

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V
für das Berichtsjahr 2010

Evangelisches Fachkrankenhaus für Atemwegserkrankungen

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ
auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 12.07.2011 um 09:22 Uhr erstellt.

DKTIG: <http://www.dktig.de>

ProMaTo: <http://www.netfutura.de>

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

- A** **Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**
- A-1** Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses
- A-2** Institutionskennzeichen des Krankenhauses
- A-3** Standort(nummer)
- A-4** Name und Art des Krankenhausträgers
- A-5** Akademisches Lehrkrankenhaus
- A-6** Organisationsstruktur des Krankenhauses
- A-7** Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie
- A-8** Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses
- A-9** Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses
- A-10** Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses
- A-11** Forschung und Lehre des Krankenhauses
- A-12** Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V
- A-13** Fallzahlen des Krankenhauses
- A-14** Personal des Krankenhauses
- A-15** Apparative Ausstattung

- B** **Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen**
- B-[1]** Innere Medizin
- B-[1].1** Name der Organisationseinheit/Fachabteilung
- B-[1].2** Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung
- B-[1].3** Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung
- B-[1].4** Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung
- B-[1].5** Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung
- B-[1].6** Diagnosen nach ICD
- B-[1].7** Prozeduren nach OPS
- B-[1].8** Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-[1].9** Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-[1].10** Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-[1].11** Personelle Ausstattung

- C** **Qualitätssicherung**

- C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
- C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
- C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
- C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V
- C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] ('Strukturqualitätsvereinbarung')
- C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V

- D **Qualitätsmanagement**
- D-1 Qualitätspolitik
- D-2 Qualitätsziele
- D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements
- D-5 Qualitätsmanagement-Projekte
- D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Einleitung

Mehr Transparenz - ganz im Sinne unserer Patienten

Mit dem Qualitätsbericht des **Evangelischen Fachkrankenhauses für Atemwegserkrankungen Neustadt / Südharz** wollen wir der Öffentlichkeit die Leistungen unseres Hauses transparent darstellen.

Im ersten Teil erhalten Sie einen Einblick in allgemeine und fachspezifische Struktur- und Leistungsdaten. Mit anderen Worten: es werden die Art und Anzahl der medizinischen Leistungen unseres Hauses vorgestellt.

Im zweiten Teil des Berichtes werden die Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements dargelegt. Maßnahmen, die sicherstellen, dass wir unsere Patienten stets mit einer fachlich hohen Qualität behandeln und betreuen und dabei nie den Menschen in seiner Gesamtheit und Individualität aus dem Blick verlieren.

Der Qualitätsbericht dient zum einen den Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen zur vergleichenden Auswertung und Qualitätssicherung. Zum anderen legt er den Patienten sowie der breiten Öffentlichkeit die Leistungen, organisatorische Gegebenheiten des Hauses sowie Aktivitäten zur Sicherung einer guten Qualität dar.

Wir haben bereits vor 11 Jahren ein umfassendes Qualitätsmanagement in allen Bereichen unseres Hauses implementiert und wurden dafür im Jahr 2003 als eines der ersten Häuser in Deutschland mit dem Zertifikat von KTQ und proCum Cert ausgezeichnet und konnten 2010 auch die 2. Re-Zertifizierung erfolgreich bestehen. Im Rahmen der Zertifizierung haben wir bereits einen Qualitätsbericht erstellt und unter www.ktq.de veröffentlicht.

Der vorliegende Bericht ist unabhängig von der Zertifizierung. Er wurde nach den Vorgaben des Gesetzgebers gemäß § 137 SGB V angefertigt, wonach jedes Krankenhaus verpflichtet ist, einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen.

Sollten Sie darüber hinaus weitere Informationen zu unserem Haus wünschen, besuchen Sie doch unsere Internetseiten unter www.diako-harz.de. Natürlich können Sie auch persönlich mit uns Kontakt aufnehmen - die entsprechende Telefonnummer sowie e-mail-Adresse finden Sie im Anhang.

Vielen Dank für Ihr Interesse am Qualitätsbericht des Ev. Fachkrankenhauses.

