Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V

für das

Berichtsjahr 2025

Winghofer Medicum Klinik GmbH

Dieser Qualitätsbericht wurde am 14. Oktober 2026 erstellt.

Inhaltsverzeichnis

-	**Einleitung**	**4**
A	**Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts**	**6**
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	8
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	8
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	10
A-9	Anzahl der Betten	10
A-10	Gesamtfallzahlen	11
A-11	Personal des Krankenhauses	11
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	15
A-13	Besondere apparative Ausstattung	28
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	28
B	**Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen**	**30**
B-1	Chirurgie Allgemein	30
B-2	AOP Chirurgie Allgemein	39
B-3	AOP Dr. Schwarz	44
B-4	AOP Dr. Weber	49
C	**Qualitätssicherung**	**54**
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	54
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	54

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 54

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 54

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 55

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 55

C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) 55

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 56

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr 57

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) 57

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien 58

D Qualitätsmanagement 59

D-1 Qualitätspolitik 59

D-2 Qualitätsziele 61

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements 63

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements 63

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte 72

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements 72

- Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion	QM-Beauftragte
Titel, Vorname, Name	Herr Martin Haas
Telefon	07472/926-188
Fax	07472/926-100
E-Mail	m.haas@winghofer-medicum.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts	
Funktion	Geschäftsführung
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Maik Schwitalle
Telefon	07472/926-0
Fax	07472/926-100
E-Mail	info@winghofer-medicum.de

Weiterführende Links
Link zur Internetseite des Krankenhauses: http://www.winghofermedicum.de
Link zu weiterführenden Informationen: http://www.winghofermedicum.de

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	Winghofer Medicum Klinik GmbH
Hausanschrift	Röntgenstr. 38 72108 Rottenburg a.N.
Zentrales Telefon	07472/926-0
Fax	07472/926-100
Zentrale E-Mail	info@winghofer-medicum.de
Postanschrift	Röntgenstrasse 38 72108 Rottenburg a.N.
Institutionskennzeichen	260841427
Standortnummer aus dem Standortregister	773504000
URL	https://www.winghofermedicum.de/

Ärztliche Leitung

Angaben zur ärztliche Leitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Geschäftsf. Gesellschafter Leitender Arzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Ralph Fischer
Telefon	07472/926-0
Fax	07472/926-100
E-Mail	info@winghofer-medicum.de

Angaben zur ärztliche Leitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Geschäftsf. Gesellschafter Leitender Arzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Markus Mutz
Telefon	07472/926-0
Fax	07472/926-100
E-Mail	info@winghofer-medicum.de

Angaben zur ärztliche Leitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Geschäftsf. Gesellschafter Leitender Arzt
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Maik Schwitalle
Telefon	07472/926-0
Fax	07472/926-100
E-Mail	info@winghofer-medicum.de

Pflegedienstleitung

Angaben zur Leitung des Pflegedienstes des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Leitung Jennifer Horn
Telefon	07472/926-200
Fax	07472/926-100
E-Mail	info@winghofer-medicum.de

Verwaltungsleitung

Angaben zur Leitung der Verwaltung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Einkauf/Materialwirtschaft/QM/Prozess-/Datenschutzmanagement
Titel, Vorname, Name	Leitung Martin Haas
Telefon	07472/926-188
Fax	07472/926-100
E-Mail	m.haas@winghofer-medicum.de

Angaben zur Leitung der Verwaltung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Personal/Controlling/Gebäudemanagement
Titel, Vorname, Name	Leitung Thomas Schwend
Telefon	07472/926-120
Fax	07472/926-100
E-Mail	t.schwend@winghofer-medicum.de

Angaben zur Leitung der Verwaltung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Finanzen/Rechnungswesen
Titel, Vorname, Name	Leitung Thomas Schwend
Telefon	07472/926-120
Fax	07472/926-100
E-Mail	m.schwend@winghofer-medicum.de

Angaben zur Leitung der Verwaltung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	IT
Titel, Vorname, Name	Leitung Markus Klemm
Telefon	07472/926-115
Fax	07472/926-100
E-Mail	m.klemm@winghofer-medicum.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	Winghofer Medicum Klinik GmbH
Art	Privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie
MP18	Fußreflexzonenmassage
MP24	Manuelle Lymphdrainage
MP25	Massage
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen

MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
MP51	Wundmanagement
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM02	Ein-Bett-Zimmer		Auf Anfrage, je nach Belegung möglich.
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		Auf Anfrage, je nach Belegung möglich.
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		Auf Anfrage, je nach Belegung möglich.
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		Auf Anfrage, je nach Belegung möglich.
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		Auf Anfrage, je nach Belegung möglich.
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		Quartalsmäßig bei Kooperationspartner Fa. Brillinger/Tübingen.
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		Ggf. beim Aufklärungstermin möglich.
NM69	Information zu weiteren nichtmedizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		Informationen werden bei der OP-Aufnahme ausgehändigt.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Kontaktdaten der Person oder Einrichtung zur Beratung und Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigung oder ihren Angehörigen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Verwaltungsleitung
Titel, Vorname, Name	Herr Thomas Schwend
Telefon	07472/926-120
Fax	07472/160-140
E-Mail	t.schwend@winghofer-medicum.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF24	Diätische Angebote
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF18	OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Trifft nicht zu.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Trifft nicht zu.

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	26

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	1578
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	1190
Fallzahl der als Hybrid-DRG abgerechneten Fälle	264
Fallzahl stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 25,02

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	20	
Ambulant	5,02	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	23,42	
Nicht Direkt	1,6	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 20,76

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	18	
Ambulant	2,76	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,16	
Nicht Direkt	1,6	

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 28,98

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	21,18	
Ambulant	7,8	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	28,98	
Nicht Direkt	0	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,03

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,53	
Ambulant	0,5	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,03	
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,65

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,65	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,65	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.3.1 Therapeutisches Personal

Trifft nicht zu.

A-11.3.2 Genesungsbegleitung

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 1,88

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,94	
Ambulant	0,94	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,88	
Nicht Direkt	0	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Angaben zur verantwortlichen Person des Qualitätsmanagements zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	BdoL
Titel, Vorname, Name	QMB Martin Haas
Telefon	07472/926-188
Fax	07472/926-100
E-Mail	m.haas@winghofer-medicum.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Geschäftsführung QMB
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.1.3 Befragungen

Regelmäßige Patientenbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	http://www.winghofermedicum.de
Kommentar	Im Qualitätsmanagementhandbuch festgehalten

Regelmäßige Mitarbeiterbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Kommentar	Im Qualitätsmanagementhandbuch festgehalten

Regelmäßige Einweiserbefragungen	
Durchgeführt	Nein

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

Angaben zur verantwortlichen Person des Risikomanagements zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres.	
Funktion	BdoL
Titel, Vorname, Name	QMB Martin Haas
Telefon	07472/926-188
Fax	07472/926-100
E-Mail	m.haas@winghofer-medicum.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	
Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich	IT Arbeitssicherheit/ASA-Sitzungen mit externer Beratungsfirma
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: EQMS Datum: 26.10.2022
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: EQMS Datum: 26.10.2022
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: EQMS Datum: 26.10.2022

RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: EQMS Datum: 26.10.2022
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: EQMS Datum: 26.10.2022
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: EQMS Datum: 26.10.2022
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: EQMS Datum: 26.10.2022
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: EQMS Datum: 26.10.2022
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: EQMS Datum: 26.10.2022
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: EQMS Datum: 26.10.2022
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: EQMS Datum: 26.10.2022

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf
Nutzung der Erkenntnisse aus der Bearbeitung der eingegangenen Meldungen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Aus den Fehlermeldungen zur Patientensicherheit werden Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet und im aktuellen Maßnahmenplan verschriftet.

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	26.10.2022
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	jährlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Nein

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	1	Wird von BZH-Freiburg gestellt.
Hygienefachkräfte (HFK)	1	Wird von BZH-Freiburg gestellt.
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	2	Leitender Arzt Klinik und Stationsärztin.
Hygienebeauftragte in der Pflege	1	Auf der Station befindet sich eine Hygienebeauftragte Pflegekraft.

