkrankheiten (Hepatologie), Behandlung von Gallenblasen- und Gallengangserkrankungen, von Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse, die Behandlung der Zuckerkrankheit (Diabetologie) und von Stoffwechselkrankheiten (mit Ernährungsmedizin).

#	Versorgungsschwerpunkte
1	Betreuung von Patienten vor Transplantationen
2	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
3	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
4	Diagnostik und Therapie sonstiger Formen der Herzkrankheit
5	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
7	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
8	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
9	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
10	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
11	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (Diabetes, Schilddrüse, ...)
12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darmtraktes
13	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
17	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
18	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
19	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
20	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
21	Intensivmedizin
22	Diagnostik und Therapie von Allergien

B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung (Fortsetzung)

#	Versorgungsschwerpunkte
23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
26	Spezialsprechstunde
27	Konventionelle Röntgenaufnahmen
28	Native Sonographie
29	Eindimensionale Dopplersonographie
30	Endosonographie
31	Computertomographie (CT), nativ
32	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
33	Phlebographie
34	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Diese Angaben finden Sie im A-Teil des Berichtes.

B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Diese Angaben finden Sie im A-Teil des Berichtes.

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Anzahl stationärer Patienten	2020
------------------------------	------

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD**B-[1].6.1 ICD, 3-stellig**

#	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	207
2	R55	Ohnmacht und Kreislaufkollaps	103
3	E86	Flüssigkeitsmangel des Körpers	97
4	J44	Sonstige chronische verstopfende (Lungenkrankheit) Erkrankung der Atemwege	88
5	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern als Herzrhythmusstörung	86
6	I10	Bluthochdruck, ohne bekannte Ursache	85
7	A09	Durchfall und Magen-Darmentzündung, vermutlich durch Viren	68
8	I20	Schmerzen in der Herzgegend (Angina pectoris)	60
9	E11	Zuckerkrankheit Typ II (Alterszucker)	57
10	K57	Erkrankung des Darmes mit sackförmigen Ausstülpungen der Darmwand	50

B-[1].6.2 Kompetenzdiagnosen

Die Kompetenzdiagnosen sind unter Punkt B-[1].6.1 hinreichend erläutert.

B-[1].7 Prozeduren nach OPS**B-[1].7.1 OPS, 4-stellig**

#	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-632	Spiegelung der Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm	656
2	1-440	Gewebeentnahme (über ein Endoskop) an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Bauchspeicheldrüse	487
3	1-650	Spiegelung des Dickdarmes	255
4	1-444	Gewebeentnahme (über ein Endoskop) an unteren Verdauungstrakt	130
5	8-800	Übertragung von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	91
6	5-513	Operationen über eine Spiegelung an den Gallengängen	89
7	8-390	Lagerungsbehandlung	79
8	3-200	Computertomographie (Röntgenschichtaufnahme) des Schädels	75
9	5-452	Lokales Herausschneiden und Gewebeerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	49
10	1-640	Darstellung (retrograde) der Gallenwege als Untersuchung über eine Spiegelung	40

B-[1].7.2 Kompetenzprozeduren

Die Kompetenzprozeduren sind unter Punkt B-[1].7.1 hinreichend erläutert.

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistung
1	Gastroenterologische Ambulanz	Im Rahmen des gastroenterologischen Schwerpunktes werden Untersuchungen bei Magen-Darm-Erkrankungen, Erkrankungen der Leber, der Galle und der Bauchspeicheldrüse angeboten.
2	Innere Ambulanz	Angeboten wird die ambulante medikamentöse Therapie (Chemotherapie) von gastrointestinalen Tumoren und die Nachbehandlung derselben.
3	Innere Ambulanz	Magenspiegelung, Dickdarmspiegelung, ERCP, PEG-Sondenanlage, Endosonografie, Leberpunktion und Ultraschalluntersuchungen.

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**B-[1].9.1** Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650	Spiegelung des Dickdarmes	725
2	1-640	Darstellung (retrograde) der Gallenwege als Untersuchung über eine Spiegelung	11
3	1-642	Darstellung (retrograde) der Gallen- und Bauchspeicheldrüsenwege als Untersuchung über eine Spiegelung	8



B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ambulante D-Arzt-Zulassung?

☐ ja ☒ nein

Stat. BG-Zulassung?

☐ ja ☒ nein**B-[1].11 Apparative Ausstattung**

#	Apparative Ausstattung	Kommentar / Erläuterung
1	24h pH-Metrie	
2	Endosonographie	
3	H2-Exalationstester (Atemtester)	
4	Belastungs-EKG / Ergometrie	
5	Computertomograph (CT)	24h-Notfallverfügbarkeit ist gegeben
6	Endoskop	ÖGD, Kolo, ERCP, Bronchoskopie, Rektoskopie
7	Geräte der invasiven Kardiologie (z.B. Herzkatheterlabor, Ablationsgenerator, Kardioversionsgerät, Herzschrittmacherlabor)t	
8	Kipptisch (z.B. zur Diagnose des orthostatischen Syndroms)	
9	Laser	APC-Sonde
10	Lithotripter (ESWL)	mechanisch
11	Röntgengerät / Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	24h-Notfallverfügbarkeit ist gegeben
12	Sonographiegerät / Dopplersonographiegerät	
13	Spirometrie / Lungenfunktionsprüfung	

B-[1].12 Personelle Ausstattung**B-[1].12.1 Ärzte**

Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	9
Kommentar dazu	Beschäftigte Ärzte in VK insgesamt 9,00
Davon Fachärzte	3
Kommentar dazu	–
Belegärzte nach § 121 SGB V	–
Kommentar dazu	–

B-[1].12.1.1 Facharztqualifikation

#	Facharztqualifikation
1	Innere Medizin und SP Endokrinologie Diabetologie
2	Innere Medizin und SP Gastroenterologie

B-[1].12.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatzweiterbildung
1	Ernährungsbeauftragter Arzt
2	DEGUM-Tutor (Ultraschall)
3	Diabetologie

B-[1].12.2 Pflegepersonal

Pflegekräfte insgesamt	36
Kommentar dazu	Beschäftigte Pflegekräfte in VK insgesamt 23,16.
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung)	33
Kommentar dazu	Zusätzlich 3 Pflegekräfte als Krankenpflegehelferinnen.
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung)	2
Kommentar dazu	Zusatzqualifikation: Stationsleitung

B-[1].12.3 Spezielles therapeutisches Personal

#	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar
1	Praxisanwenderqualifikation für psychobiographische Reaktivierung	
2	Qualifizierte Pflegekraft Sturzprophylaxe	
3	Diabetesberaterin	
4	Diabetesassistentin	
5	Trainer Basale Stimulation	
6	Arzthelfer	
7	Diätassistenten	
8	Ergotherapeuten	
9	Kinästhetikbeauftragte	
10	Logopäden	Extern
11	Masseure / Medizinische Bademeister	
12	Orthopädietechniker	Extern
13	Physiotherapeuten	
14	Sozialarbeiter	
15	Sozialpädagogen	
16	Stomatherapeuten	Extern
17	Wundmanager	

B-[2] Allgemeine Chirurgie**B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Allgemeinchirurgie

Chefarzt: Herr Dr. med. Wolfgang Papke

FA-Bezeichnung	Allgemeine Chirurgie
PLZ	74336
Ort	Brackenheim
Straße	Wendelstr.
Hausnummer	11
URL	http://www.slk-kliniken.de
E-Mail	wolfgang.papke@slk-kliniken.de
Telefon-Vorwahl	0 71 35
Telefon	101 - 12 01
Fax-Vorwahl	0 71 35
Fax	101 - 11 14

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

B-[2].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung

Das Spektrum der Chirurgie erstreckt sich von der großen Bauchchirurgie über die Struma-chirurgie, die Proktologie, die Varizenchirurgie bis hin zur Unfallchirurgie einschließlich orthopädischer Operationen. Die medizinische Infrastruktur befindet sich auf dem neuesten technischen Stand, alle neuzeitlichen Operationsmethoden werden angewandt.

Zu den Schwerpunkten der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Brackenheim zählen die operativen Eingriffe an der Schilddrüse (insbesondere des in unserer Gegend weit verbreiteten "Kropfes"), die Operation der verschiedenen Bauchdeckenbrüche (Leisten-, Schenkel-, Nabel-, Narbenbruch etc.) und die Entfernung der Gallenblase bei Gallensteinleiden sowie die Varizenchirurgie ("Krampfadernoperation"). Einige dieser Operationen werden heutzutage als s.g. minimalinvasive Eingriffe ("Schlüssel-Lochchirurgie") durchgeführt. Dabei wird die Bauchdecke nicht mehr über einen großen Hautschnitt eröffnet, sondern es wird über kleinste Einschnitte mit einem speziellen Instrumentarium und unter Videosicht (Laparoskopie-Bauchspiegelung) operiert.

#	Versorgungsschwerpunkte
1	Proktokopie
2	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
3	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen (z.B. Thrombosen, Krampfadern) und Folgeerkrankungen (z.B. Ulcus cruris / offenes Bein)
4	Endokrine Chirurgie
5	Magen-Darm-Chirurgie
6	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
7	Tumorchirurgie
8	Metall- / Fremdkörperentfernungen
9	Bandrekonstruktionen / Plastiken
10	Gelenkersatzverfahren / Endo-Prothetik
11	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
12	Septische Knochenchirurgie
13	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
14	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
15	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
16	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
17	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
18	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
19	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes

B-[2].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung (Fortsetzung)

#	Versorgungsschwerpunkte
19	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
20	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
21	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
22	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
23	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
24	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
25	Chirurgie der peripheren Nerven
26	Minimal-invasive laparoskopische Operationen
27	Minimal-invasive endoskopische Operationen
28	Plastisch rekonstruktive Eingriffe
29	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
30	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
31	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
32	Diagnostik und Therapie sonstiger Krankheiten der Haut und Unterhaut
33	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
34	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
35	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
36	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
37	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
38	Konventionelle Röntgenaufnahmen
39	Native Sonographie
40	Eindimensionale Dopplersonographie
41	Duplexsonographie
42	Endosonographie
43	Computertomographie (CT), nativ
44	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
45	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane

B-[2].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Diese Angaben finden Sie im A-Teil des Berichtes.