Die Krankenhausleitung des Ev. Fachkrankenhauses für Atemwegserkrankungen

Verantwortlich:

| Name | Abteilung | Tel. Nr. | Fax Nr. | Email |
|----------------------|----------------------------------|--------------|---------|------------------------------------|
| Dr. Klaus H. Thomas | Chefarzt und Ärztlicher Direktor | 036331 36136 | | Klaus.Thomas@diako-harz.de |
| Uve Strauss | Verwaltungsleiter | 036331 36111 | | Uve.Strauss@diako-harz.de |
| Hans-Christoph Wisch | Pflegedienstleiter | 036331 36169 | | Hans-Christoph.Wisch@diako-harz.de |

Ansprechpartner:

| Name | Abteilung | Tel. Nr. | Fax Nr. | Email |
|------------------|---------------------|--------------|--------------|--------------------------------|
| Stefanie Schmidt | Qualitätsmanagement | 039454 82391 | 039454 82303 | Stefanie.Schmidt@diako-harz.de |

Links:

www.diako-harz.de,
www.mvz-harz.de

Sonstiges:

Das Evangelische Fachkrankenhaus für Atemwegserkrankungen in Neustadt/Südharz gehört gemeinsam mit dem Diakonie-Krankenhaus Elbingerode zur Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH.

Es ist eine spezialisierte Akutklinik für Lungen- und Atemwegserkrankungen. Der diagnostische und therapeutische Schwerpunkt liegt in der Behandlung von Erkrankungen, die die Atemwege verengen (z. B. Asthma, chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, Lungenemphysem), Lungen- und Rippenfellentzündungen durch Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten und Tuberkuloseerreger, gut- und bösartige Tumoren der Lunge und des Rippenfells, Erkrankungen des Lungenbindegewebes (z. B. Sarkoidose, Exogen allergische Alveolitis, Lungenfibrose, Kollagenosen), allergische Erkrankungen, Schlafstörungen (z. B. Schlafapnoesyndrom), Erkrankungen, die zu einer Atemmuskelschwäche führen (z. B. neuromuskuläre Krankheiten) sowie Erkrankungen des Herzkreislaufsystems, die ebenfalls zu Husten oder Luftnot führen. Eingebunden in den diakonischen Auftrag bieten wir unseren Patienten eine ganzheitliche und den individuellen Bedürfnissen angepasste medizinische Versorgung und pflegerische Betreuung und Begleitung.

Mit einem Neubau, Umbaumaßnahmen und einer hochwertigen medizinischen-technischen Ausstattung, halten wir modernste Behandlungsbedingungen vor.

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Dr. Klaus H. Thomas, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Teil A - Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hausanschrift:

Evangelisches Fachkrankenhaus für Atemwegserkrankungen

Badestr. 23

99762 Neustadt

Telefon:

036331 / 360

Fax:

036331 / 36188

E-Mail:

neustadt@diako-harz.de

Internet:

<http://www.diako-harz.de>

Weiterer Standort:

Hausanschrift:

Diakonie-Krankenhaus Elbingerode

Brockenstraße 1

38875 Elbingerode

Telefon:

039454 / 82000

Fax:

039454 / 82303

E-Mail:

info@diako-harz.de

Internet:

www.diako-harz.de

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

261600428

A-3 Standort(nummer)

00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name:

Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH

Art:

freigemeinnützig

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Nein

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Das Evangelische Fachkrankenhaus für Atemwegserkrankungen in Neustadt/Südharz gehört gemeinsam mit dem Diakonie-Krankenhaus Elbingerode zur Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH.

Gesellschafter der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH ist der Deutsche Gemeinschafts-Diakonieverband (DGD), einer der größten Mitgliedsverbände des Diakonischen Werkes in der Evangelischen Kirche Deutschlands, mit Hauptsitz in Marburg.