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	andere Frequenz

Angabe des oder der Kommissionsvorsitzenden zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Klinikleiter
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Ralph Fischer
Telefon	07472/926-0
Fax	07472/926-100
E-Mail	r.fischer@winghofer-medicum.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei Anlage von zentralvenösen Kathetern (ZVK) Der Standard orientiert sich an den aktuellen Empfehlungen der KRINKO zur „Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen“. Thematisiert werden sollen Maßnahmen bei Anlage eines ZVK (maximale Barrieremaßnahmen und Hautantiseptik) sowie die Händedesinfektion und die systematische Überprüfung der ZVKLiegedauer.	
Der Standard liegt vor	Ja
Standard durch Geschäftsführung/ärztliche Leitung/Hygienekom. autorisiert	Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie	
Die Leitlinie liegt vor	Ja
Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst	Ja
Leitlinie durch Geschäftsführung/ärztliche Leitung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	
Der Standard liegt vor	Ja
1. Der Standard thematisiert insbesondere	
e) Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja
f) Zu verwendende Antibiotika	Ja
g) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	Ja
2. Standard durch Geschäftsführung/ärztliche Leitung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja
3. Antibiotikaprophylaxe vor Beginn der Operation im OP-Saal abgefragt und dokumentiert	Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Am Standort werden Wundversorgung und Verbandswechsel eingesetzt.

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel	
Der Standard liegt vor	Ja

Der standortspezifische Standard	
- umfasst Hygienemaßnahmen in der Wundversorgung gemäß Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zu „Prävention postoperativer Wundinfektionen“ und zu „Basishygiene“	Ja
- differenziert zwischen akuten und chronischen Wunden	Ja
- thematisiert die Auswahl von Wundbehandlung und Wundabdeckung	Ja
Standard durch Geschäftsführung/ärztliche Leitung/Arzneimittel-/Hygienekomm. autorisiert	Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	32,00 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Keine Intensivstation vorhanden
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Teilweise

A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

MRSA	
Standardisierte Information erfolgt zum Beispiel durch Flyer der MRSA-Netzwerke:	Ja

Der standortspezifische Standard zum Umgang mit MRSA-besiedelten Patientinnen und Patienten orientiert sich an der im Berichtsjahr aktuellen Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zur „Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen.“	
Dieser Standard liegt vor:	Ja

Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang	
Mit von MRSA / MRE	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	jährlich
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	halbjährlich

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Im Qualitätsmanagementhandbuch festgehalten
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Im Qualitätsmanagementhandbuch festgehalten
Ergänzende Angaben, auf welchem Wege Beschwerden entgegengenommen werden		Der Patientenfürsprecher kann persönlich, postalisch, telefonisch und per E-Mail erreicht/kontaktiert werden.

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Angaben zur verantwortlichen Person des Beschwerdemanagements zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Bdol
Titel, Vorname, Name	Herr Martin Haas
Telefon	07472/926-188
Fax	07472/926-100
E-Mail	martin.haas@winghofer-medicum.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements	
Link zum Bericht	http://winghofermedicum.de
Kommentar	Im Qualitätsmanagementhandbuch festgehalten

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

Angaben zur Patientenfürsprecherin/zum Patientenfürsprecher zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Verwaltungsleiter
Titel, Vorname, Name	Herr Thomas Schwend
Telefon	07472/926-120
Fax	07472/160-140
E-Mail	thomas.schwend@winghofer-medicum.de

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern	
Kommentar	Im Qualitätsmanagementhandbuch festgehalten

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe	
Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?	Ja - andere
Name des verantwortlichen Gremiums oder der verantwortlichen Arbeitsgruppe:	Dr. Christiane Zieger (Leitung Anästhesie)
Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Anästhesie Station

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen: Ja

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Es gibt eine eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit

Kontaktdaten der eigenständigen Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Leitung Anästhesie
Titel, Vorname, Name	Dr. Christiane Zieger
Telefon	07472/926-0
Fax	07472/926-100
E-Mail	c.zieger@winghofer-medicum.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	1
Weiteres pharmazeutisches Personal	3

Erläuterungen
Personal wird von Bärenapotheke Rottenburg gestellt.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

Die folgenden Aspekte können, gegebenenfalls unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese:

  Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste) sowie zur Dokumentation sowohl der ursprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus:

  Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

  Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, zum Beispiel bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiets, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnisses, Verträglichkeit (inklusive potenzieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen und Ähnliches) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. –verabreichung gemacht werden.

- Entlassung:

  Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie die angemessene

Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: EQMS Letzte Aktualisierung: 26.10.2022
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (gegebenenfalls vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: EQMS Letzte Aktualisierung: 26.10.2022
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, das heißt strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß Teil A § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können unter anderem Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	
Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?	Ja
Kommentar	Es gibt im Rahmen des QM-Systems Unterlagen und Hinweise für Mitarbeiter*innen und Patienten, wo man mit dem Thema umgehen soll + Adressen, an die man sich wenden kann.

A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Gemäß Teil A § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß Teil A § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen	
Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?	Ja
Liegt ein auf Basis einer Gefährdungsanalyse erstelltes Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen vor, das mindestens die Elemente Prävention, Interventionsplan und Aufarbeitung gemäß Teil B Abschnitt I § 1 Satz 9 QM-RL umfasst?	Ja
Kommentar	Jugendliche werden nur ambulant behandelt/operiert oder bei stationärem Aufenthalt mit Begleitung eines Erziehungsberechtigtem.

Nr.	Schutzkonzept	Letzte Überprüfung
SK03	Aufklärung	

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-
AA32	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	-
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	-
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	-

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne

geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses	
Zugeordnete Notfallstufe	Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung
Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung	Nein

A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde?	Nein
Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1b Satz 3 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden?	Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Chirurgie Allgemein

B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Chirurgie Allgemein
Fachabteilungsschlüssel	1500
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Leitung Klinik
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Ralph Fischer
Telefon	07472/926-0
Fax	07472/926-100
E-Mail	info@winghofer-medicum.de
Straße/Nr	Röntgenstr. 38
PLZ/Ort	72108 Rottenburg a.N.
Homepage	https://www.winghofermedicum.de/

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
VC51	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven
VC65	Wirbelsäulenchirurgie
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken

VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VO15	Fußchirurgie
VO16	Handchirurgie
VO19	Schulterchirurgie
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC58	Spezialsprechstunde
VR02	Native Sonographie
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie
VR04	Duplexsonographie
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
VO13	Spezialsprechstunde
VO14	Endoprothetik
VC00	Sonstige im Bereich Chirurgie
VO00	Sonstige im Bereich Orthopädie

B-1.4 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1578
Teilstationäre Fallzahl	0
Fallzahl der als Hybrid-DRG abgerechneten Fälle	264

B-1.5 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	vollstat.	teilstat.	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	M17	275	< 4	275	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
2	S83	258	< 4	258	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes
3	M75	202	< 4	202	Schulterläsionen
4	M48	108	< 4	108	Sonstige Spondylopathien
5	M20	77	< 4	77	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen
6	M51	76	< 4	76	Sonstige Bandscheibenschäden
7	M93	68	< 4	68	Sonstige Osteochondropathien
8	M21	57	< 4	57	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten
9	M23	51	< 4	51	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]
10	K64	40	< 4	40	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose

B-1.5.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

B-1.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-915	1086	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie
2	8-919	950	Komplexe Akutschmerzbehandlung
3	5-814	402	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
4	5-788	278	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes
5	5-822	268	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk

6	5-813	245	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes
7	5-812	241	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
8	5-984	208	Mikrochirurgische Technik
9	5-032	185	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis
10	5-786	181	Osteosyntheseverfahren

B-1.6.2 Weitere Kompetenzprozeduren

B-1.7 Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG)

B-1.7.1 ICD hybrider Fälle

B-1.7.1.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K40	148	Hernia inguinalis
2	K42	35	Hernia umbilicalis
3	K60	26	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion
4	M20	22	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen
5	L60	11	Krankheiten der Nägel
6	Q66	4	Angeborene Deformitäten der Füße
7	D12	< 4	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus
8	D16	< 4	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels
9	K41	< 4	Hernia femoralis
10	K43	< 4	Hernia ventralis

B-1.7.1.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

B-1.7.2 OPS hybrider Fälle

B-1.7.2.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-915	192	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie
2	5-530	148	Verschluss einer Hernia inguinalis
3	5-932	144	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
4	5-534	40	Verschluss einer Hernia umbilicalis

5	5-98c	38	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme
6	5-491	26	Operative Behandlung von Analfisteln
7	9-500	25	Patientenschulung
8	5-788	23	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes
9	5-780	13	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch
10	5-786	13	Osteosyntheseverfahren