B-[2].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Diese Angaben finden Sie im A-Teil des Berichtes.

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Anzahl stationärer Patienten	1786
------------------------------	------

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD**B-[2].6.1 ICD, 3-stellig**

#	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Gallensteine	151
2	E04	Sonstige Vergrößerung der Schilddrüse ohne Fehlfunktion	113
3	K35	Akute Entzündung des Blinddarmes	113
4	K40	Leistenbruch	87
5	S06	Verletzung des Schädelinneren	77
6	S52	Knochenbruch des Unterarmes	58
7	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	58
8	M23	Verletzung von Strukturen innerhalb des Kniegelenkes	52
9	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	49
10	K56	Darmverschluss durch Lähmung des Darmes und durch ein Hindernis im Darm ohne Eingeweidebruch	46

B-[2].6.2 Kompetenzdiagnosen

Die Kompetenzdiagnosen sind unter Punkt B-[2].6.1 hinreichend erläutert.

B-[2].7 Prozeduren nach OPS**B-[2].7.1 OPS, 4-stellig**

#	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-511	Gallenblasenentfernung	170
2	5-062	Andere Teilentfernungen der Schilddrüse	133
3	5-470	Blinddarmentfernung	131
4	5-530	Verschluss eines Leistenbruches	92
5	5-790	Geschlossene Wiedereinrichtung eines Knochenbruches oder Epiphysenlösung mit Knochenvereinigung	87
6	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	84
7	5-469	Andere Operationen am Darm	69
8	5-916	Vorübergehende Deckung von Weichteildefekten	66
9	5-812	Operation (durch Gelenkspiegelung) am Gelenkknorpel und an den Gelenkzwischenscheiben (Menisken)	63
10	5-894	Lokales Herausschneiden von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	61

B-[2].7.2 Kompetenzprozeduren

Die Kompetenzprozeduren sind unter Punkt B-[2].7.1 hinreichend erläutert.

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**Beratungs- und Indikationssprechstunde:**

- Allgemeine Untersuchung und Beratung zur Mitbehandlung
- Untersuchung, Beratung und Indikationsstellung zu Wahl-Operationen
- Vorstellung mit unklaren Krankheitsbildern

Wiedereinbestell-Ambulanz:

- Patienten mit Unfallfolgen und Erkrankungen, mit Überweisungsschein eines Chirurgen oder Orthopäden
- Berufsgenossenschaftliche Unfälle
- Privatpatienten

Notfallambulanz:

Die Notfallambulanz ist rund um die Uhr besetzt. Jederzeit können akute Notfälle nach Facharztstandard behandelt werden.

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**B-[2].9.1 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-530	Verschluss eines Leistenbruchs	50
2	5-787	Entfernung von Knochenvereinigungsmaterial (Osteosynthesematerial)	31
3	5-056	Freilegung (von Verwachsungen) und Druckentlastungsoperation eines Nerven	31
4	5-812	Operation (durch Gelenkspiegelung) am Gelenkknorpel und an den Gelenkzwischenscheiben (Menisken)	28

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ambulante D-Arzt-Zulassung?

☒ ja ☐ nein

Stat. BG-Zulassung?

☐ ja ☒ nein

B-[2].11 Apparative Ausstattung

#	Apparative Ausstattung	Kommentar / Erläuterung
1	Ultracission	
2	Endoskopische Varizenchirurgie	
3	Traction-Tower – Handgelenksarthroskopie	
4	Elektrocouter	
5	Belastungs-EKG / Ergometrie	
6	Computertomograph (CT)	24h-Notfallverfügbarkeit ist gegeben
7	Endoskop	
8	Kipptisch (z.B. zur Diagnose des orthostatischen Syndroms)	
9	Röntgengerät / Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	24h-Notfallverfügbarkeit ist gegeben
10	Sonographiegerät / Dopplersonographiegerät	
11	Spirometrie / Lungenfunktionsprüfung	



B-[2].12 Personelle Ausstattung**B-[2].12.1 Ärzte**

Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	9
Kommentar dazu	Beschäftigte Ärzte in VK insgesamt 9,00
Davon Fachärzte	6
Kommentar dazu	–
Belegärzte nach § 121 SGB V	–
Kommentar dazu	–

B-[2].12.1.1 Facharztqualifikation

#	Facharztqualifikation
1	Unfallchirurgie
2	Allgemeine Chirurgie

B-[2].12.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatzweiterbildung
1	Unfallchirurgie

B-[2].12.2 Pflegepersonal

Pflegekräfte insgesamt	29
Kommentar dazu	Beschäftigte Pflegekräfte in VK insgesamt 20,83
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung)	21
Kommentar dazu	1 Pflegehilfskraft und 7 Krankenpflegehelferinnen
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung)	4
Kommentar dazu	Zusatzqualifikation: Stationsleitung (4)

B-[2].12.3 Spezielles therapeutisches Personal

#	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar
1	Trainer Basale Stimulation	
2	Fachkraft für Basale Stimulation	
3	Diabetesassistentin	
4	Diabetesberaterin	
5	Qualifizierte Pflegekraft Sturzprophylaxe	
6	Praxisanwenderqualifikation für psychobiographische Reaktivierung	
7	Arzthelfer	
8	Diätassistenten	
9	Ergotherapeuten	
10	Kinästhetikbeauftragte	
11	Logopäden	Extern
12	Masseure / Medizinische Bademeister	
13	Orthopädietechniker	Extern
14	Physiotherapeuten	
15	Sozialarbeiter	
16	Sozialpädagogen	
17	Stomatherapeuten	Extern
18	Wundmanager	

B-[3] Frauenheilkunde**B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Belegabteilung Frauenheilkunde

Belegarzt: Herr Dr. med. Dr. theol. Rainer Edler

FA-Bezeichnung	Frauenheilkunde
PLZ	74336
Ort	Brackenheim
Straße	Wendelstr.
Hausnummer	11
URL	http://www.slk-kliniken.de
E-Mail	juergen.feld@slk-kliniken.de
Telefon-Vorwahl	0 71 35
Telefon	101 - 12 50
Fax-Vorwahl	0 71 35
Fax	101 - 11 16

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	(2425) Frauenheilkunde

B-[3].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung

Durchgeführt werden in dieser Belegabteilung alle Operationen des gynäkologischen Fachgebietes, d.h. Operationen an oder durch die Scheide, Bauchoperationen an Gebärmutter oder Eierstöcken bzw. Eileiter, Inkontinenzoperationen durch Scheide oder den Bauch inclusive der TVT-Operation, und Brustoperationen bei gut- bzw. bösartigen Erkrankungen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt bei den Operationen mittels Bauchspiegelung, wodurch eine größere Operation mit Bauchschnitt mit größeren Beschwerden und längerer Liegedauer vermieden werden kann. Wenn möglich und gewünscht, werden die Operationen auch ambulant durchgeführt, was für Sterilisationen, Ausschabungen, Fruchtwasserpunktionen und kleinere Eingriffe am äußeren Genitale fast durchweg gilt.

#	Versorgungsschwerpunkte
1	Ambulante Operationen
2	Durchgeführt werden alle Operationen des gynäkologischen Fachgebietes.
3	Schwangere Patienten mit drohender Fehlgeburt, Schwangere mit Zervixinsuffizienz und solche mit vorzeitiger Wehentätigkeit werden konservativ betreut.
4	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
5	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
6	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
7	Endoskopische Operationen (Laparoskopie, Hysteroskopie)
8	Gynäkologische Abdominalchirurgie
9	Inkontinenzchirurgie
10	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (Zervix-, Corpus-, Ovarial-, Vulva-, Vaginalkarzinom)
11	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
12	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes

B-[3].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Diese Angaben finden Sie im A-Teil des Berichtes.

B-[3].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Diese Angaben finden Sie im A-Teil des Berichtes.

B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Anzahl stationärer Patienten	175
------------------------------	-----

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD**B-[3].6.1 ICD, 3-stellig**

#	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C50	Krebs der Brustdrüse	49
2	D25	Gutartiges Geschwulst der glatten Gebärmuttermuskulatur	28
3	N81	Vorfall der weiblichen Geschlechtsorgane (Scheide, Gebärmutter) bei der Frau	12
4	N83	Nichtentzündliche Krankheiten der Eierstöcke, der Eileiter und des Lig. latum uteri	9
5	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	8
6	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Monatsblutung	7
7	N95	Störungen in der Übergangsphase von der Geschlechtsreife zum Alter (Klimakterium)	7
8	D39	Geschwulst der weiblichen Geschlechtsorgane	≤ 5
9	N80	Geschwulst von Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutterinnenschicht gelegen (Endometriose)	≤ 5
10	N70	Entzündung der Eileiter und der Eierstöcke	≤ 5

B-[3].6.2 Kompetenzdiagnosen

Die Kompetenzdiagnosen sind unter Punkt B-[3].6.1 hinreichend erläutert.