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

| Nr. | Fachabteilungsübergreifender Versorgungsschwerpunkt: | Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind: | Kommentar / Erläuterung: |
|------|---|--|---|
| VS00 | Allergologie | Innere | |
| VS00 | Nicht-invasive Beatmung und Beatmungsentwöhnung (Weaning) | Innere | Für die Einleitung und Optimierung einer Nichtinvasiven Beatmung steht in unserem Haus ein speziell ausgebildetes, erfahrenes Therapeuten-Team zur Verfügung. |
| VS00 | Pneumologie | Innere | |

| Nr. | Fachabteilungsübergreifender Versorgungsschwerpunkt: | Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind: | Kommentar / Erläuterung: |
|------|--|--|---|
| VS00 | Schlafmedizin | Innere | Seit 1998 betreiben wir ein modernes, von der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin akkreditiertes Schlaflabor mit 8 Messplätzen, in dem Schlafqualität und Atmung untersucht werden. Aufgrund unserer technischen Ausstattung und der besonderen Qualifikation unserer Mitarbeiter sind wir in der Lage, sämtliche Schlafstörungen zu diagnostizieren und zu behandeln. |
| VS00 | Thoraxzentrum | Innere | Lungenkrebs gehört zu den häufigsten Tumorerkrankungen. Um eine bestmögliche Versorgung krebskranker Patienten sicherzustellen und eine optimale Zusammenarbeit aller medizinischen Fachrichtungen im Kampf gegen den Krebs zu gewährleisten, haben wir in Kooperation mit der Südharz-Krankenhaus Nordhausen gGmbH das „THORAXZENTRUM SÜDHARZ“ gegründet. |

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot: | Kommentar / Erläuterung: |
|------|--|--------------------------|
| MP54 | Asthmaschulung | |
| MP04 | Atemgymnastik | |
| MP00 | Beatmungstherapie (Nicht-invasive Beatmung, Entwöhnung vom Respirator) | |
| MP00 | Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiter | |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot: | Kommentar / Erläuterung: |
|------|--|--|
| MP09 | Besondere Formen/ Konzepte der Betreuung von Sterbenden | stationäres Christliches Hospiz "Haus Geborgenheit", Trauerbegleitung |
| MP13 | Diabetiker-Schulung | |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung | |
| MP15 | Entlassungsmanagement | |
| MP00 | Ethikberatung/Ethische Fallbesprechung | |
| MP00 | Inhalation | |
| MP24 | Lymphdrainage | |
| MP25 | Massage | |
| MP26 | Medizinische Fußpflege | |
| MP31 | Physikalische Therapie | |
| MP32 | Physiotherapie/ Krankengymnastik | |
| MP33 | Präventive Leistungsangebote/ Präventionskurse | z.B. Lungensport |
| MP00 | Sauerstofftherapie | |
| MP00 | Schulung bei Schlafapnoe und Schlafstörungen | |
| MP63 | Sozialdienst | |
| MP64 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit | Tag der Offenen Tür, Teilnahme am Deutschen Lungentag, Fachvorträge und Informationsveranstaltungen, Ausstellungen, Kulturelle Veranstaltungen |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen | z.B. Beratung zur inhalativen Therapie |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot | z.B. Pflegevisiten |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/ Orthopädietechnik | z.B. zur nicht-invasiven Beatmung |
| MP48 | Wärme- u. Kälteanwendungen | |
| MP51 | Wundmanagement | z.B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen | vor allem mit den Selbsthilfegruppen Schlafapnoe, Asthma, Herz-Kreislauf-Erkrankungen |

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot: | Kommentar / Erläuterung: |
|------|---|--------------------------|
| MP68 | Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege | |

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

| Nr. | Serviceangebot: | Kommentar / Erläuterung: |
|------|---|---|
| SA43 | Abschiedsraum | |
| SA01 | Aufenthaltsräume | |
| SA12 | Balkon/ Terrasse | |
| SA55 | Beschwerdemanagement | |
| SA39 | Besuchsdienst/"Grüne Damen" | |
| SA23 | Cafeteria | |
| SA44 | Diät-/Ernährungsangebot | |
| SA41 | Dolmetscherdienste | z.B. für russischsprachige Patienten |
| SA03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | |
| SA13 | Elektrisch verstellbare Betten | |
| SA40 | Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Besucher | |
| SA24 | Faxempfang für Patienten | |
| SA14 | Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer | |
| SA04 | Fernsehraum | |
| SA49 | Fortbildungsangebote/Informationsveranstaltungen | |
| SA20 | Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl) | Essen in einem schön gestalteten Speisesaal möglich |
| SA26 | Friseursalon | |
| SA45 | Frühstücks-/Abendbuffet | |
| SA46 | Getränkeautomat | |