B-1.7.2.2 Weitere Kompetenzprozeduren

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-812	366	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
2	5-056	114	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
3	5-787	101	Entfernung von Osteosynthesematerial
4	5-810	96	Arthroskopische Gelenkoperation
5	5-811	90	Arthroskopische Operation an der Synovialis
6	5-840	84	Operationen an Sehnen der Hand
7	5-842	50	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger
8	5-849	21	Andere Operationen an der Hand
9	5-856	19	Rekonstruktion von Faszien
10	5-530	13	Verschluss einer Hernia inguinalis

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden	
Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Ja
Stationäre BG-Zulassung vorhanden	Nein

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 11,51

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9	
Ambulant	2,51	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,71	
Nicht Direkt	0,8	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 175,33333

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,38

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8	
Ambulant	1,38	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,58	
Nicht Direkt	0,8	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 197,25

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ42	Neurologie
AQ44	Nuklearmedizin
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie
AQ54	Radiologie
AQ13	Viszeralchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF12	Handchirurgie
ZF62	Krankenhaushygiene
ZF34	Proktologie
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 13,15

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,5	
Ambulant	3,65	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,15	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 166,10526

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,03

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,53	
Ambulant	0,5	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,03	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1031,37255

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,65

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,65	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,65	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2427,69231

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ13	Hygienefachkraft
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ15	Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP27	OP-Koordination/OP-Management
ZP19	Sturzmanagement

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-2 AOP Chirurgie Allgemein

B-2.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	AOP Chirurgie Allgemein
Fachabteilungsschlüssel	1500
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Leitende Ärztin oder leitender Arzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Geschäftsführender Gesellschafter Leitender Arzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Ralph Fischer
Telefon	07472/926-0
Fax	07472/160140-
E-Mail	info@winghofer-medicum.de
Straße/Nr	Röntgenstr. 38
PLZ/Ort	72108 Rottenburg a.N.
Homepage	https://www.winghofermedicum.de/

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC66	Arthroskopische Operationen
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken
VO19	Schulterchirurgie

B-2.4 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0
Fallzahl der als Hybrid-DRG abgerechneten Fälle	0

B-2.5 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-2.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-2.7 Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG)

Trifft nicht zu.

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-812	217	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
2	5-056	121	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
3	5-840	110	Operationen an Sehnen der Hand
4	5-787	91	Entfernung von Osteosynthesematerial
5	5-810	68	Arthroskopische Gelenkoperation
6	5-842	32	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger
7	5-849	23	Andere Operationen an der Hand
8	5-856	18	Rekonstruktion von Faszien
9	5-800	17	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes
10	5-811	16	Arthroskopische Operation an der Synovialis

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden	
Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Ja
Stationäre BG-Zulassung vorhanden	Nein

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 11,51

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9	
Ambulant	2,51	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,71	
Nicht Direkt	0,8	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,38

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8	
Ambulant	1,38	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,58	
Nicht Direkt	0,8	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ01	Anästhesiologie
AQ44	Nuklearmedizin
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie (MWBO 2003)
AQ54	Radiologie
AQ13	Viszeralchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF02	Akupunktur
ZF12	Handchirurgie
ZF62	Krankenhaushygiene
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie (MWBO 2003)
ZF28	Notfallmedizin
ZF29	Orthopädische Rheumatologie
ZF31	Phlebologie
ZF72	Physikalische Therapie
ZF34	Proktologie

ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie
ZF42	Spezielle Schmerztherapie
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie
ZF44	Sportmedizin

B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 13,15

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,5	
Ambulant	3,65	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,15	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ13	Hygienefachkraft
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ15	Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP19	Sturzmanagement

B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-3 AOP Dr. Schwarz

B-3.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	AOP Dr. Schwarz
Fachabteilungsschlüssel	1518
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Leitende Ärztin oder leitender Arzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	Leitender Arzt Hernienzentrum-,Venen-,Krampfaderchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Jochen Schwarz
Telefon	07472/9814-310
Fax	07472/9814-0
E-Mail	hernienzentrum@winghofer-medicum.de

Straße/Nr	Winghofer Strasse 42
PLZ/Ort	72108 Rottenburg a.N.
Homepage	https://www.winghofermedicum.de/

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
VC16	Aortenaneurysmachirurgie
VC17	Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC60	Adipositaschirurgie
VC62	Portimplantation
VC66	Arthroskopische Operationen

B-3.4 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0
Fallzahl der als Hybrid-DRG abgerechneten Fälle	0

B-3.5 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-3.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-3.7 Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG)

Trifft nicht zu.

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-856	4	Rekonstruktion von Faszien

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden	
Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Ja
Stationäre BG-Zulassung vorhanden	Nein

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF62	Krankenhaushygiene
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie

B-3.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,03

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,53	
Ambulant	0,5	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,03	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ15	Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP19	Sturzmanagement

B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-4 AOP Dr. Weber

B-4.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	AOP Dr. Weber
Fachabteilungsschlüssel	1500
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Leitende Ärztin oder leitender Arzt zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	
Funktion	End- und Dickdarmpraxis
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Bernd Weber
Telefon	07031/873540-
Fax	07031/873508-
E-Mail	kontakt@end-und-dickdarmpraxis.de
Straße/Nr	Röntgenstr. 38
PLZ/Ort	72108 Rottenburg a.N.
Homepage	https://www.winghofermedicum.de/

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI43	Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
VH26	Laserchirurgie

B-4.4 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0
Fallzahl der als Hybrid-DRG abgerechneten Fälle	0

B-4.5 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-4.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-4.7 Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG)

Trifft nicht zu.

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-493	12	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
2	5-491	6	Operative Behandlung von Analfisteln
3	5-490	5	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion
4	5-641	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Penis
5	5-903	< 4	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden	
Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Ja
Stationäre BG-Zulassung vorhanden	Nein

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ07	Gefäßchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF34	Proktologie

B-4.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,65

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,65	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,65	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ15	Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP19	Sturzmanagement

B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Leistungsbereich	Teilnahme
Schlaganfall: Akutbehandlung	Trifft nicht zu
MRE	Ja
Universelles Neugeborenen-Hörscreening	Trifft nicht zu

Gehört ein Leistungsbereich nicht zum Leistungsspektrum des Krankenhauses, so wurde "Trifft nicht zu" angegeben.

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr

	Mindestmenge	Erbrachte Menge
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	223

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Leistungsbereiche	
Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr 2027 zur Leistungserbringung berechtigt:	Ja

C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen

Leistungsbereiche	
Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge im Berichtsjahr 2025:	223
Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2025/3, 2025/4, 2026/1 und 2026/2:	232

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Trifft nicht zu.

C-6.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser darzustellen (QSFFx-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt. Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.

- Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.

- Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben.

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-6.2.3 Kommentar zur Umsetzung der QSFFx-RL

Kommentar zur Umsetzung der QSFFx-RL:

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	9
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	9
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	9

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats-bezogener Erfüllungs-grad	Ausnahme-tatbestände
Allgemeine Chirurgie, Orthopädie	Station 1	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie, Orthopädie	Station 1	Nachtschicht	100,00%	0

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Allgemeine Chirurgie, Orthopädie	Station 1	Tagschicht	99,43%
Allgemeine Chirurgie, Orthopädie	Station 1	Nachtschicht	100,00%

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.

- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltszahlen zur Personalbemessung.

- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei differenzierte Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.

Für das Berichtsjahr 2024 gilt im ersten und zweiten Quartal ein Umsetzungsgrad von 95 % und im dritten und vierten Quartal ein Umsetzungsgrad von 90 %.

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-9.4 Kommentar zur Umsetzung der PPP-RL

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Arzneimittel für neuartige Therapien	
Werden am Krankenhausstandort Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet?	Nein

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Leitbild und Qualitätspolitik

Vertreter aller im Haus tätigen Berufsgruppen haben gemeinsam ein Leitbild für die Winghofer Medicum GmbH erarbeitet. Die darin formulierten Ziele und das Selbstverständnis bilden die Basis für unsere tägliche Arbeit. Das Leitbild und die Ziele, inklusive arbeitsschutzpolitischer Ziele, werden in einem breit angelegten Dialog in unserem Unternehmen gelebt. Zum Wohle unserer Patienten und deren Angehörigen, unserer Mitarbeiter und Zuweiser entwickeln wir dieses stetig weiter. Unser Leitbild beschreibt den Daseinszweck, das Wertesystem und die strategische Ausrichtung des Unternehmens sowie die Art und Weise der Verwirklichung dieser Aspekte.