B-[3].7 Prozeduren nach OPS**B-[3].7.1 OPS, 4-stellig**

#	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-683	Entfernung der Gebärmutter	52
2	8-542	Nicht aufwendige Chemotherapie	40
3	5-704	Scheidenraffung und Verengung der Muskellücke im Beckenboden (Beckenbodenplastik)	24
4	1-471	Gewebeentnahme (ohne Einschnitt) an der Gebärmutter-schleimhaut	18
5	5-651	Lokales Ausschneiden und Gewebeerstörung von Gewebe des Eierstockes	13
6	1-672	Spiegelung der Gebärmutter	10
7	5-870	Teilweises (brusterhaltende) Herausschneiden der Brustdrüse und Gewebeerstörung von Brustdrüsengewebe ohne Lymphknotenentfernung der Achselregion	9
8	5-871	Teilweises (brusterhaltende) Herausschneiden der Brustdrüse und Gewebeerstörung von Brustdrüsengewebe mit Lymphknotenentfernung der Achselregion	7
9	5-873	Entfernung der Brustdrüse mit Lymphknotenentfernung der Achselregion	7
10	5-652	Entfernung des Eierstockes	7

B-[3].7.2 Kompetenzprozeduren

Die Kompetenzprozeduren sind unter Punkt B-[3].7.1 hinreichend erläutert.

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistung
1	Gynäkologische Praxis	Allgemeine Sprechstunden

B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**B-[3].9.1** Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-672	Spiegelung der Gebärmutter	26
2	1-471	Gewebeentnahme (ohne Einschnitt) an der Gebärmutter Schleimhaut	26
3	5-690	Ausschabung der Gebärmutter als Behandlung	14
4	5-711	Operationen an den Scheidenvorhofdrüsen (Bartholin-Drüsen), Zyste	10
5	5-651	Lokales Ausschneiden und Gewebeerstörung von Gewebe des Eierstockes	7

B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ambulante D-Arzt-Zulassung?

☐ ja ☒ nein

Stat. BG-Zulassung?

☐ ja ☒ nein

B-[3].11 Apparative Ausstattung

#	Apparative Ausstattung	Kommentar / Erläuterung
1	Apparative Ausstattung für Gynäkologie	
2	Belastungs-EKG / Ergometrie	
3	Computertomograph (CT)	24h-Notfallverfügbarkeit ist gegeben
4	Endoskop	
5	Kipptisch (z.B. zur Diagnose des orthostatischen Syndroms)	
6	Röntgengerät / Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	24h-Notfallverfügbarkeit ist gegeben
7	Sonographiegerät / Dopplersonographiegerät	
8	Spirometrie / Lungenfunktionsprüfung	

B-[3].12 Personelle Ausstattung**B-[3].12.1 Ärzte**

Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	–
Kommentar dazu	–
Davon Fachärzte	–
Kommentar dazu	–
Belegärzte nach § 121 SGB V	1
Kommentar dazu	–

B-[3].12.1.1 Facharztqualifikation

#	Facharztqualifikation
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[3].12.1.2 Zusatzweiterbildung

Personelle Ausstattung des Krankenhauses.

B-[3].12.2 Pflegepersonal

Planbetten sind in der chirurgischen Abteilung integriert (siehe chirurgische Abteilung).

B-[4] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde**B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Belegabteilung Hals-Nasen-Ohren
 Belegarzt: Herr Dr. med. Ulrich Brander

FA-Bezeichnung	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
PLZ	74336
Ort	Brackenheim
Straße	Wendelstr.
Hausnummer	11
URL	http://www.slk-kliniken.de
E-Mail	
Telefon-Vorwahl	07135
Telefon	1011250
Fax-Vorwahl	0 71 35
Fax	101 - 11 16

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	(2600) Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[4].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung

Die HNO-Beleg-Abteilung verfügt über moderne Geräte zur Ohrmikroskopie und zur endoskopischen Untersuchung der Nase und Nasennebenhöhlen. In der Abteilung werden alle allgemeinen Operationen auf dem Gebiet der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde durchgeführt, einschließlich mikro-chirurgischer Eingriffe am Kehlkopf sowie am Trommelfell, ebenso auch endoskopische Operationen an den Nasennebenhöhlen. Sofern es medizinische vertretbar ist, werden Eingriffe ambulant vorgenommen, zum Beispiel das Entfernen von Polypen bei Kindern.

#	Versorgungsschwerpunkte
1	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
4	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
5	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
6	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
7	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
8	Diagnostik und Therapie der Krankheiten der Mundhöhle
9	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
10	Spezialprechstunde Allergologie

B-[4].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Diese Angaben finden Sie im A-Teil des Berichtes.

B-[4].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Diese Angaben finden Sie im A-Teil des Berichtes.

B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Anzahl stationärer Patienten	90
------------------------------	----

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD**B-[4].6.1 ICD, 3-stellig**

#	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J35	Chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln	69
2	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	16
3	J36	Abszess des Bindegewebes in der oberen Mandelbucht (Peritonsillarabszess)	≤ 5
4	L04	Akute entzündliche Lymphknotenschwellung	≤ 5
5	S02	Knochenbruch des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	≤ 5
6	H81	Störungen des Gleichgewichtes	≤ 5

B-[4].6.2 Kompetenzdiagnosen

Die Kompetenzdiagnosen sind unter Punkt B-[4].6.1 hinreichend erläutert.

B-[4].7 Prozeduren nach OPS**B-[4].7.1 OPS, 4-stellig**

#	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-281	Gaumen-Mandel-Entfernung	47
2	5-282	Gaumen-Mandel- und Rachenmandel-Entfernung	19
3	5-214	Gewebeentfernung unterhalb der Schleimhaut und Wiederherstellung der Nasenscheidewand	15
4	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	12
5	5-289	Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln	≤ 5
6	5-285	Rachenmandel-Entfernung	≤ 5
7	5-200	Eröffnung der Paukenhöhle durch Einstich des Trommelfells	≤ 5
8	8-506	Wechsel und Entfernung einer Ausstopfung (Tamponade) bei Blutungen	≤ 5
9	1-699	Andere Spiegelungen durch Einstechen, Einschneiden und während der Operation zur Untersuchung	≤ 5

B-[4].7.2 Kompetenzprozeduren

Die Kompetenzprozeduren sind unter Punkt B-[4].7.1 hinreichend erläutert.

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistung
1	Hals-, Nasen-, Ohrenpraxis	Allgemeine Sprechstunden

B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**B-[4].9.1** Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-285	Rachenmandel-Entfernung	33
2	5-200	Eröffnung der Paukenhöhle durch Einstich des Trommelfells	10
3	5-216	Wiedereinrichtung eines Knochenbruches der Nase	≤ 5

B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ambulante D-Arzt-Zulassung?

☐ ja ☒ nein

Stat. BG-Zulassung?

☐ ja ☒ nein

B-[4].11 Apparative Ausstattung

#	Apparative Ausstattung	Kommentar / Erläuterung
1	Apperative Ausstattung für HNO	
2	Belastungs-EKG / Ergometrie	
3	Computertomograph (CT)	24h-Notfallverfügbarkeit ist gegeben
4	Endoskop	
5	Kipptisch (z.B. zur Diagnose des orthostatischen Syndroms)	
6	Röntgengerät / Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	24h-Notfallverfügbarkeit ist gegeben
7	Sonographiegerät / Dopplersonographiegerät	
8	Spirometrie / Lungenfunktionsprüfung	

B-[4].12 Personelle Ausstattung**B-[4].12.1 Ärzte**

Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	–
Kommentar dazu	–
Davon Fachärzte	–
Kommentar dazu	–
Belegärzte nach § 121 SGB V	1
Kommentar dazu	–

B-[4].12.1.1 Facharztqualifikation

Personelle Ausstattung des Krankenhauses.

B-[4].12.1.2 Zusatzweiterbildung

Personelle Ausstattung des Krankenhauses.

B-[4].12.2 Pflegepersonal

Planbetten sind in der chirurgischen Abteilung integriert (siehe chirurgische Abteilung).

B-[4].12.3 Spezielles therapeutisches Personal

#	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar
1	Praxisanwenderqualifikation für psychobiographische Reaktivierung	
2	Fachkraft für Basale Stimulation	
3	Diabetesberaterin	
4	Trainer Basale Stimulation	
5	Qualifizierte Pflegekraft Sturzprophylaxe	
6	Diabetesassistentin	
7	Arzthelfer	
8	Diätassistenten	
9	Ergotherapeuten	
10	Kinästhetikbeauftragte	
11	Logopäden	Extern
12	Masseure / Medizinische Bademeister	
13	Orthopädietechniker	Extern
14	Physiotherapeuten	
15	Sozialarbeiter	
16	Sozialpädagogen	
17	Stomatherapeuten	Extern
18	Wundmanager	

B-[5] Intensivmedizin**B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Anästhesie / Intensivmedizin

Chefarzt: Herr Dr. med. Tom-Nikolas Gfroerer

FA-Bezeichnung	Intensivmedizin
PLZ	74336
Ort	Brackenheim
Straße	Wendelstr.
Hausnummer	11
URL	http://www.slk-kliniken.de
E-Mail	tom-nikolas.gfroerer@slk-kliniken.de
Telefon-Vorwahl	0 71 35
Telefon	101 - 14 00
Fax-Vorwahl	0 71 35
Fax	101 - 11 16

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	(3600) Intensivmedizin

B-[5].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung

Die meisten operativen Eingriffe sind nur mit einer Anästhesie durchführbar. Zur Anwendung gelangen bei uns sowohl moderne Verfahren der Allgemeinanästhesie ("Vollnarkose"), als auch Regionalanästhesien (z.B. als Spinal-, Peridural- oder Armplexusanästhesie). Sämtliche Verfahren gewähren Schmerzfreiheit während der Operation bei höchstmöglicher Sicherheit. Bei einer Vollnarkose kommt zur Schmerzfreiheit ein ungestörter Schlaf hinzu. Im Regelfall wird der Narkosearzt in einem ausführlichen Gespräch am Vortag der Operation unter Berücksichtigung vorliegender Untersuchungsbefunde, etwaiger Begleiterkrankungen, persönlicher Besonderheiten und Patientenwünsche das am besten geeignete Anästhesieverfahren festlegen und das weitere Vorgehen mit dem Patienten besprechen.