| Nr. | Serviceangebot: | Kommentar / Erläuterung: |
|------|--|--------------------------|
| SA28 | Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten | |
| SA29 | Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum) | |
| SA30 | Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten | |
| SA21 | Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser) | |
| SA31 | Kulturelle Angebote | |
| SA32 | Maniküre/Pediküre | |
| SA47 | Nachmittagstee/-kaffee | |
| SA51 | Orientierungshilfen | |
| SA33 | Parkanlage | |
| SA52 | Postdienst | |
| SA34 | Rauchfreies Krankenhaus | |
| SA06 | Rollstuhlgerechte Nasszellen | |
| SA17 | Rundfunkempfang am Bett | |
| SA42 | Seelsorge | |
| SA00 | Sozialdienst | |
| SA54 | Tageszeitungsangebot | |
| SA08 | Teeküche für Patienten | |
| SA18 | Telefon | |
| SA09 | Unterbringung Begleitperson | |
| SA38 | Wäscheservice | |
| SA19 | Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer | |
| SA11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | |

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-11.1 Forschungsschwerpunkte

trifft nicht zu / entfällt

A-11.2 Akademische Lehre

trifft nicht zu / entfällt

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

trifft nicht zu / entfällt

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

90 Betten

A-13 Fallzahlen des Krankenhaus:

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fallzahl:

2955

Teilstationäre Fallzahl:

217

Ambulante Fallzahlen

Fallzählweise:

0

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

| | Anzahl | Kommentar/ Erläuterung |
|--|----------------|------------------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | 9,5 Vollkräfte | |

| | Anzahl | Kommentar/ Erläuterung |
|--|----------------|------------------------|
| davon Fachärzte und Fachärztinnen | 2,0 Vollkräfte | |
| Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) | 0 Personen | |
| Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind | 0 Vollkräfte | |

A-14.2 Pflegepersonal

| | Anzahl | Ausbildungsdauer | Kommentar/ Erläuterung |
|---|----------------|-----------------------|------------------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | 42 Vollkräfte | 3 Jahre | |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen | 0,5 Vollkräfte | 3 Jahre | |
| Altenpfleger und Altenpflegerinnen | 0 Vollkräfte | 3 Jahre | |
| Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen | 1 Vollkräfte | 2 Jahre | |
| Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen | 0 Vollkräfte | 1 Jahr | |
| Pflegehelfer und Pflegehelferinnen | 0 Vollkräfte | ab 200 Std. Basiskurs | |
| Entbindungspfleger und Hebammen | 0 Personen | 3 Jahre | |
| Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen | 0 Vollkräfte | 3 Jahre | |

A-14.3 Spezielles therapeutisches Personal

| Nr. | Spezielles therapeutisches Personal: | Anzahl: | Kommentar/ Erläuterung: |
|------|--|---------|-------------------------|
| SP02 | Arzthelfer und Arzthelferin | 0,9 | |
| SP04 | Diätassistent und Diätassistentin | 1,0 | |
| SP00 | Dokumentationsassistentin | 0,8 | |
| SP15 | Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin | 0,9 | |
| SP00 | MDA/Kodierer | 2,0 | |
| SP43 | Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal | 8,9 | |
| SP21 | Physiotherapeut und Physiotherapeutin | 1,6 | |

| Nr. | Spezielles therapeutisches Personal: | Anzahl: | Kommentar/ Erläuterung: |
|------|---|---------|-------------------------|
| SP25 | Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin | 0,5 | |
| SP28 | Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte | 1,9 | |

A-15 Apparative Ausstattung

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h | Kommentar / Erläuterung |
|------|------------------------------------|---|-----|---|
| AA58 | 24h-Blutdruck-Messung | | Ja | |
| AA59 | 24h-EKG-Messung | | Ja | |
| AA60 | 24h-pH-Metrie | pH-Wertmessung des Magens | Ja | |
| AA00 | Allergielabor | | Ja | |
| AA38 | Beatmungsgeräte/CPAP-Geräte | Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck | Ja | |
| AA03 | Belastungs-EKG/Ergometrie | Belastungstest mit Herzstrommessung | Ja | |
| AA05 | Bodyplethysmograph | Umfangreiches Lungenfunktionstestsystem | Ja | |
| AA39 | Bronchoskop | Gerät zur Luftröhren- und Bronchienspiegelung | Ja | |
| AA08 | Computertomograph (CT) | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | Ja | in Kooperation mit dem Südharz-Krankenhaus Nordhausen |
| AA40 | Defibrillator | Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen | Ja | |
| AA65 | Echokardiographiegerät | | Ja | |
| AA00 | Endobronchialer Ultraschall (EBUS) | | Ja | |
| AA12 | Gastroenterologisches Endoskop | Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung | Ja | |
| AA36 | Gerät zur Argon-Plasma-Koagulation | Blutstillung und Gewebeverödung mittels Argon-Plasma | Ja | |
| AA20 | Laser | | Ja | |