In unserer Einrichtung lautet das Leitbild:

Führung und Zusammenarbeit

Das Winghofer Medicum begreift sich als lernende Organisation über alle hierarchischen Ebenen hinweg. Die Führungskräfte praktizieren einen kooperativen Führungsstil. Sie sind sich ihrer Verantwortung, Vorbild- und Führungsfunktionen bewusst und nehmen diese gegenüber Mitarbeitern, Patienten und Angehörigen wahr. Bei der gemeinsamen Arbeit begegnen wir uns respektvoll und loyal. Wir sind offen, selbstkritisch und unterstützen einander gegenseitig.

Der individuelle Patient

Eine auf den einzelnen Menschen abgestimmte Förderung des Heilungsprozesses, persönliche Beratung und Begleitung sind die Basis unseres Handelns. Dabei betrachten wir es als unsere Aufgabe, eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau zu gewährleisten. Die körperliche und seelische Genesung unserer Patienten sowie ihre soziale, berufliche und sportliche Wiedereingliederung sind das Ziel unserer medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen. Daran arbeiten wir gemeinsam mit den Patienten und ihren Angehörigen.

Unsere Mitarbeiterstruktur

Viele Menschen unterschiedlichster Berufsgruppen arbeiten in unseren Einrichtungen. Unsere Handlungsorientierung verpflichtet uns zur persönlichen Wertschätzung und dem Respekt gegenüber allen Mitarbeitern. Wir praktizieren deshalb einen kooperativen Führungsstil, der einen vertrauensvollen Umgang miteinander ermöglicht.

Unsere Fachkompetenz fordern und fördern wir durch regelmäßige Aus-, u. Fort- und Weiterbildung.

Die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter der Einrichtung sichert die Zukunft des Unternehmens. Darum sorgen wir durch größtmöglichen Arbeitsschutz und umfassende Gesundheitsvorsorge dafür, die Kompetenz und Erfahrung der Mitarbeiter für das Unternehmen langfristig nutzbar zu machen. Geltende gesetzliche, behördliche und berufsgenossenschaftliche Anforderungen werden von der Einrichtung identifiziert und umgesetzt. Durch sinnvolle Präventionsmaßnahmen tragen wir nachhaltig zur Verbesserung der Gesundheit der Mitarbeitenden bei.

Innovation und Effizienz unserer Organisation

Die konzeptionelle und strukturelle Weiterentwicklung des Unternehmens stellt für uns eine besondere Herausforderung dar. Hierzu fördern wir den bedarfsgerechten Einsatz aller Mittel. Durch unser persönliches Engagement gewährleisten wir die hohe Qualität der medizinischen Versorgung. Dabei verfolgen wir einen nachhaltigen Umgang mit Ressourcen.

Unser Umgang mit Patienten

Unsere Handlungsorientierung gilt nicht nur für Patienten, sondern für die Vielfalt aller Beziehungen mit Partnern, die unser Unternehmen eingeht. Wir wollen als faire und verlässliche Partner Vertrauen schaffen und dieses durch unser tägliches Handeln bestätigen. Die aktive Zusammenarbeit mit unseren Partnern im Gesundheitswesen ist uns wichtig. Der offene und konstruktive Dialog hat für uns daher einen besonderen Stellenwert.

Öffentlichkeit

Unser Ansehen in der Öffentlichkeit wird geprägt durch die Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten, unserer Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter, Partner und Kunden.

Wettbewerb und Qualität

Wir arbeiten nach humanen, qualitativen und wirtschaftlichen Grundsätzen und übernehmen die Verantwortung für unsere Ergebnisse. Wir stellen uns dem überregionalen Wettbewerb. Eine sehr hohe fachliche Kompetenz und die Einhaltung modernster Standards sind wesentliche Merkmale des Winghofer Medicums. Wir arbeiten kontinuierlich daran, die Qualität unserer Leistungen zu verbessern. Wir führen unser Haus nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen. Dazu gehört, daß wir das Kostenbewusstsein weiter schärfen und unsere finanziellen und personellen Ressourcen zum Wohle unserer Kunden gezielt einsetzen. Dieses gilt selbstverständlich auch gegenüber den Kostenträgern.

Unser Hauptaugenmerk liegt auf der Zufriedenheit unserer Patienten, die wir in allen Phasen der Therapie mit bestmöglicher Beratung und Qualität versorgen wollen. Wir möchten, dass alle Patienten Vertrauen in unsere Arbeit haben und sich in unserem Hause wohl fühlen. Dies sind aus unserer Sicht die Voraussetzungen für zufriedene Patienten.

In unserer Einrichtung lautet die Qualitätspolitik:

Es ist die Politik der Winghofer Medicum Klinik GmbH, die Patientenversorgung in bestmöglicher Qualität zu bieten. Die Qualitätspolitik dient allen internen und externen Mitarbeitern als verbindliche Richtlinie für qualitätsbewusstes, kundenorientiertes und verantwortliches Handeln.

Die Winghofer Medicum Klinik GmbH versteht sich als ein innovativ und modern geführtes Dienstleistungsunternehmen. Die Behandlung unserer Patienten wird nach professionellen Standards durchgeführt. Die Qualitätspolitik der Winghofer Medicum Klinik GmbH orientiert sich dabei an den Normen der Qualitätsmanagementsysteme ISO 9001:2015.

Qualitätsmanagement als Steuerungsinstrument soll der positiven Weiterentwicklung der Winghofer Medicum Klinik GmbH dienen. Es ist unser Anspruch unser Wissen stetig zu erweitern und zu sichern und uns am neuesten Stand der Forschung zu orientieren sowie Arbeitsergebnisse zu messen, zu bewerten und offen zu legen. Unsere diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen, administrativen Serviceleistungen orientieren sich an einer qualitativ hohen professionellen und bedarfsgerechten Versorgung aller Patientinnen und Patienten. Die Qualitätspolitik der Winghofer Medicum Klinik GmbH wurde von der Geschäftsleitung formuliert und wird regelmäßig im Rahmen der QM-Bewertung auf Angemessenheit und Effektivität überprüft und erforderlichenfalls überarbeitet. Die Mitarbeiter im Winghofer Medicum werden in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess aktiv mit einbezogen. Weiterführenden Veränderungen stehen wir grundsätzlich positiv gegenüber. Wir gewährleisten Qualität durch professionelle Arbeit, sorgfältige Dokumentation, aktive Mitarbeit an der notwendigen Standardisierung. Kundenzufriedenheit und Exzellenz im Bereich der Kundenbetreuung sowie Optimierte Prozesse mit motivierten Mitarbeitern stehen im Mittelpunkt.

Unsere Qualitätspolitik konzentriert sich auf sechs Bereiche, die von grundlegender Bedeutung für die Fortentwicklung guter Qualität sind: Ergebnisqualität, Patientensicherheit, Patientenorientierter Prozess, Dienstleistungsqualität, Mitarbeiterorientierung und Hygiene.

Die oberste Leitung hat dieses Leitbild, die Qualitätspolitik und die arbeitsschutzpolitischen Grundsätze festgelegt und stellt sicher, dass sie:

- relevant für die Ziele der Einrichtung ist
- eine Verpflichtung zur Erfüllung von Patientenforderungen und zur kontinuierlichen Verbesserung enthält
- eine Verpflichtung zur Erfüllung der geltenden gesetzlichen, behördlichen und berufsgenossenschaftlichen Anforderungen erhalten,
- einen Rahmen für das Festlegen und Bewerten von Qualitäts- und Arbeitsschutzzielen bietet
- in allen relevanten Organisationsebenen vermittelt und verstanden wird
- jährlich auf ihre Angemessenheit überprüft wird

D-2 Qualitätsziele

Qualitäts- und Arbeitsschutzziele

Die Qualitäts- und Arbeitsschutzziele der Einrichtung stehen im Einklang mit der aufgestellten Qualitätspolitik und den arbeitsschutzpolitischen Grundsätzen und tragen zur kontinuierlichen Verbesserung bei. Vor dem Hintergrund behördlicher, gesetzlicher und anderer Vorgaben, werden die erforderlichen Mittel geplant und zur Verfügung gestellt.

Wesentlich ist hierbei die Vorgabe von Zielen, die der ständigen Verbesserung aller Abläufe des Unternehmens dienen. Insbesondere Ziele, die der Dienstleistung in der Gesundheitsvorsorge und der Erfüllung der Qualitätsmerkmale dienen.