Die interdisziplinäre Intensivstation C6 verfügt über 5 Planbetten und 17 entsprechend geschulte Pflegekräfte zur Behandlung von schwerkranken und verletzten Patienten sowie für Patienten nach großen geplanten und Notfalloperationen. Hierfür stehen moderne medizinische Geräte (u.a. auch 3 zur maschinellen Beatmung) zur Verfügung. Die gute personelle und technische Ausstattung erlaubt es uns, schwerkranke Patienten (ca. 690 im vergangenen Jahr) den aktuellen medizinischen Kenntnissen entsprechend zu behandeln.

B-[5].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Diese Angaben finden Sie im A-Teil des Berichtes.

B-[5].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Diese Angaben finden Sie im A-Teil des Berichtes.

B-[5].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Anzahl stationärer Patienten	121
------------------------------	-----

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD**B-[5].6.1 ICD, 3-stellig**

#	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	T51	Giftige Wirkung von Alkohol	16
2	F10	Störungen der Psyche (Geist) und des Verhaltens durch Alkohol	12
3	I50	Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	6
4	J44	Sonstige chronische verstopfende (Lungenkrankheit) Erkrankung der Atemwege	≤ 5
5	T42	Vergiftung durch Epilepsiemedikamente, Beruhigungsmittel, Schlafmittel und Parkinsonmedikamente	≤ 5
6	I21	Akuter Herzinfarkt	≤ 5
7	G40	Fallsucht (Epilepsie)	≤ 5
8	T39	Vergiftung durch nichtopioidhaltige Schmerzmittel (Analgetika), fiebersenkende Mittel (Antipyretika) und Rheumamittel (Antirheumatika)	≤ 5
9	T75	Schäden durch sonstige äußere Ursachen	≤ 5
10	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	≤ 5

B-[5].6.2 Kompetenzdiagnosen

Die Kompetenzdiagnosen sind unter Punkt B-[5].6.1 hinreichend erläutert.

B-[5].7 Prozeduren nach OPS**B-[5].7.1 OPS, 4-stellig**

#	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-930	Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf, ohne Messung des Blutdruckes in der Lungenarterie und des zentralen Venendruckes	520
2	8-931	Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf, mit Messung des zentralen Venendruckes	129
3	8-800	Übertragung von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	52
4	8-831	Legen, Wechsel und Entfernung eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	45
5	8-701	Einfaches Einführen eines Beatmungsrohres in die Luftröhre	43
6	8-640	Elektrische Schockung (Kardioversion) des Herzrhythmus von außen	38
7	1-632	Spiegelung der Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm	21
8	5-469	Andere Operationen am Darm	17
9	8-700	Offenhalten der oberen Atemwege	15
10	1-620	Spiegelung der Luftröhre und der Bronchien	14

B-[5].7.2 Kompetenzprozeduren

Die Kompetenzprozeduren sind unter Punkt B-[5].7.1 hinreichend erläutert.

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Durchführung von Narkose-Aufklärungsgesprächen für den Bereich Chirurgie.

B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Durchführung ambulanter Operationen für den Bereich Chirurgie.

B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ambulante D-Arzt-Zulassung?

☐ ja ☒ nein

Stat. BG-Zulassung?

☐ ja ☒ nein

B-[5].11 Apparative Ausstattung

#	Apparative Ausstattung	Kommentar / Erläuterung
1	Belastungs-EKG / Ergometrie	
2	Computertomograph (CT)	24 h-Notfallverfügbarkeit ist gegeben
3	Endoskop	Bronchoskop
4	Geräte der invasiven Kardiologie (z.B. Herzkatheterlabor, Ablationsgenerator, Kardioversionsgerät, Herzschrittmacherlabor)	Kardioversionsgerät
5	Kipptisch (z.B. zur Diagnose des orthostatischen Syndroms)	
6	Röntgengerät / Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	24 h-Notfallverfügbarkeit ist gegeben
7	Sonographiegerät / Dopplersonographiegerät	
8	Spirometrie / Lungenfunktionsprüfung	

B-[5].12 Personelle Ausstattung**B-[5].12.1 Ärzte**

Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	3
Kommentar dazu	Beschäftigte Ärzte in VK insgesamt 2,75
Davon Fachärzte	3
Kommentar dazu	–
Belegärzte nach § 121 SGB V	–
Kommentar dazu	–

B-[5].12.1.1 Facharztqualifikation

#	Facharztqualifikation
1	Anästhesiologie

B-[5].12.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatzweiterbildung
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin

B-[5].12.2 Pflegepersonal

Pflegekräfte insgesamt	6
Kommentar dazu	–
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung)	16
Kommentar dazu	–
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung)	8
Kommentar dazu	Zusatzqualifikation: Stationsleitung (1)

B-[5].12.3 Spezielles therapeutisches Personal

#	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar
1	Qualifizierte Pflegekraft Sturzprophylaxe	
2	Diabetesassistentin	
3	Praxisanwenderqualifikation für psychobiographische Reaktivierung	
4	Trainer Basale Stimulation	
5	Fachkraft für Basale Stimulation	
6	Diabetesberaterin	
7	Arzthelfer	
8	Diätassistenten	
9	Ergotherapeuten	
10	Kinästhetikbeauftragte	
11	Logopäden	Extern
12	Masseure / Medizinische Bademeister	
13	Orthopädietechniker	Extern
14	Physiotherapeuten	
15	Sozialarbeiter	
16	Sozialpädagogen	
17	Stomatherapeuten	Extern
18	Wundmanager	

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

C.1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

#	Leistungsbereich	Fallzahl	Dok.-Rate (in %)
1	Ambulant erworbene Pneumonie	75	100,00
2	Cholezystektomie	167	100,00
3	Gynäkologische Operationen	83	89,16
4	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	< 20	100,00
5	Hüftgelenknahe Femurfraktur	40	100,00
6	Mammachirurgie	< 20	100,00
	Gesamtauswertung	389	98,00

C-1.2 Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren**C-1.2.A Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren****C-1.2.A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt**

#	Leistungsbereich und Qualitätsindikator	Kennzahl-bezeichnung	Bewert. durch Strukt. Dialog	Vertr.-bereich	Zähler / Nenner	Ergebnis (Einheit)	Referenzbereich
1	Brusttumoren: Bestimmung der Hormonempfindlichkeit der Krebszellen	Hormonrezeptor-analyse	8	75,3% – 100%	13 / 13	100%	>= 95%
2	Brusttumoren: Sicherheitsabstand zum gesunden Gewebe	Angabe Sicherheitsabstand: bei Mastektomie	8	59% – 100%	7 / 7	100%	>= 95%
3	Brusttumoren: Sicherheitsabstand zum gesunden Gewebe	Angabe Sicherheitsabstand: brusterhaltender Therapie	8	59% – 100%	7 / 7	100%	>= 95%
4	Frauenheilkunde: Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Gebärmutterentfernungen	Antibiotikaphylaxe bei Hysterektomie	8	84% – 98,9%	49 / 52	94,2%	>= 90%
5	Frauenheilkunde: Vorbeugende Medikamentengabe zur Vermeidung von Blutgerinnseln bei Gebärmutterentfernungen	Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie	8	92,5% – 100%	47 / 47	100%	>= 95%
6	Gallenblasenentfernung: Feingewebliche Untersuchung der entfernten Gallenblase	Erhebung eines histologischen Befundes	8	97,8% – 100%	168 / 168	100%	= 100%
7	Gallenblasenentfernung: Klärung der Ursachen für angestaute Gallenflüssigkeit vor der Gallenblasenentfernung	Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	8	52,2% – 98,3%	10 / 12	83,3%	= 100%

C-1.2.A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt (*Fortsetzung*)

#	Leistungsbereich und Qualitätsindikator	Kennzahl-bezeichnung	Bewert. durch Strukt. Dialog	Vertr.-bereich	Zähler / Nenner	Ergebnis (Einheit)	Referenz-bereich
8	Gallenblasenentfernung: Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reinterventionsrate	8	0% – 3,1%	≤ 5	0%	≤ 1,5%
9	Hüftgelenkersatz: Ausrenkung des künstlichen Hüftgelenkes nach der Operation	Endoprothesen-luxation	8	0% – 70%	≤ 5	20%	≤ 5%
10	Hüftgelenkersatz: Entzündung des künstlichen Hüftgelenkes	Postoperative Wundinfektion	8	0% – 52,2%	≤ 5	0%	≤ 3%
11	Hüftgelenkersatz: Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reinterventionen wegen Komplikation	8	0% – 52,2%	≤ 5	0%	≤ 9%

Erläuterung der Bewertungsschlüssel:

- 0 = Derzeit noch keine Einstufung als auffällig oder unauffällig möglich, da der Strukturierte Dialog noch nicht abgeschlossen ist
- 1 = Krankenhaus wird nach Prüfung als unauffällig eingestuft
- 2 = Krankenhaus wird für dieses Erhebungsjahr als unauffällig eingestuft, in der nächsten Auswertung sollen die Ergebnisse aber noch mal kontrolliert werden
- 3 = Krankenhaus wird ggf. trotz Begründung erstmals als qualitativ auffällig bewertet
- 4 = Krankenhaus wird ggf. trotz Begründung wiederholt als qualitativ auffällig bewertet
- 5 = Krankenhaus wird wegen Verweigerung einer Stellungnahme als qualitativ auffällig eingestuft
- 6 = Krankenhaus wird nach Prüfung als positiv auffällig, d. h. als besonders gut eingestuft
- 8 = Ergebnis unauffällig, kein Strukturierter Dialog erforderlich
- 9 = Sonstiges (In diesem Fall ist auch der dem Krankenhaus zur Verfügung gestellte Kommentar in die Spalte 8 zu übernehmen.)