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|--|-----|--------------------------------------|
| AA22 | Magnetresonanztomograph (MRT) | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder | Ja | in Kooperation mit dem Thoraxzentrum |
| AA00 | Mediastinoskopie | | Ja | in Kooperation mit dem Thoraxzentrum |
| AA00 | Rechtsherzkathedermeßplatz | | Ja | |
| AA27 | Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät | | Ja | |
| AA00 | Schlafapnoe-Sreening | | Ja | |
| AA28 | Schlaflabor | | Ja | |
| AA29 | Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät | Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall | Ja | |
| AA00 | Spiroergometrie | | Ja | |
| AA31 | Spirometrie/Lungenfunktionsprüfung | | Ja | |
| AA32 | Szintigraphiescanner/Gammasonde | Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten | Ja | in Kooperation mit dem Thoraxzentrum |

Teil B - Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-[1] Fachabteilung Innere Medizin

B-[1].1 Name [Innere Medizin]

Innere Medizin

Art der Abteilung:

Hauptabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

0100

Hausanschrift:

Badestraße 23

99762 Neustadt/Südharz

Telefon:

036331 / 360

Fax:

036331 / 36188

E-Mail:

neustadt@diako-harz.de

Internet:

[http:// www.diako-harz.de](http://www.diako-harz.de)

Chefärztinnen/-ärzte:

| Titel: | Name, Vorname: | Funktion: | Tel. Nr., Email: | Sekretariat: | Belegarzt / KH-Arzt: |
|----------|----------------|-------------------------------------|--|--------------|----------------------|
| Dr. med. | Thomas, Klaus | Chefarzt und Ärztlicher Direktor | 036331 36136 Klaus.Thomas@diako-harz.de | Frau Münch | |

B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte [Innere Medizin]

| Nr. | Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-------------------------|
| VI00 | Beatmungsmedizin | |
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes | |
| VI03 | Diagnostik und Therapie sonstiger Formen der Herzkrankheit | |
| VI22 | Diagnostik und Therapie von Allergien | |
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge | |
| VH17 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea | |
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten | |
| VH08 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege | |
| VI16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura | |
| VI18 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen | |
| VI32 | Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin | |
| VR04 | Duplexsonographie | |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie | |
| VI35 | Endoskopie | |
| VH20 | Interdisziplinäre Tumornachsorge | |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen | |
| VH09 | Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege | |

B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Innere Medizin]

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|--|
| MP00 | Medizinisch-Pflegerisches Leistungsangebot | Alle medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote der Fachabteilung sind bereits unter A-9 beschrieben. |

B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Innere Medizin]

| Nr. | Serviceangebot | Kommentar / Erläuterung |
|------|--------------------------------------|---|
| SA00 | Nicht-Medizinisches Leistungsangebot | Alle nicht-medizinischen Leistungsangebote der Fachabteilung sind bereits unter A-10 beschrieben. |

B-[1].5 Fallzahlen [Innere Medizin]

Vollstationäre Fallzahl:

2955

Teilstationäre Fallzahl:

217

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10- Ziffer* | Fallzahl: | Umgangssprachliche Bezeichnung: |
|------|-----------------|-----------|--|
| 1 | J44 | 888 | Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD |
| 2 | G47 | 762 | Schlafstörung |
| 3 | J96 | 261 | Störung der Atmung mit ungenügender Aufnahme von Sauerstoff ins Blut |
| 4 | C34 | 146 | Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs |
| 5 | J42 | 128 | chronische Bronchitis |
| 6 | J18 | 116 | Lungenentzündung, ohne Erregernachweis |
| 7 | I50 | 113 | Herzschwäche |
| 8 | J45 | 88 | Asthma |

| Rang | ICD-10- Ziffer* | Fallzahl: | Umgangssprachliche Bezeichnung: |
|------|-----------------|-----------|--|
| 9 | J40 | 75 | Bronchitis, sonstige |
| 10 | J84 | 69 | Krankheit des Bindegewebes in der Lunge |
| 11 | R06 | 36 | Atemstörung |
| 12 | J20 | 30 | Akute Bronchitis |
| 13 | D38 | 27 | Tumoren der Atmungsorgane |
| 14 | D86 | 23 | Krankheit des Bindegewebes mit Knötchenbildung - Sarkoidose |
| 15 | J67 | 12 | Allergische Entzündung der Lungenbläschen (Alveolitis) durch organischen Staub |
| 16 | A15 | 11 | Tuberkulose der Atemorgane, mit gesichertem Nachweis der Krankheitserreger |
| 17 | J15 | 10 | Lungenentzündung durch Bakterien |
| 18 | J41 | 8 | Einfache bzw. schleimig-eitrige anhaltende (chronische) Bronchitis |
| 18 | Z03 | 8 | Ärztliche Beobachtung bzw. Beurteilung von Verdachtsfällen |
| 20 | E66 | 6 | Fettleibigkeit, schweres Übergewicht |
| 20 | I26 | 6 | Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie |
| 22 | A04 | <= 5 | Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien |
| 22 | A16 | <= 5 | Tuberkulose der Lunge, nicht ansteckend |
| 22 | A18 | <= 5 | Tuberkulose sonstiger Organe |
| 22 | A31 | <= 5 | Infektionskrankheit, ausgelöst durch sonstige Mykobakterien |
| 22 | A41 | <= 5 | Sonstige Blutvergiftung (Sepsis) |
| 22 | A49 | <= 5 | Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet |
| 22 | B59 | <= 5 | Infektionskrankheit der Lunge oder anderer Organe, ausgelöst durch Pneumozystis-Einzeller |
| 22 | C45 | <= 5 | Bindegewebskrebs von Brustfell (Pleura), Bauchfell (Peritoneum) oder Herzbeutel (Perikard) - Mesotheliom |
| 22 | C78 | <= 5 | Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in die Lunge |

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

B-[1].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

keine Angaben

B-[1].7 Prozeduren nach OPS

B-[1].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 Ziffer: | Anzahl: | Umgangssprachliche Bezeichnung: |
|------|--------------------|---------|---|
| 1 | 1-710 | 3914 | Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie |
| 2 | 1-711 | 1633 | Bestimmung der Menge von Kohlenmonoxid, die durch die Lunge aufgenommen und abgegeben wird |
| 3 | 1-790 | 1626 | Untersuchung von Hirn-, Herz-, Muskel- bzw. Atmungsvorgängen während des Schlafes |
| 4 | 1-620 | 1595 | Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung |
| 5 | 8-561 | 1385 | Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen |
| 6 | 1-843 | 1210 | Untersuchung der Luftröhrenäste (Bronchien) durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel |
| 7 | 1-715 | 637 | Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt |
| 8 | 8-717 | 545 | Einrichtung und Anpassung des Beatmungsgeräts zur Behandlung von Atemstörungen während des Schlafes |
| 9 | 9-500 | 528 | Patientenschulung |
| 10 | 8-716 | 465 | Einrichtung und Anpassung einer häuslichen künstlichen Beatmung |
| 11 | 1-700 | 245 | Untersuchung einer Allergie durch eine gezielte Auslösung einer allergischen Reaktion |
| 12 | 1-430 | 214 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den Atemwegen bei einer Spiegelung |
| 13 | 1-714 | 206 | Messung der Reaktion der Atemwege auf einen Reiz |
| 14 | 1-791 | 194 | Untersuchung von Herz- und Lungenvorgängen während des Schlafes |
| 15 | 3-222 | 159 | Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel |
| 16 | 1-712 | 154 | Messung der Zusammensetzung der Atemluft in Ruhe und unter körperlicher Belastung |
| 17 | 1-632 | 144 | Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung |
| 18 | 8-650 | 141 | Behandlung mit elektrischem Strom, meist direkt über die Haut |
| 19 | 1-440 | 117 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung |
| 20 | 8-542 | 109 | Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut |
| 21 | 8-706 | 104 | Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung |
| 22 | 8-930 | 86 | Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens |
| 23 | 8-800 | 80 | Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger |
| 24 | 1-245 | 77 | Messung der Nasendurchgängigkeit |