Die oberste Leitung definiert die jährlichen, auch abteilungsbezogenen und abteilungsübergreifenden Qualitätsziele und überprüft bzw. aktualisiert diese.

Die Geschäftsleitung berücksichtigt hierbei folgende Qualitätsziele:

- erhöhtes Vertrauen der Kunden und deren Kundenzufriedenheit
- sichern einer beständigen Qualität unserer Dienstleistungen, d.h. weniger Fehl- oder Blindleistung, weniger Verschwendung
- unterstützen einer proaktiven Kultur der Vorbeugung und Verbesserung
- sicherstellen eines größeren Wissens und der Bereitschaft für möglicherweise eintretende Ereignisse
- erhöhte Wahrscheinlichkeiten für das Erreichen von Zielen
- Verringern der Wahrscheinlichkeit für negativ abweichende Ergebnisse

Für die Analyse werden die Ergebnisse aus der vorangegangenen Vorstellung zugrunde gelegt. Der Führungskreis bewertet die Ergebnisse noch einmal selbst und analysiert die Zielerreichung und untersucht inwieweit definierte Ziele im vergangenen Jahr erreicht wurden. Anschließend werden die Ergebnisse mit der Unternehmensstrategie abgeglichen, um daraus neue Unternehmens- und Bereichsziele zu definieren.

Die Ziele der Einrichtung finden sich als Formblatt im zugehörigen Verzeichnis.

Arbeitsschutzziele

Die Beschäftigten verpflichten sich:

- Vorschriften und innerbetriebliche Anweisungen zum Arbeitsschutz einzuhalten
- Maschinen, Geräte und sonstige Arbeitsmittel bestimmungsgemäß zu verwenden
- stets so zu arbeiten, dass sie sich selbst und andere nicht gefährden
- Ordnung und Sauberkeit an den Arbeitsplätzen konsequent einzuhalten
- die Persönliche Schutzausrüstungen bestimmungsgemäß zu benutzen
- festgestellte Gefahren für Sicherheit und Gesundheit, Störungen und Mängel, unverzüglich zu melden

- die Maßnahmen der Ersten Hilfe aktiv zu unterstützen und jeden Unfall unverzüglich zu melden
- alle Anforderungen des Arbeitsschutzes zu unterstützen und aktiv an Verbesserungen mitzuwirken

Geschäftsleitung und Vorgesetzte verpflichten sich:

- als Vorbild zu wirken
- alle erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu planen, zu organisieren, durchzuführen und erforderlichenfalls anzupassen
- Arbeitsaufgaben im Arbeitsschutz klar abzugrenzen, zu benennen, zu besprechen und zu übertragen
- die Arbeitsplätze nach ihren Gefährdungen zu beurteilen, Maßnahmen abzuleiten und zu dokumentieren
- Beschäftigte umfassend zu unterweisen und über Gefahren und Belastungen zu informieren
- geeignete Persönliche Schutzausrüstung bereitzustellen
- organisatorische Vorkehrungen zu treffen, um bei Notfällen schnelle und bestmögliche Hilfe gewährleisten
- mit den Beschäftigten, den beauftragten Personen im Unternehmen sowie den externen Beratern gut zusammenzuarbeiten

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Vorhandende Zertifizierungen in der Klinik und Praxis(MVZ)

- - ISO 9001:2015

- MAAS-BGW (Arbeitsschutz)

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Kundenzufriedenheit

Unsere Unternehmung überwacht Informationen über die Wahrnehmung der Kunden in der Frage, ob unsere Unternehmung die Kundenanforderungen erfüllt hat, als eines der Maße für die Leistung des Qualitätsmanagementsystems. Die Methoden zur Erlangung und zum Gebrauch dieser Informationen sind festgelegt.

Messung und Überwachung der Kundenzufriedenheit:

Die Messung und Überwachung der Kundenzufriedenheit beruht auf der Bewertung kundenbezogener Informationen, die aktiv oder passiv erfasst werden können. Die Leitung erkennt, dass es viele Quellen für kundenbezogene Informationen gibt und führt wirksame und effiziente Prozesse für die Erfassung, Analyse und Verwendung dieser Informationen ein, um die Leistung der Organisation zu erhöhen. Unsere Unternehmung ermittelt die in mündlicher und schriftlicher Form zur Verfügung stehenden Kunden- und Endabnehmerinformationen aus internen und externen Quellen.

Beispiele für kundenbezogene Informationen sind:

- Befragungen von Kunden und Nutzern
- Rückmeldungen über Aspekte des Produkts/der Dienstleistung
- Kundenanforderungen und Vertragsinformationen
- Marktbedürfnisse
- Daten der Dienstleistungserbringung und
- wettbewerbsbezogene Informationen.

Die Leitung der Organisation betrachtet Messungen der Kundenzufriedenheit als unverzichtbares Hilfsmittel. Der Prozess der Organisation zur Anforderung, Messung und Überwachung der Rückmeldungen über Kundenzufriedenheit liefert ständig Informationen. Dieser Prozess bezieht sich auf die Erfüllung von Anforderungen, Erfordernissen und Erwartungen von Kunden sowie auf Preis und Lieferung eines Produktes.

Unsere Unternehmung legt Quellen für Kundenzufriedenheitsinformationen fest und verwendet diese und arbeitet mit ihren Kunden zusammen, um künftige Erfordernisse vorauszubestimmen.

Unsere Unternehmung plant Prozesse und führt sie ein, um auf wirksame und effiziente Weise die "Stimme des Kunden" zu erfassen. Bei der Planung dieser Prozesse werden die zu verwendenden Verfahren und Maßnahmen zur Datenerfassung einschließlich Informationsquellen sowie die Häufigkeit der Erfassung und die Bewertung der Datenanalyse festgelegt und verwirklicht.

Beispiele für Informationsquellen zur Kundenzufriedenheit schließen ein:

- Kundenbeschwerden
- direkte Kommunikation mit Kunden
- Fragebögen und Umfragen
- Datenerfassung und -analyse durch Unterauftragnehmer
- Fokusgruppen
- Berichte von Verbraucherorganisationen
- Berichte in verschiedenen Medien und
- Branchenstudien.

Internes Audit

Unsere Unternehmung führt in geplanten Abständen interne Audits durch, um zu ermitteln, ob das Qualitätsmanagementsystem

die geplanten Regelungen, die Anforderungen dieser internationalen Norm und die von der Organisation festgelegten Anforderungen an das Qualitätsmanagementsystem erfüllt und

wirksam verwirklicht und aufrechterhalten werden.

Ein Auditprogramm wird geplant, wobei der Status und die Bedeutung der zu auditierenden Prozesse und Bereiche sowie die Ergebnisse früherer Audits berücksichtigt werden müssen. Die Auditkriterien, der Auditumfang, die Audithäufigkeit und die Auditmethoden werden festgelegt. Die Auswahl der Auditoren und die Durchführung der Audits müssen Objektivität und Unparteilichkeit des Auditprozesses sicherstellen. Auditoren dürfen ihre eigene Tätigkeit nicht auditieren.

Die Verantwortungen und Anforderungen zur Planung und Durchführung von Audits sowie zur Berichterstattung über die Ergebnisse und zur Führung von Aufzeichnungen sind in einem dokumentierten Verfahren festgelegt.

Die für den auditierten Bereich verantwortliche Leitung stellt sicher, dass Maßnahmen ohne ungerechtfertigte Verzögerung zur Beseitigung erkannter Fehler und ihrer Ursachen ergriffen werden. Folgemaßnahmen müssen die Verifizierung der ergriffenen Maßnahmen und die Berichterstattung über die Verifizierungsergebnisse enthalten Die oberste Leitung stellt die Einführung eines wirksamen und effizienten Auditprozesses sicher, um die Stärken und Schwächen des Qualitätsmanagementsystems zu ermitteln. Der interne Auditprozess dienst als Leistungshilfsmittel zur unabhängigen Bewertung jedes festgelegten Prozesses bzw. jeder Tätigkeit. Der interne Auditprozess stellt ein unabhängiges Hilfsmittel dar, um objektive Nachweise darüber zu erlangen, dass die vorhandenen Anforderungen erfüllt werden, da das interne Audit die Wirksamkeit und Effizienz der Organisation beurteilt.