C-1.2.B Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren / Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung

Keine Angaben.

C-1.2.C Vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zur Veröffentlichung empfohlene / noch nicht bzgl. ihrer methodischen Eignung bewertete Qualitätsindikatoren

Keine Angaben.

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Über die Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren) hinaus, nimmt das Krankenhaus nicht an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach Landesrecht teil.

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

Das Krankenhaus nimmt nicht an Disease-Managementprogrammen nach § 137f SGB V teil.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Die SLK-Kliniken nehmen im QuMik-Verbund, der aus mehreren kommunalen Krankenhaus-trägern mit insgesamt ca. 10.000 Betten besteht, an einem Vergleich von Qualitätsindikatoren zur Messung der medizinischen und pflegerischen Ergebnisqualität teil.

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

Die Umsetzung von Mindestmengenvereinbarungen wurde für das Krankenhaus nicht vereinbart.

C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)

Die Umsetzung von Mindestmengenvereinbarungen wurde für das Krankenhaus nicht vereinbart.

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Unser Unternehmensleitbild

Hochqualifizierte Medizin und wohnortnahe Versorgung. Dies verknüpfen wir in unseren Gesundheitszentren mit einem breiten Leistungsangebot und in medizinischen Schwerpunkten. Wir legen dabei großen Wert auf eine hochwertige technische Ausstattung und eine sehr gute Qualifikation unserer Mitarbeiter in allen unseren Standorten.

Patienten und Partner stehen für uns im Mittelpunkt. Unsere Patienten führen wir gezielt innerhalb und außerhalb unseres Verbundes. Deshalb verknüpfen wir unser Leistungsangebot mit Kooperationspartnern bis hin zu ganzheitlichen Versorgungsnetzen.

Wir setzen auf bewährte Qualitätsmanagementmodelle, mit denen wir uns kontinuierlich weiterentwickeln. Dies sichert langfristig auch die wirtschaftliche Basis unseres Unternehmens.

Unsere Mission

Im Dienste Ihrer Gesundheit! Diesen Anspruch können Sie an uns stellen. Für Ihre Gesundheit setzen wir uns täglich ein.

Wir möchten Sie auf dem Weg zu mehr Gesundheit unterstützen und begleiten. Dafür bringen wir unser Wissen und unsere Erfahrungen in Ihre Behandlung ein – Sie Ihre Bereitschaft und Mitwirkung. Manchmal erreichen wir dies gemeinsam in großen Schritten, manchmal sind es kleine Schritte. Aber immer mit dem Ziel: Gesundheit!

Unsere Vision

Wir werden von unseren Patienten, den Kostenträgern und den niedergelassenen Ärzten – insbesondere aus unserer Region – als bevorzugter Versorger in allen medizinischen Fragen anerkannt.



Gesundheit !

D-1 **Qualitätspolitik (Fortsetzung)****Qualitätspolitik*****Wir stellen die SLK-Kliniken zukunftssicher im Wettbewerb auf der Basis eines hochwertigen und bedarfsgerechten medizinischen Leistungsspektrums auf!***

Das Strukturgutachten zur medizinischen Schwerpunktbildung in unseren Standorten wird gemeinsam mit allen beteiligten Führungskräften und Interessengruppen in eine langfristige Unternehmensstrategie überführt. Durch eine transparente Kommunikation und die Anwendung effektiver Methoden und Instrumente stellen wir die systematische Umsetzung unseres medizinischen Zukunftskonzeptes sicher!

Wir bauen das medizinische Leistungsspektrum kontinuierlich weiter aus!

In allen medizinischen Fachabteilungen unserer Standorte planen ärztliche und pflegerische Führungskräfte die Weiterentwicklung des medizinischen Leistungsspektrums im Rahmen der jährlichen Zielplanung. Diese werden mit der Zielplanung der Standorte und der Gesamtunternehmensplanung abgestimmt und umgesetzt. Ein regelmäßiges Berichtswesen prüft den Umsetzungsstand.

Wir stellen eine wohnortnahe, hochqualifizierte medizinische Behandlungsqualität sicher!

Bei der Behandlung unserer Patienten orientieren wir uns an nationalen und internationalen Leit- und Richtlinien. In der Pflege werden die nationalen Expertenstandards umgesetzt. Intern nutzen wir detaillierte und zwischen den Berufsgruppen abgestimmte Regelwerke wie z.B. unser Qualitätsmanagementhandbuch zur Steuerung und Sicherung einer hochwertigen Behandlung.

Die Patientenakte ist die Grundlage einer patientenorientierten, berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit. Alle für eine optimale Patientenversorgung relevanten Daten werden in der Patientendokumentation nach für alle Berufsgruppen verbindlichen Regeln dokumentiert. Die Einhaltung dieser Dokumentationsrichtlinien wird regelmäßig überprüft.

Zur Erhöhung der Patientensicherheit nutzen wir ein unternehmensinternes Fehler- und Risikomanagement, regelmäßige Fallbesprechungen sowie interdisziplinäre M&M-Konferenzen.

D-1 **Qualitätspolitik (Fortsetzung)****Qualitätspolitik (Fortsetzung)*****Wir weisen die Qualität der medizinischen und pflegerischen Betreuung nach!***

Im Rahmen der Zertifizierung alle Standorte nach den Anforderungen der KTQ 5.0 sowie von wichtigen Leistungsbereichen nach den Anforderungen der Fachgesellschaften überprüfen wir das erreichte Qualitätsniveau regelmäßig durch externe Experten. Durch das Zertifikat weisen wir die Qualität unserer medizinischen Leistungserbringung gegenüber den Patienten, Angehörigen, Kostenträgern und weiteren Interessengruppen nach.

Von besonderer Wichtigkeit ist für uns die Messung und Optimierung der medizinischen und pflegerischen Ergebnisqualität. Wir nutzen etablierte Instrumente der internen Qualitätssicherung, wie Medical Reviews, Sturzstatistiken etc. zur Steuerung und Verbesserung der Prozesse. Zugleich bauen wir aber auch auf innovative Instrumente wie z.B. die Gewinnung von Qualitätsindikatoren aus Routinedaten. Unsere medizinischen Ergebnisse kommunizieren wir über Qualitätsberichte nach außen.

Wir arbeiten abteilungs- und berufsgruppenübergreifend zusammen!

Die Zusammenarbeit zwischen dem ärztlichen Dienst und dem Pflegedienst wird durch eine gemeinsame Zielplanung der Fachabteilungen, regelmäßige berufsgruppenübergreifende Besprechungen sowie unser gemeinsames Qualitätsmanagementhandbuch sichergestellt.

Alle Verwaltungsabteilungen verstehen sich als interne Dienstleister unserer Leistungserbringer in Medizin und Pflege. Diese unterstützen wir durch regelmäßige und verständliche Berichte, praxisorientierte Schulungen und Informationen sowie durch Hilfestellung zur Problemlösung vor Ort.

Wir setzen gesetzliche Anforderungen vollständig und effizient um!

Die umfassenden gesetzlichen Anforderungen werden von den jeweils verantwortlichen Mitarbeitern kontinuierlich bezüglich Änderungen überwacht. Veränderte Ansprüche werden intern in Verfahrensanweisungen und sonstigen Regelungen erfasst. Entsprechende Mitarbeiterinformationen und Einweisungen finden zeitnah statt.

D-1 **Qualitätspolitik (Fortsetzung)****Qualitätspolitik (Fortsetzung)*****Wir kommunizieren und informieren systematisch!***

Wir nutzen protokollierte Teamsitzungen, um alle Mitarbeiter über Entscheidungen zu informieren. Alle Mitarbeiter haben über das Intranet Zugang zu Protokollen von Kommissionen und zu Informationen über Verantwortlichkeiten und Ziele der Kliniken.

Die Verantwortungsträger stellen sicher, dass Mitarbeiter über relevante Vorgänge mit Rundschreiben, Aushängen usw. informiert werden.

Innerhalb der Bereiche werden regelmäßig dokumentierte Teamsitzungen durchgeführt. Es wird von allen Mitarbeitern erwartet, dass Sie sich offen und konstruktiv in die Sitzungen einbringen.

Wir verbessern unsere Strukturen und Abläufe kontinuierlich!

Verbesserung ist bei uns ein systematischer Prozess. Verbesserungspotenziale werden systematisch identifiziert, beispielsweise durch Interne Visitationen, Fehlermanagement und Befragungen. Maßnahmen werden gemeinsam mit den Beteiligten und Betroffenen geplant.

Die Maßnahmenumsetzung wird systematisch überprüft.

Neben den verantwortlichen Gremien, Stabsstellen, Führungskräften und Mitarbeiter arbeiten insbesondere die QM-Arbeitsgruppen praxisorientiert und kontinuierlich an der Verbesserung von Verfahren und Regelungen, insbesondere an Schnittstellen.

Wir sind patientenorientiert!

In allen Verfahrensanweisungen des Kernprozesses Patientenversorgung wird auf Patientenorientierung geachtet. Für alle Mitarbeiter werden entsprechende Schulungen angeboten. Inwieweit unsere Aktivitäten von den Patienten als patientenorientiert wahrgenommen werden, wird systematisch überprüft, beispielsweise im Rahmen von Internen Visitationen, des Beschwerdemanagements und regelmäßiger Patientenbefragungen.