| Rang | OPS-301 Ziffer: | Anzahl: | Umgangssprachliche Bezeichnung: |
|------|--------------------|---------|---|
| 25 | 9-401 | 76 | Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention |
| 26 | 8-900 | 65 | Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene |
| 27 | 3-202 | 62 | Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel |
| 28 | 1-316 | 57 | Säuremessung in der Speiseröhre |
| 29 | 8-987 | 55 | Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern |
| 30 | 8-714 | 42 | Spezialverfahren zur künstlichen Beatmung bei schwerem Atemversagen |

B-[1].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

keine Angaben

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Nr. / Leistung | Kommentar / Erläuterung |
|------|------------------|-----------------------------|----------------|-------------------------|
| AM00 | Physiotherapie | | | |

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

trifft nicht zu / entfällt

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

nicht vorhanden

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

| | Anzahl | Kommentar/ Erläuterung |
|--|----------------|------------------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | 9,5 Vollkräfte | |
| davon Fachärzte und Fachärztinnen | 2,0 Vollkräfte | |
| Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) | 0 Personen | |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen): | Kommentar / Erläuterung: |
|------|---|--------------------------|
| AQ23 | Innere Medizin | |
| AQ30 | Innere Medizin und SP Pneumologie | |

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung: | Kommentar / Erläuterung: |
|------|--------------------------------|--------------------------|
| ZF01 | Ärztliches Qualitätsmanagement | |
| ZF28 | Notfallmedizin | |
| ZF39 | Schlafmedizin | |

B-[1].11.2 Pflegepersonal

| | Anzahl | Ausbildungsdauer | Kommentar/ Erläuterung |
|---|----------------|-----------------------|------------------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | 42 Vollkräfte | 3 Jahre | |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen | 0,5 Vollkräfte | 3 Jahre | |
| Altenpfleger und Altenpflegerinnen | 0 Vollkräfte | 3 Jahre | |
| Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen | 1,0 Vollkräfte | 2 Jahre | |
| Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen | 0 Vollkräfte | 1 Jahr | |
| Pflegehelfer und Pflegehelferinnen | 0 Vollkräfte | ab 200 Std. Basiskurs | |
| Entbindungspfleger und Hebammen | 0 Personen | 3 Jahre | |

| | Anzahl | Ausbildungsdauer | Kommentar/ Erläuterung |
|---|--------------|------------------|------------------------|
| Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen | 0 Vollkräfte | 3 Jahre | |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss: | Kommentar / Erläuterung: |
|------|--|--------------------------|
| PQ02 | Diplom | |
| PQ03 | Hygienefachkraft | |
| PQ04 | Intensivpflege und Anästhesie | |
| PQ05 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten | |
| PQ07 | Onkologische Pflege/Palliative Care | |

| Nr. | Zusatzqualifikation: | Kommentar / Erläuterung: |
|------|--------------------------------|--------------------------|
| ZP04 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik | |
| ZP12 | Praxisanleitung | |
| ZP13 | Qualitätsmanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |

B-[1].11.3 Spezielles therapeutisches Personal

Für die Innere Medizin steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

| Nr. | Spezielles therapeutisches Personal | Anzahl | Kommentar/ Erläuterung |
|------|--|----------------|------------------------|
| SP02 | Arzthelfer und Arzthelferin | 0,9 Vollkräfte | |
| SP04 | Diätassistent und Diätassistentin | 1,0 Vollkräfte | |
| SP00 | Dokumentationsassistentin | 0,8 Vollkräfte | |
| SP15 | Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin | 0,9 Vollkräfte | |
| SP00 | MDA/Kodierer | 2,0 Vollkräfte | |
| SP43 | Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal | 8,9 Vollkräfte | |
| SP21 | Physiotherapeut und Physiotherapeutin | 1,6 Vollkräfte | |
| SP25 | Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin | 0,5 Vollkräfte | |

| Nr. | Spezielles therapeutisches Personal | Anzahl | Kommentar/ Erläuterung |
|------|---|----------------|------------------------|
| SP28 | Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte | 1,9 Vollkräfte | |