Wichtig ist, dass die Leitung sicherstellt, dass Verbesserungsmaßnahmen als Reaktion auf die Ergebnisse interner Audits ergriffen werden. Die Planung interner Audits wird flexibel gestaltet, um Schwerpunktverlagerungen auf der Grundlage der während des Audits gesammelten Feststellungen und objektiven Nachweisen zu gestatten. Relevante Eingaben aus dem zu auditierenden Bereich und von anderen interessierten Parteien werden bei der Aufstellung interner Auditpläne berücksichtigt.

Bei internen Audits zu beachtende Themen schließen ein:

- wirksame und effiziente Prozessverwirklichung
- Möglichkeiten der ständigen Verbesserung
- Fähigkeit von Prozessen
- wirksamer und effizienter Einsatz statistischer Verfahren
- Einsatz von Informationstechnik
- Analyse von Daten zu den Qualitätskosten
- wirksamer und effizienter Einsatz von Ressourcen

- Ergebnisse und Erwartungen bezüglich der Prozess- und Produktleistung
- Angemessenheit und Genauigkeit der Leistungsmessung
- Verbesserungstätigkeiten und
- Beziehungen zu interessierten Parteien.

Manchmal umfassen die internen Auditberichte auch Nachweise hervorragender Leistungen, um Gelegenheit zur Anerkennung durch die Leitung zur Motivation der Personen bereit zu stellen.

Selbstbewertung

Die oberste Leitung führt kontinuierliche eine Selbstbewertung der gesamten Organisation durch. Hierbei handelt es sich um eine sorgfältige, üblicherweise von der Leitung der Organisation selbst vorgenommene Beurteilung, die zu einer Ansicht oder einem Urteil über die Wirksamkeit und Effizienz der Organisation und den Reifegrad des Qualitätsmanagementsystems führt. Sie wird von der Organisation verwendet, um ihre Leistung an externen Organisationen und an internationalen Spitzenleistungen zu messen. Die Selbstbewertung ist auch hilfreich für die Beurteilung der Leistungsverbesserung der Organisation, wohingegen der interne Auditprozess einer Organisation ein unabhängiges Audit darstellt, mit dessen Hilfe objektive Nachweise dafür erbracht werden sollen, dass die vorhandenen Politiken, Verfahren oder Anforderungen erfüllt werden, da das Audit die Wirksamkeit und Effizienz des Qualitätsmanagementsystems beurteilt.

Umfang und Tiefe der Selbstbewertung werden unter Beachtung der Ziele und Prioritäten der Organisation geplant. Das in Anhang A beschriebene Selbstbewertungsverfahren konzentriert sich auf die Ermittlung des Grades der Wirksamkeit und Effizienz des Qualitätsmanagementsystems der Organisation.

Einige Vorteile des in Anhang A dargestellten Selbstbewertungsverfahrens sind

- seine leichte Verständlichkeit
- sein leichter Einsatz
- seine minimale Auswirkung auf den Gebrauch von Managementressourcen und
- es liefert Eingaben zur Verbesserung der Leistung des Qualitätsmanagementsystems der Organisation.

Das in Anhang A dargestellte Selbstbewertungsverfahren ist nur als Beispiel zu betrachten. Die Selbstbewertung sollte nicht als Alternative zum internen oder externen Qualitätsaudit verstanden werden. Der in Anhang A dargestellte Ansatz kann der Leitung einen Gesamtüberblick über die Leistung der Organisation und den Reifegrad des Qualitätsmanagementsystems geben. Er kann auch Eingaben liefern für das Erkennen der Bereiche in der Organisation, die eine Leistungsverbesserung benötigen, und kann zum Setzen von Prioritäten beitragen.

Überwachung und Messung von Prozessen

Unsere Unternehmung wendet geeignete Methoden zur Überwachung und - falls zutreffend - Messung der Prozesse des Qualitätsmanagementsystems an. Diese Methoden müssen darlegen, dass die Prozesse in der Lage sind, die geplanten Ergebnisse zu erreichen. Werden die geplanten Ergebnisse nicht erreicht, werden soweit angemessen, Korrekturen und Korrekturmaßnahmen ergriffen, um die Produktkonformität sicherzustellen.

Unsere Unternehmung legt Messverfahren fest und führt Messungen durch, um die Prozessleistung zu beurteilen. Unsere Unternehmung bindet diese Messungen in Prozesse ein und nutzt die Messungen im Management von Prozessen.

Messungen werden beim Leiten und Lenken des täglichen Ablaufs zur Beurteilung der Prozesse eingesetzt, die für Verbesserungen in kleinen Schritten oder für ständig ablaufende Projekte geeignet sind, und zwar in Übereinstimmung mit der Vision und den strategischen Zielen der Organisation.

Messungen und Prozessleistung decken die Erfordernisse und Erwartungen interessierter Parteien ausgewogen ab.

Überwachung und Messung des Produkts/der Dienstleistung

Unsere Unternehmung überwacht und misst die Merkmale des Produkts / der Dienstleistung, um die Erfüllung der Produkt- / Dienstleistungsanforderungen zu verifizieren. Dies wird in geeigneten Phasen des Produkt- / Dienstleistungsrealisierungsprozesses in Übereinstimmung mit den geplanten Regelungen durchgeführt.

Ein Nachweis über die Konformität mit den Annahmekriterien wird geführt. Die Aufzeichnungen müssen die für die Freigabe des Produkts / der Dienstleistung zuständige Person oder zuständige Personen angeben.

Produkt- / Dienstleistungsfreigabe und Dienstleistungserbringung erfolgen erst nach zufriedenstellender Vollendung der festgelegten Tätigkeiten, sofern nicht anderweitig von einer zuständigen Stelle und - falls zutreffend - durch den Kunden genehmigt.

Unsere Unternehmung führt die Anforderungen an die Messungen (einschließlich der Annahme-kriterien) für ihre Produkte / Dienstleistungen ein und legt sie fest. Die Messung von Produkten / Dienstleistungen wird geplant und durchgeführt, um zu verifizieren, dass die Anforderungen interessierter Parteien erfüllt und zur Verbesserung der Realisierungsprozesse verwendet worden sind.

Bei der Auswahl von Messmethoden zur Sicherstellung, dass Produkte und Dienstleistungen den Anforderungen entsprechen, und bei der Berücksichtigung der Erfordernisse und Erwartungen der Kunden beachtet unsere Unternehmung:

die Arten von Produkt- / Dienstleistungsmerkmalen, die wiederum die Arten der Messung, die geeigneten Prüfmittel, die erforderliche Genauigkeit und die benötigten Fertigkeiten festlegen,

erforderliche Ausrüstungen, Software und Werkzeuge,

wo sich geeignete Messpunkte im Prozessablauf befinden,

welche Merkmale an den einzelnen Punkten zu messen sind und die zu verwendenden Dokumentationen und Annahmekriterien,

wo der Kunde Punkte zur Bestätigung oder Verifizierung ausgewählter Merkmale eines Produktes / einer Dienstleistung festgelegt hat,

Prüfungen, die von amtlichen Stellen bestätigt oder durchgeführt werden müssen,

wo, wann und wie unsere Unternehmung beabsichtigt oder vom Kunden bzw. von amtlichen Stellen verpflichtet ist, qualifizierte dritte Parteien zur Durchführung folgender Prüfungen hinzuzuziehen

Typprüfungen,

Prüfungen im laufenden Prozess,

Produkt- / Dienstleistungsverifizierung,

Produkt- / Dienstleistungsvalidierung,

Produkt- / Dienstleistungsqualifizierung,

Qualifikation der Personen, des Materials, der Produkte, der Dienstleistungen, der Prozesse und des Qualitätsmanagementsystems,

Endprüfungen zur Bestätigung, dass die Verifizierungs- und Validierungstätigkeiten vollständig und zufriedenstellend abgeschlossen wurden und

Aufzeichnungen der Ergebnisse der produkt- und dienstleistungsbezogenen Messungen.

Unsere Unternehmung bewertet die für die Produkt- / Dienstleistungsmessung verwendeten Verfahren und die geplanten Verifizierungsaufzeichnungen, um Möglichkeiten zur Leistungsverbesserung zu erwägen.

Typische Beispiele für Aufzeichnungen von Produkt- / Dienstleistungsmessungen, die für die Leistungsverbesserung erwogen werden, schließen ein:

Prüfberichte,

Materialfreigabescheine,

Produkt- / Dienstleistungsannahmeformulare und

geforderte Konformitätsnachweise.