D-1 **Qualitätspolitik (Fortsetzung)****Qualitätspolitik (Fortsetzung)*****Wir orientieren uns an den Erwartungen unserer zuweisenden Ärzte mit dem Ziel der Steigerung der Fallzahlen!***

Die Aufnahme von Patienten wird eng mit den Zuweisern abgestimmt. Während des stationären Aufenthaltes werden Zuweiser über relevante Aspekte informiert. Durch schnelle und informative Arztbriefschreibung und den regelmäßigen Kontakt zu den zuweisenden Ärzten stellen wir eine hohe Zufriedenheit sicher.

Mit den regelmäßigen Zuweiserbefragungen vergleichen wir die Abteilungen und leiten im Gespräch mit den Chefärzten Verbesserungsmaßnahmen ab.

Wir fordern und fördern Mitarbeiter!

Durch eine systematische Personalplanung und einen strukturierten Einarbeitungsprozess stellen wir sicher, dass wir die richtigen Mitarbeiter gewinnen.

Alle Mitarbeiter erhöhen durch interne und externe Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen regelmäßig ihre Kompetenz. Dieser Verpflichtung des Mitarbeiters steht die Unterstützung durch die Krankenhausleitung und die der Führungskräfte gegenüber.

Der Qualifikations- und Leistungsstand wird regelmäßig in den Mitarbeiterfördergesprächen festgelegt und überprüft. Aus den regelmäßigen Mitarbeiterbefragungen leiten wir Verbesserungen ab.



D-2 Qualitätsziele

Die strategischen und operativen Qualitätsziele des Krankenhauses Brackenheim leiten sich aus der Qualitätspolitik unseres Unternehmens ab.

Wir stellen die SLK-Kliniken zukunftssicher im Wettbewerb auf der Basis eines hochwertigen und bedarfsgerechten medizinischen Leistungsspektrums auf!

- Umsetzung des Strukturgutachtens
- Weiterentwicklung der Zielplanungen für die medizinischen Fachbereiche und Implementierung des Zielplanungsverfahrens in der Pflege und in den Verwaltungsbereichen

Wir stellen eine wohnortnahe, hochqualifizierte medizinische Behandlungsqualität sicher!

- Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementhandbuchs (QMH)
- Einführung eines Content-Managementsystems
- Erarbeitung eines Berichtswesens zur Darstellung medizinischer Ergebnisqualität auf der Grundlage von medizinischen Qualitätsindikatoren
- Erarbeitung einer Konzeption und Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
- Implementierung eines medizinischen Risikomanagements

Wir weisen die Qualität der medizinischen und pflegerischen Betreuung nach!

- Zertifizierung "Qualifizierte Schmerztherapie"
- Veröffentlichung eines freiwilligen Qualitätsberichtes auf Trägerebene im Vergleich zu den Krankenhäusern des QuMiK-Verbundes zur Darstellung medizinischer Ergebnisqualität

Wir arbeiten abteilungs- und berufsgruppenübergreifend zusammen!

- Einführung von interdisziplinären, berufsgruppenübergreifenden QM-Arbeitsgruppen als Ergänzung der bestehenden dezentralen QM-Organisation im Standort

Wir kommunizieren und informieren systematisch!

- Einführung des Informationsordner-Konzeptes im Pflege- und Funktionsdienst zur Sicherstellung des Informationsflusses

Wir sind patientenorientiert!

- Neustrukturierung des Internetauftritts
- Weiterentwicklung des Beschwerdemanagements "Kontakt"

Wir orientieren uns an den Erwartungen unserer zuweisenden Ärzte mit dem Ziel der Steigerung der Fallzahlen!

- Maßnahmenableitung aus den Ergebnissen der Einweiserbefragung
- Erstellung einer vierteljährlichen Informationsbroschüre für Zuweiser



D-3 Aufbau des einrichtungswen Qualitätsmanagements

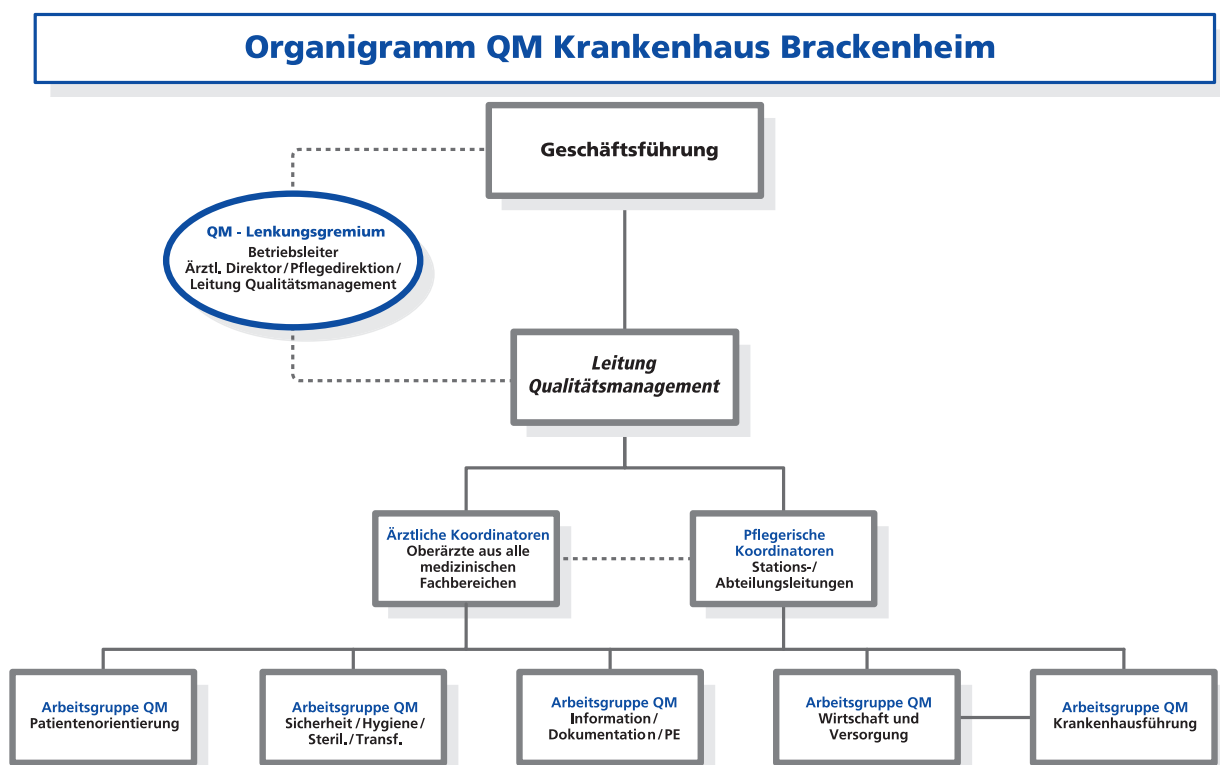
Verantwortlich für die konsequente Verfolgung des Qualitätsgedankens in unserem Krankenhaus ist das **QM-Lenkungsgremium**, dem die Geschäftsführung, die Betriebsleitung, der Ärztliche Direktor, die Pflegedirektion und die Leitung des Qualitätsmanagements angehören. Damit gewährleisten wir, dass die Verantwortung für die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems auf der obersten Führungsebene unseres Unternehmens angesiedelt ist. Das Controlling von Projekten und Maßnahmen sowie deren Unterstützung bei der Umsetzung erfolgt ebenfalls durch dieses Gremium.

Die Verantwortlichkeit für die Methoden, die Planung, die Umsetzung und die Koordination von QM-Projekten und Maßnahmen liegt bei der **Stabsstelle Qualitätsmanagement**.

Die Oberärzte und die Stations- und Bereichsleitungen des Krankenhauses Brackenheim sind über ihre Funktion als klinikinterne **Qualitätsmanagement-Koordinatoren** und über unsere regelmäßig tagenden **abteilungsinternen QM-Teams** in die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement eingebunden.

Zusätzlich arbeiten im Krankenhaus Brackenheim **interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende QM-Arbeitsgruppen** an der Erstellung und Weiterentwicklung unseres Qualitätsmanagementhandbuches im Standort.

Für die effektive und nachhaltige Umsetzung von Projekten werden bei Bedarf **Projektgruppen** gebildet.



D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Das Krankenhaus Brackenheim nutzt ein umfassendes internes Qualitätsmanagementsystem. Zahlreiche Instrumente des Qualitätsmanagements werden mit dem Ziel einer verbesserten Patienten- und Mitarbeiterorientierung eingesetzt. Im Folgenden wird eine Auswahl vorgestellt:

Regelmäßig werden in allen medizinischen Fachabteilungen des Krankenhauses **interne Visitationen** durchgeführt. Bei diesen Begehungen überprüfen Mitarbeiter des Qualitätsmanagements, inwieweit gesetzliche Anforderungen und krankenhausinterne Regelungen von allen Mitarbeitern umgesetzt werden. Die Ergebnisse werden schriftlich in einem abteilungsspezifischen Maßnahmenplan festgehalten und gemeinsam mit den Beteiligten systematisch bearbeitet.

Alle zwei Jahre wird eine **umfassende Patientenbefragung** durchgeführt, um die Erwartungen und die Zufriedenheit unserer Patienten zu erfassen. Die Ergebnisse werden für jede Fachabteilung ausgewertet und zur Bearbeitung an die jeweiligen Führungskräfte der Bereiche weitergeleitet. Die systematische Interpretation der Ergebnisse und die Maßnahmenableitung erfolgt berufsgruppenübergreifend in den Fachabteilungen. Die Umsetzung der Maßnahmen wird vom Qualitätsmanagement überprüft.



D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements (Fortsetzung)

Die hervorragenden Ergebnisse der wissenschaftlich begleiteten Befragung sind in der folgenden Tabelle dargestellt (Ergebnisse entsprechen Schulnoten):

Aspekt	Note
Ankunft Klinik	1,65
Aufnahme in der Klinik	1,54
Aufnahme auf Station	1,55
Einhaltung von Terminen	1,77
Zusammenarbeit der Mitarbeiter	1,41
Zusammenarbeit zwischen Abteilungen	1,63
Zusätzliche Angebote der Klinik	2,04
Essen	1,73
Information über die Behandlung	1,70
Einflussmöglichkeiten	1,79
Qualität der medizinischen Versorgung	1,45
Verhalten der Pflegekräfte	1,35
Verhalten der Ärzte	1,44
Umgang mit Angehörigen und Freunden	1,54
Patientenzimmer	1,87
Entlassungsvorbereitung	1,64
Gesamtbewertung des Aufenthaltes	1,62

(Ergebnisse Patientenbefragung 2006)

Unsere Mitarbeiter werden in regelmäßigen **Mitarbeiterbefragungen** zu verschiedenen Aspekten der Arbeitszufriedenheit in unserem Krankenhaus befragt. Die Interpretation der Abteilungsergebnisse und die Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen erfolgt gemeinsam mit den zuständigen Führungskräften.

Die Zufriedenheit unserer einweisenden Ärzte hinsichtlich der Zusammenarbeit mit uns ermitteln wir ebenfalls alle zwei Jahre durch eine **differenzierte Einweiserbefragung**. Die Verantwortung für die Umsetzung der aus den Ergebnissen abgeleiteten Maßnahmen liegt bei den ärztlichen Führungskräften der medizinischen Fachabteilungen.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements (Fortsetzung)**Ergebnisse Zuweiserbefragung 2006**

Bei der Beurteilung der medizinischen Leistungsfähigkeit wurden das breite medizinische Leistungsspektrum und die hochwertige medizinisch-technische Ausstattung unserer Kliniken genauso positiv bewertet wie die fachliche Kompetenz unserer Chef- und Oberärzte. Zufrieden sind die Zuweiser ebenfalls mit unserer pflegerischen Qualität und den erzielten Behandlungsergebnisse der Patienten.

Die ambulante und stationäre Terminvergabe erfolgt aus Sicht der Zuweiser zeitnah und der Informationsfluss zwischen den Zuweisern und den Klinikärzten während des Klinikaufenthaltes der Patienten funktioniert gut.

Deutliche Verbesserungspotentiale sehen die Zuweiser in der telefonischen Erreichbarkeit unserer Ärzte und im aktiven Austausch bei Therapieentscheidungen.

Bezüglich unserer Entlassungsmodalitäten bescheinigen die Zuweiser uns eine ausführliche Aufklärung der Patienten über notwendiges Verhalten nach der Entlassung, wünschen sich aber rechtzeitige Informationen über geplante Entlassungen und eine zügigere Zusendung des ausführlichen Arztbriefes.

Besonderes Interesse besteht an gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen mit den SLK-Kliniken.



D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements (Fortsetzung)

Durch unser **Beschwerdemanagement "Kontakt"** geben wir unseren Patienten, Angehörigen und Besuchern die Möglichkeit uns mitzuteilen, wenn eine Erwartung nicht erfüllt wurde. Beschwerden, die nicht vor Ort gelöst werden können, werden an das Qualitätsmanagement weitergeleitet, von wo aus eine zeitnahe Problemaufarbeitung und Lösung unter Einbeziehung aller Beteiligten erfolgt. Im Durchschnitt werden Beschwerden innerhalb von drei Tagen bearbeitet.

Unser Krankenhaus arbeitet an der Umsetzung der **nationalen Expertenstandards** der Pflege mit dem Ziel einer optimierten Entlassungsplanung, einer Minimierung der Sturzrisiken, der Vermeidung von Dekubiti und einer modernen Wundversorgung. Der aktuelle Stand der Umsetzung wird anhand der Pflegestandards von der Pflegestandard-Arbeitsgruppe überprüft.

Alle Projekte in unserem Krankenhaus werden anhand eines **systematischen Projektmanagements** durchgeführt. Klare Zieldefinitionen, geregelte Verantwortlichkeiten sowie konkrete Terminsetzungen zur Umsetzung werden genutzt, um die Projektziele mit einem angemessenen Ressourcenaufwand zu erreichen.

Unter Beteiligung aller Berufsgruppen wird jährlich eine **Qualitätszielplanung** erstellt. Hier werden Ziele zum Leistungsspektrum, zur Personalentwicklung, zur Weiterentwicklung von Kooperationen usw. beschlossen. Regelmäßig wird in der Krankenhausleitungssitzung und im Qualitätsmanagement die Umsetzung der Maßnahmen geprüft.

Ein wichtiges Instrument zur Optimierung der Abläufe ist unser **Qualitätsmanagement-handbuch**. Darin werden unsere Prozesse und Abläufe analysiert und in Verfahrensanweisungen beschrieben. Das Qualitätsmanagementhandbuch steht über das Intranet allen Mitarbeitern zur Verfügung.

Zur Steuerung fassen wir ausgewählte **Qualitätskennzahlen** in einem Kennzahlensystem zusammen. Die konkrete Formulierung von Zielen und eine kontinuierliche Überwachung der Kennzahlen ermöglichen dem Qualitätsmanagement zeitnah nicht gewünschte Entwicklung zu erkennen und gegebenenfalls Korrekturmaßnahmen einzuleiten.

Zur Optimierung unserer medizinischen Ergebnisqualität nutzen wir **Qualitätsindikatoren** aus Routinedaten. Auf der Grundlage eines einheitlichen Berichtswesens werden die medizinischen Fachabteilungen vierteljährlich über die Ergebnisse informiert und besprechen Verbesserungsmöglichkeiten in **interdisziplinären Fallbesprechungen**.

Die Daten der **externen Qualitätssicherung** werden in einem internen Verfahren aufbereitet und den medizinischen Fachabteilungen zur Interpretation und Maßnahmenableitung zur Verfügung gestellt. Die Wirksamkeit der ergriffenen Maßnahmen wird im Rahmen der Bewertung des Folgejahres überprüft (Ergebnisse siehe Teil C). Ergänzt werden diese Maßnahmen durch zahlreiche Methoden der **internen Qualitätssicherung**.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte*Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum*

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

Projekt: Mitarbeiter-Fördergespräche (MAFöG)

Ziel	Erarbeitung einer Konzeption und Einführung von jährlichen Mitarbeiterfördergesprächen für alle Mitarbeiter
Bereich	SLK-Kliniken
Projektdauer	2004/2005
Projektteam	Assistent der Geschäftsführung, Personaldirektor, Gesamtbetriebsrat
Projektergebnis	Im Rahmen der Weiterentwicklung der Personalentwicklung wurde im Jahr 2005 das Mitarbeiterfördergespräch (Mafög) in den SLK-Kliniken eingeführt. Vorausgegangen war die Entwicklung von gemeinsamen "Grundsätzen zur Führung und Zusammenarbeit", sowie die Schulung der Führungskräfte zum Thema. Einmal pro Jahr finden Mitarbeitergespräche zwischen Mitarbeitern und Führungskräften statt. Mögliche Förderansätze aus diesen Gesprächen können Weiterbildungsmaßnahmen, kollegiale Beratung und Patenschaften, Aufgaben-Erweiterungen, Übertragung von mehr Eigenverantwortung und Projektorientierte Förderung sein. Für jeden Mitarbeiter wird ein Bildungsbedarfsplan erstellt, welcher in der Abteilung Personalentwicklung ausgewertet wird. Einmal jährlich wird aus den Bedarfsplänen ein Fortbildungskatalog erstellt. Dieser erscheint jeweils zum Ende bzw. zu Beginn eines Kalenderjahres. Im Handbuch "Mitarbeiterfördergespräche" ist die Durchführung der Mitarbeiterfördergespräche für alle Mitarbeiter einsehbar.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte (Fortsetzung)**Projekt: Unternehmensweite Mitarbeiterbefragung**

Ziel	Erarbeitung eines Konzeptes für kontinuierliche unternehmensweite Mitarbeiterbefragung und Durchführung einer unternehmensweiten Mitarbeiterbefragung
Bereich	SLK-Kliniken
Projektdauer	2004/2005
Projektteam	Assistent der Geschäftsführung, Vertreter des Gesamtbetriebsrates und der Betriebsräte der einzelnen Standorte
Projektergebnis	Im zweiten Halbjahr 2004 hat erstmals eine SLK-Kliniken-weite Mitarbeiterbefragung stattgefunden. Durchgeführt wurde die Befragung vom Lehrstuhl für Psychologie der Universität Mannheim bzw. dem dortigen Institut für wirtschafts- und organisationspsychologische Forschung. Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung wurden den Mitarbeitern präsentiert. Maßnahmenableitungen aus der Mitarbeiterbefragung wurden erstellt und in den einzelnen Betriebsteilen umgesetzt.