Datenanalyse

Unsere Unternehmung ermittelt geeignete Daten, erfasst und analysiert diese, um die Eignung und Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems darzulegen und zu beurteilen, wo ständige Verbesserungen der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems vorgenommen werden

können. Dies muss Daten einschließen, die durch Überwachung und Messung und aus anderen relevanten Quellen gewonnen wurden.

Diese Datenanalyse muss Angaben liefern über

Kundenzufriedenheit,

Erfüllung der Produkt / -Dienstleistungsanforderungen,

Prozess-, Produkt und Dienstleistungsmerkmale und deren Trends einschließlich Möglichkeiten für Vorbeugungsmassnahmen und

Lieferanten.

Entscheidungen beruhen auf der Analyse von Daten, die aus Messungen und Informationen zusammengetragen wurden. In diesem Zusammenhang analysiert unsere Unternehmung Daten aus verschiedenen Quellen, um die Leistung anhand der Pläne und festgelegten Ziele zu bewerten und verbesserungsbedürftige Bereiche einschließlich des möglichen Nutzens für interessierte Parteien zu erkennen.

Auf Tatsachen basierende Entscheidungen erfordern wirksame und effiziente Maßnahmen, wie z.B.:

gültige Analysemethoden,

geeignete statistische Verfahren und

Treffen von Entscheidungen und Ergreifen von Maßnahmen anhand der Ergebnisse logischer Analysen, ergänzt durch Erfahrung und Intuition.

Die Datenanalyse trägt dazu bei, die tieferen Ursachen von vorhandenen oder potenziellen Problemen zu ermitteln und somit Anleitungen zu den für eine Verbesserung erforderlichen Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen bieten.

Damit eine Beurteilung der Gesamtleistung der Organisation durch die Leitung vorgenommen werden kann, werden Daten und Informationen aus allen Bereichen der Organisation zusammengeführt und analysiert. Die Gesamtleistung der Organisation wird in einer Form präsentiert, die für verschiedene Ebenen der Organisation geeignet ist.

Die Ergebnisse dieser Analyse werden von der Organisation verwendet, um

Tendenzen,

Kundenzufriedenheit,

Zufriedenheitsgrad anderer interessierter Parteien,

Wirksamkeit und Effizienz der Prozesse der Organisation,

Beitrag der Lieferanten,

Erfolg ihrer Ziele zur Leistungsverbesserung,

Wirtschaftliche Aspekte der Qualität und finanzielle und marktbezogene Leistung,

Benchmarking der Leistung und

Wettbewerbsfähigkeit

zu ermitteln.

Ständige Verbesserung

Unsere Unternehmung verbessert ständig die Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems durch Einsatz der Qualitätspolitik, Qualitätsziele, Auditergebnisse, Datenanalyse, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen sowie Managementbewertung.

Die Leitung strebt ständig nach einer Verbesserung der Wirksamkeit und Effizienz ihrer Prozesse, anstatt darauf zu warten, dass solche Verbesserungsgelegenheiten durch eine Störung aufgedeckt werden. Verbesserungen können von laufenden schrittweise erfolgenden Tätigkeiten bis zu strategischen bahnbrechenden Verbesserungsprojekten reichen. Unsere Unternehmung verfügt über einen Prozess zur Festlegung, Leitung und Lenkung von Verbesserungstätigkeiten. Diese Verbesserungen können zu Veränderungen an Produkten, Dienstleistungen und Prozessen und sogar im Qualitätsmanagementsystem oder in der Organisation führen.

Korrekturmaßnahmen

Unsere Unternehmung ergreift Korrekturmaßnahmen zur Beseitigung der Ursachen von Fehlern, um deren erneutes Auftreten zu verhindern. Korrekturmaßnahmen müssen den Auswirkungen der aufgetretenen Fehler angemessen sein.

Ein dokumentiertes Verfahren ist eingeführt, um Anforderungen festzulegen zur

- Fehlerbewertung (einschließlich Kundenbeschwerden)
- Ermittlung der Ursachen von Fehlern
- Beurteilung des Handlungsbedarfs, um das erneute Auftreten von Fehlern zu verhindern
- Ermittlung und Verwirklichung der erforderlichen Maßnahmen
- Aufzeichnung der Ergebnisse der ergriffenen Maßnahmen und
- Bewertung der ergriffenen Korrekturmaßnahmen.

Die oberste Leitung stellt sicher, dass Korrekturmaßnahmen als ein Hilfsmittel zur Verbesserung eingesetzt werden. Die Planung von Korrekturmaßnehmen sollte die Beurteilung der Bedeutung von Problemen einschleißen und die möglichen Auswirkungen auf Faktoren wie Betriebskosten, fehlerbedingte Kosten, Produktleistung, Zuverlässigkeit, Sicherheit du Zufriedenheit der Kunden und anderer interessierter Parteien zum Gegenstand haben. Personen der entsprechenden Fachbereiche sind am Prozess der Korrekturmaßnahmen beteiligt. Auch wird beim Ergreifen

von Maßnahmen die Wirksamkeit und Effizienz von Prozessen betont, und die Maßnahmen werden überwacht, um sicherzustellen, dass die gewünschten Ziele erreicht werden. Korrekturmaßnahmen werden in Managementbewertungen einbezogen werden.

Bei der Ergreifung von Korrekturmaßnahmen ermittelt Unsere Unternehmung Informationsquellen und sammelt Informationen, um die notwendigen Korrekturmaßnahmen festzulegen. Die festgelegten Korrekturmaßnahmen konzentrieren sich auf die Beseitigung der Ursachen von Fehlern, um deren Wiederholung zu vermeiden.

Vorbeugemaßnahmen

Unsere Unternehmung legt Maßnahmen zur Beseitigung der Ursachen von möglichen Fehlern fest, um deren Auftreten zu verhindern. Vorbeugemaßnahmen müssen den Auswirkungen der möglichen Probleme angemessen sein.

Ein dokumentiertes Verfahren ist eingeführt, um Anforderungen festzulegen zur

Ermittlung potentieller Fehler und ihrer Ursachen,

Beurteilung des Handlungsbedarfs, um das Auftreten von Fehlern zu verhindern,

Ermittlung und Verwirklichung der erforderlichen Maßnahmen,

Aufzeichnung der Ergebnisse der ergriffenen Maßnahmen und

Bewertung der ergriffenen Vorbeugemaßnahmen.

Ständige Verbesserung der Organisation

Um die Zukunft der Organisation und die Zufriedenheit interessierter Parteien zu unterstützen, schafft die Leitung eine Kultur, welche die Personen aktiv in die Suche nach Möglichkeiten für die Leistungsverbesserung von Produkten, Prozessen, Tätigkeiten und Dienstleistungen einbezieht.

Um die Personen einzubeziehen, schafft die oberste Leitung ein Umfeld, in dem Befugnisse erteilt werden, so dass die Personen Verantwortung erhalten und annehmen, um Möglichkeiten zu erkennen, durch welche unsere Unternehmung ihre Leistung verbessern kann. Dies lässt sich erreichen durch Tätigkeiten wie:

Festlegen von Zielen für Personen, Projekte und Organisation,

Benchmarking der Leistungen der Wettbewerber und der ersten Praktiken,

Anerkennung und Belohnung für erreichte Verbesserungen und

Vorschlagswesen einschließlich rechtzeitiger Reaktionen seitens der Leitung.

Um eine Struktur für Verbesserungsaktivitäten zu bieten, legt die oberste Leitung einen Prozess zur ständigen Verbesserung fest und verwirklicht diesen, der auf die Realisierungs- und Unterstützungsprozesse und -tätigkeiten angewendet werden kann.

Um die Wirksamkeit und Effizienz des Verbesserungsprozesses sicherzustellen, werden Realisierungs- und Unterstützungsprozesse betrachtet in Bezug auf:

Wirksamkeit (z.B. den Anforderungen entsprechende Ergebnisse),

Effizienz (z.B. Ressourcen pro Einheit in Zeit und Geld),

Externe Effekte (z.B. Änderung gesetzlicher und behördlicher Bestimmungen),

Potenzielle Schwachpunkte (z.B. mangelnde Fähigkeit und Konsistenz),

Gelegenheit zur Anwendung besserer Methoden,

Lenkung geplanter und ungeplanter Veränderungen und

Messung des geplanten Nutzens.

Ein derartiger Prozess der ständigen Verbesserung wird als Hilfsmittel für die Verbesserung der internen Wirksamkeit und Effizienz der Organisation und zur Verbesserung der Zufriedenheit der Kunden und der anderen interessierten Parteien verwendet.