Projekt: Führungskräfte Schulungs-Konzept "Führungswerkstatt"

Ziel	Einführung von unternehmensweiten Führungskräfte Schulungen für alle Führungskräfte der SLK-Kliniken
Bereich	SLK-Kliniken
Projektdauer	2004/2005
Projektteam	Assistent der Geschäftsführung, Personaldirektor, Leitung Qualitätsmanagement, Gesamtbetriebsrat
Projektergebnis	Die Führungswerkstatt der SLK-Kliniken wurde konzipiert, um die Führungskräfte des Unternehmens intensiv und praxisnah in den Schlüsselthemen der Führung zu qualifizieren. Einzelne Module werden zu einem gesamten Führungswerk zusammengebaut. Die Werkstatt vermittelt dabei den Umgang mit den Werkzeugen der Führung und deren gezielten Einsatz. Die Führungswerkstatt setzt sich aus fünf Modulen zusammen: • Optimierung der Kommunikation • Strategie und Zeit – sich selbst organisieren • Delegation und Ziele • Führung als Gestaltungsaufgabe • Teamdesign und Konfliktmanagement. Im Rahmen der einzelnen Workshops wird neben der Praxisreflektion und der Umsetzung von Projekten für jedes Modul ein Wissenstransfer vereinbart. Dies ermöglicht den Teilnehmern der Werkstatt, das Wissen in der Praxis zu testen und an die nachgeordneten Mitarbeiter weiterzugeben.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte (Fortsetzung)**Projekt: Unternehmensweite Patientenbefragung**

Ziel	Durch eine umfassende Patientenbefragung wollen wir die Zufriedenheit unserer Patienten mit unseren Leistungen erfassen und weitere Möglichkeiten zur Weiterentwicklung erkennen.
Bereich	SLK-Kliniken
Projektdauer	2005/2006
Projektteam	QMB, Ärzte, Pflegekräfte
Projektergebnis	In Zusammenarbeit mit der Universität Mannheim wurde im Jahr 2005 ein Fragebogen zur Patientenbefragung in den SLK-Kliniken ausgearbeitet. Die Patientenbefragung fand im Frühjahr 2006 statt. Im Gesamtklinikum nahmen 3.500 Patienten an der Befragung teil. Sehr gute Ergebnisse in fast allen Fragen spiegeln die hohe Patientenzufriedenheit in den SLK-Kliniken wieder.

Projekt: Unternehmensweite Einweiserbefragung

Ziel	Durch eine umfassende Befragung der niedergelassenen Ärzte der Region wollten wir die Zufriedenheit unserer Einweiser mit unseren Leistungen erfassen und weitere Möglichkeiten zur Verbesserung der Zusammenarbeit erschließen.
Bereich	SLK-Kliniken
Projektdauer	2006/2007
Projektteam	QM, Ärzte, Pflegekräfte
Projektergebnis	Anhand eines Fragebogens, der von Frau Pfefferle (Leiterin Qualitätsmanagement) im Rahmen ihrer Dissertation entwickelt wurde, wurden die niedergelassenen Ärzte zu den SLK-Kliniken befragt. Nach Ablauf der Befragung erfolgte eine Auswertung der Ergebnisse bis auf Abteilungsebene und eine Präsentation in allen unseren Standorten. Aus den Ergebnissen wurden Maßnahmen abgeleitet, die uns dabei helfen, uns in Bezug auf die Ansprüche der niedergelassenen Ärzte qualitativ weiterzuentwickeln.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte (Fortsetzung)**Projekt: Einrichtung eines Klinischen Ethikkomitees**

Ziel	Einrichtung eines Klinischen Ethikkomitee (KEK) zur Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen als Orientierungshilfe in Konfliktsituationen. Das Ethikkomitee trägt dazu bei, dass Verantwortung, Selbstbestimmungsrecht, Vertrauen, Respekt, Rücksicht und Mitgefühl als moralische Werte in den SLK-Kliniken gelebt wird.
Bereich	Alle Klinischen Bereichen
Projektdauer	2005
Projektteam	Ärzte, Pflegekräfte, Seelsorger und Sozialberatung aus allen Standorten der SLK-Kliniken.
Projektergebnis	Das Klinische Ethikkomitee ist eine Institution der SLK-Kliniken und dient der Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen in allen Bereichen des Klinikalltags. Patienten und Angehörige haben hierdurch die Gewissheit, dass ethische Konflikte in den SLK-Kliniken ernst genommen und von möglichst vielen Seiten beleuchtet werden. Eine wesentliche Aufgabe ist die klinische Ethikberatung. Den Stationen wird hierdurch eine Orientierungshilfe z. B. bei Fragen des Ausmaßes der Behandlung angeboten.

Projekt: Entwicklung und Umsetzung eines umfassenden sektorübergreifenden Entlassmanagements

Ziel	Zur Zufriedenheit unserer Patienten und deren Angehörigen erfolgt eine sichere, strukturierte Überleitung in den nachsorgenden Bereich. Primäres Ziel ist es den Erfolg der Krankenhausbehandlung durch vorausschauende interdisziplinär abgestimmte Planung nach dem Krankenhausaufenthalt zu sichern und fortzuführen. Im Rahmen des Fallpauschalensystems sind die Verweildauervorgaben einzuhalten, der Drehtüreffekt ist zu vermeiden.
Bereich	SLK-Kliniken
Projektdauer	2005/2006
Projektteam	Pflegedienst, Ärzte, Sozialberatung, externe ambulante und stationäre Pflegedienste, Altenhilfefachberater Stadt und Landkreis Heilbronn, niedergelassene Ärzte, Qualitätsmanagement

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte (Fortsetzung)

Projekt: **Entwicklung und Umsetzung eines umfassenden sektorübergreifenden Entlassmanagements**

Projektergebnis

Mit der Vereinbarung soll die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern, den Pflegeheimen und den Pflegediensten strukturiert und verbessert und in der Versorgung des Pflegebedürftigen möglichst reibungslose Übergänge zwischen Krankenhaus und vor- bzw. nachversorgender Pflegeeinrichtung geschaffen werden.

Eckpunkte:

- Ein verbesserter Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtungen über die Leistungsangebote der einzelnen Einrichtungen, über freie Platzkapazitäten und die Erreichbarkeit der Dienste
- Detaillierte Absprachen zur Organisation der Weiterversorgung von Pflegebedürftigen nach der Krankenhausentlassung
- Die Einführung eines einheitlichen Pflegeverlegungsberichtes
- Die Öffnung von Fortbildungsangeboten der Krankenhäuser für Mitarbeiter/Innen aus Pflegeheimen und Pflegediensten

Kernpunkt der Vereinbarung ist der Einsatz eines einheitlichen Pflegeüberleitungsbogens, der sowohl von den Krankenhäusern als auch von Pflegeheimen und ambulanten Diensten verwendet wird. Er gewährleistet die rasche Weitergabe der für die Versorgung des Pflegebedürftigen erforderlichen Informationen.

Für die Organisation der Weiterversorgung wurden Zeitkorridore für eine erforderliche Vorinformation vor der Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. die Zusicherung der Dienste für eine rasche Aufnahme von Patienten getroffen. Neu eingeführt wurde an den Krankenhäusern die Mitgabe von Medikamenten bei Entlassungen zum Wochenende.

Qualitätsverbesserungen:

- Geregelter Versorgung mit Medikamenten und Hilfsmitteln bei Entlassungen am Wochenende
- Rasche Verfügbarkeit von für die Pflege relevanten Informationen zur Weiterversorgung
- Erreichbarkeit / Transparenz / Ansprechpartner für Rückfragen und Weiterversorgung, Ansprechpartner bei Störungen
- Interdisziplinäre und einrichtungsguppenübergreifende Fortbildungen
- Durch Einbeziehung aller Trägergruppen Stärkung einer rein an individuellen Bedürfnissen und Erfordernissen orientierten Steuerung der Weiterversorgung
- Flächendeckende Umsetzung im Stadt- und Landkreis auf freiwilliger Basis

Das Projekt wurde 2007 mit dem Qualitätsförderpreis ausgezeichnet.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements***Zertifizierung des Krankenhauses Brackenheim nach dem Verfahren der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)***

Das Qualitätsmanagement der SLK-Kliniken orientiert sich an dem Verfahren und den Anforderungen der KTQ.

Die KTQ hat strenge Anforderungen zu den folgenden Bereichen definiert:

1. Patientenorientierung
2. Mitarbeiterorientierung
3. Sicherheit im Krankenhaus
4. Informationswesen
5. Krankenhausführung
6. Qualitätsmanagement

Um ein KTQ-Zertifikat zu erhalten, muss das Krankenhaus in einer so genannten KTQ-Visitation nachweisen, dass in diesen Kategorien zahlreiche und umfassende Qualitätsmerkmale erfüllt werden.

Die Visitation wird von Qualitätsexperten (je ein Visitor aus dem ärztlichen Dienst, aus dem Pflegedienst und aus der Verwaltung) anderer Krankenhäuser durchgeführt, die in fünf Tagen zahlreiche Gespräche mit Krankenhausmitarbeitern führen und die Stationen und Bereiche begehen.

Im Jahr 2003 haben wir unser Qualitätsmanagementsystem erstmals erfolgreich einer externen Bewertung unterzogen und das KTQ-Zertifikat erhalten, im Juli 2006 erfolgte die Rezertifizierung des Krankenhauses Brackenheim nach KTQ.



Weitergehende Informationen

Verantwortliche für den Qualitätsbericht:

Claudia Pfefferle
Leiterin Qualitätsmanagement
Am Gesundbrunnen 20-26
74078 Heilbronn
Telefon 0 71 31 / 49 - 40 80
E-Mail claudia.pfefferle@slk-kliniken.de

Ansprechpartner Gesamtbericht:

Heidi Scholterer
Betriebsleiterin
Wendelstraße 11
74336 Brackenheim
Telefon 0 71 35 / 101 - 11 00
E-Mail heidi.scholterer@slk-kliniken.de

Ansprechpartner Ärztlicher Dienst:

Dr. Wolfgang Papke
Ärztlicher Direktor
Wendelstraße 11
74336 Brackenheim
Telefon 0 71 35 / 101 - 12 01
E-Mail wolfgang.Papke@slk-kliniken.de

Ansprechpartner Pflegedienst:

Heidi Scholterer
Pflegedienstleitung
Wendelstraße 11
74336 Brackenheim
Telefon 0 71 35 / 101 - 11 00
E-Mail heidi.scholterer@slk-kliniken.de

Internet

www.slk-kliniken.de