Die Leitung unterstützt Verbesserungen in Form kleiner Schritte im Rahmen vorhandener Prozesse oder in Form von bahnbrechenden Gelegenheiten, um den höchsten Nutzen für unsere Unternehmung und interessieret Parteien zu erzielen.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Überwachung, Messung, Analyse und Bewertung

Um die Konformität der Dienstleistung und des QMS zu erreichen, werden die verschiedenen Bereiche der Einrichtung mindestens einmal jährlich befragt und geprüft. Alle Prüftätigkeiten werden jährlich durch den QMB/qu.int.as-Beauftragten geplant. Die Ergebnisse werden festgehalten und in Teambesprechungen bekannt- gegeben bzw. fließen in die Managementbewertung ein. Dies betrifft alle Prozesse des Qualitätsmanagementsystems.

Um den Prüf- und Überwachungsaufwand in wirtschaftlich vertretbaren Grenzen zu halten, kommen unter anderem bei der Wareneingangsprüfung oder der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung sowie bei den Zwischenkontrollen im Ablauf Stichprobenverfahren zum Einsatz. Statistische

Verfahren kommen im betriebswirtschaftlichen Bereich und bei der Messung der Kundenzufriedenheit zum Einsatz. Wo immer mit diesen Verfahren gearbeitet wird, wird exakt definiert, welches Verfahren in welcher Form herangezogen wurde. Verantwortlich für die Entscheidung über den Einsatz statistischer Verfahren ist die Einrichtungsleitung.

Kriterien für die Überwachung und Messung sind:

- Reklamationen
- Fehler- und Beschwerdelisten
- Rückmeldung von interessierten Parteien
- Anbieterbewertungen
- Wahrung gesetzlicher Vorschriften
- Auditberichte vorangegangener Audits
- Effektivität der Arbeitsabläufe

Datenanalyse

Zur Bestimmung der Wirksamkeit und der Eignung des QM-Systems sowie zur Auf-deckung von Verbesserungspotenzial werden Daten aus den Mess- und Überwachungstätigkeiten gesammelt und ausgewertet. Durch die systematische Erfassung und Auswertung der erbrachten Leistungen können Schwachstellen in der Einrichtung aufgedeckt werden und Ansatzpunkte für eine Steigerung der Wirtschaftlichkeit der Einrichtung gewonnen werden. Die Einrichtungsleitung setzt Datenanalysen in erster Linie ein, um festzustellen, ob die definierten Ziele erreicht werden.

Unsere klinischen Prozesse werden mittels der Risikoanalyse analysiert, aber nicht laufend bewertet. Die Bewertung erfolgt anhand der Kennzahlüberwachung und der Auswertung von Vorkommnissen. Somit sichern wir die Konformität mit den Qualitätsmerkmalen. Treten Fehler beim Durchführen von klinischen Prozessen auf, werden diese dokumentiert und mit entsprechenden Maßnahmen abgestellt. Mittels PA Korrektur- und Vorbeugemaßnahme wird sichergestellt, dass der Fehler sich nicht wiederholen kann. Getroffene Maßnahmen zur Verbesserung von klinischen Prozessen oder zur Beseitigung von Fehlern werden mittels der Risikoanalyse überprüft. Beim Durchführen der Managementbewertung wird überprüft, ob die klinischen Prozesse noch konform mit den Qualitätsmerkmalen sind. Sollte dies nicht der Fall sein, wird der klinische Prozess angepasst. Bei der Durchführung der klinischen Prozesse werden diese ebenfalls überdacht. Sofern notwendig, werden wir den Behörden einen Bericht über Vorkommnisse zukommen lassen. Informationen über das Auftreten von meldepflichtigen Krankheiten werden von uns sofort an die Aufsichtsbehörde und andere Stellen weitergegeben.

Notfallmanagement

Es soll eine regelmäßige Überprüfung der tatsächlichen und möglichen Betriebsstörungen und der nicht medizinischen Notfälle sichergestellt werden. Des- weiteren werden nach der Überprüfung evtl. erforderliche Maßnahmen (Vorbeugungsmaßnahmen) gegen

Betriebsstörungen und nicht medizinische Notfälle festgelegt und umgesetzt, so dass die Eintrittswahrscheinlichkeit minimiert bzw. ausgeschlossen werden kann.

Notfalltrainings werden wiederkehrend durchgeführt, um ein schnelles und richtiges Reagieren zu gewährleisten

Lenkung von Überwachungs- und Messmitteln

Alle zur Sicherung der Konformität der Dienstleistung vorzunehmenden Messungen sind spezifiziert und die dafür erforderlichen Messmittel ermittelt worden. Alle Messmittel für diagnostische und therapeutische Zwecke, die Einfluss auf die Qualität der medizinischen Behandlung haben, sind ein Teil der medizintechnischen Ausrüstung der Einrichtung und unterliegen der MPBetreibV.

Messmittel, an denen Mängel festgestellt wurden, werden für die weitere Benutzung gesperrt. Sie werden entweder endgültig ausgeschieden oder wieder verwendet, nachdem sie ordnungsgemäß nachgearbeitet und erneut überprüft wurden. Die Gültigkeit früherer Prüfergebnisse dieses Messmittels wird in diesem Fall erneut bewertet und gegebenenfalls werden Korrekturmaßnahmen eingeleitet. Außerdem werden Messmittel mit abgelaufenem Prüfdatum von der Verwendung ausgeschlossen. Messmittel werden in der Regel an dem dafür vorgesehenen Arbeitsplatz verwendet. Der Anwender (externer Prüfer oder Mitarbeiter) ist für die Pflege und Kontrolle zuständig.

Jeder Benutzer, der Messmittel verwendet, ist für deren sorgfältige Behandlung und vorschriftsmäßige Benutzung verantwortlich. Bei Abweichungen oder Zweifeln an der Genauigkeit ist sofort die Kontrolle zu verständigen und das Messmittel aus dem Verkehr zu ziehen.

Internes Audit

Interne Audits sollen die Zweckmäßigkeit und Wirksamkeit der gesamten Arbeitsabläufe des QMS darstellen. Die internen Audits erfolgen mit integriertem Fokus und erstrecken sich auf Belange des Qualitätsmanagements und des Arbeitsschutzes. Es wird geprüft, ob die geplanten Regelungen, die Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2015 und der MAAS-BGW auf Basis der DIN EN ISO 9001:2015 sowie die von der Einrichtung festgelegten Anforderungen an das Managementsystem erfüllt, wirksam verwirklicht und aufrechterhalten werden. Dieses führt dazu, dass frühzeitig Schwachstellen erkannt und konkrete Maßnahmen zur Schwachstellenbeseitigung vorgenommen werden können.

Interne Audits finden in festgelegten Abständen, mindestens einmal jährlich statt. Hierzu erstellt der QMB/qu.int.as-Beauftragte jährlich ein Auditprogramm. Audits werden so geplant, dass jeder Einrichtungsbereich auditiert wird. Das Auditprogramm enthält alle geplanten Audits für ein Kalenderjahr und nennt den zu auditierenden Bereich sowie den Audittermin. Das Auditprogramm wird von der Einrichtungsleitung genehmigt und für alle Mitarbeiter zugänglich ausgehängt.

Um bei den internen Audits die erforderliche Objektivität und Unparteilichkeit zu wahren, werden die Audits von Herrn Mario Krauß und Frau Stephanie Wamser (externe QM-Berater) durchgeführt.

Aktuelle Mängel, Kundeneschwerden, Mitarbeitervorschläge und Abweichungen vorangegangener Audits werden im Rahmen der internen Audits abgeprüft.

Im Audit wird mit dem zu auditierenden Mitarbeiter zu dessen Aufgabe, den Zielen, seinem Arbeitsplatz, Aufgabenerfüllung sowie zu seinen Verbesserungsvorschlägen ein persönliches Gespräch geführt. Der Auditor wird durch Beobachten und Zuhören Verbesserungsmöglichkeiten und -potenziale erkennen.

Nach dem Audit werden die Ergebnisse mit den auditierten Mitarbeitern besprochen und im Auditbericht dokumentiert. Die Erstellung des Auditberichts erfolgt durch den Auditor. Der Bericht enthält Angaben über den auditierten Bereich, Ziel und Ergebnisse des Audits sowie Abweichungsberichte mit Vermerk über die Notwendigkeit eines Nachaudits.