Teil C - Qualitätssicherung

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

| DMP | Kommentar / Erläuterung |
|--|-------------------------|
| Asthma bronchiale | |
| Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) | |

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Zu weiteren Verfahren der externen Qualitätssicherung zählen Benchmarking-Projekte innerhalb des Qualitätsmanagement-Verbundes diakonischer Krankenhäuser (siehe unter Projektbeschreibungen) sowie die Zertifizierung innerhalb der Arbeitsgemeinschaft pneumologischer Kliniken Deutschlands.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")

trifft nicht zu / entfällt

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V

| | | Anzahl |
|----|---|------------|
| 1. | Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen | 2 Personen |
| 2. | Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3] | 2 Personen |
| 3. | Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben** [Zähler von Nr. 2] | 0 Personen |

* nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ in der Fassung vom 19.03.2009 (siehe www.g-ba.de)

** Hat eine fortbildungsverpflichtete Person zum Ende des für sie maßgeblichen Fünfjahreszeitraums ein Fortbildungszertifikat nicht vorgelegt, kann sie die gebotene Fortbildung binnen eines folgenden Zeitraumes von höchstens zwei Jahren nachholen.

Teil D - Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Werte sind wertvoll

Für unseren Dienst in der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH haben wir Grundsätze und Leitlinien vereinbart, die in einem Leitbild zusammengefasst wurden.

Es spiegelt unsere gemeinsamen Wertvorstellungen wieder, ist Richtschnur und Orientierung für unsere tägliche Arbeit. Das Leitbild wurde von einer interdisziplinär und hierarchieübergreifenden Projektgruppe erstellt und durch die Geschäftsführung verabschiedet. Im Rahmen einer Mitarbeiterversammlung wurden allen Mitarbeitern die Inhalte des Leitbildes bekannt gemacht und jeder neue Mitarbeiter erhält bei der Einstellung das Leitbild.

Wichtig ist uns nicht nur, ein Leitbild formuliert zu haben, sondern unsere Grundsätze mit Leben zu füllen - in unserer täglichen Arbeit mit Menschen und in der hausübergreifenden interdisziplinären Zusammenarbeit. Die Krankenhausleitung schafft dabei die Rahmenbedingungen, um den Gedanken des Leitbildes in die Praxis umzusetzen. Es erfolgen regelmäßige Reflektionen des Leitbildes, z. B. in Fortbildungsveranstaltungen des Elbingeröder-Diakonie-Seminars, in den Mitarbeiterjahresgesprächen, den wöchentlich stattfindenden Mitarbeiterandachten und Teambesprechungen. Abgeleitet vom Klinikleitbild gibt es weitere Leitbilder, Konzepte und Zielvorgaben: die Qualitätspolitik und Qualitätsziele, die Therapiekonzepte, das Seelsorgekonzept, Personalentwicklungskonzept u. a.

Qualität als Grundlage

Die Qualitätspolitik beschreibt die grundsätzliche Qualitätsphilosophie unseres Hauses unter Berücksichtigung der Unternehmensziele und des Krankenhausleitbildes. Dazu gehören wesentliche Aktivitäten, um die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterbindung sowie das gesellschaftliche Engagement und Ansehen zu erhalten und zu fördern. Die Qualitätsziele konkretisieren die Qualitätspolitik. Sie beschreiben langfristige und umfassende Absichten und Zielsetzungen.

Die Einführung des Qualitätsmanagements mit Blick auf ein umfassendes Qualitätsmanagement begann in unserem Haus standardgemäß mit der Festlegung und Definition Qualitätspolitik, von der im weiteren Verlauf die Qualitätsziele abgeleitet wurden.

Damit verpflichten wir uns gegenüber Patienten, Partnern und Behörden alle Tätigkeiten und Dienstleistungen wie ärztliche

Versorgung und Behandlung, Diagnostik, Pflege und Therapie, die Betreuung unserer Patienten in bestmöglicher Qualität und Hinwendung zum Menschen durchzuführen. Das Evangelische Fachkrankenhaus für Atemwegserkrankungen in Neustadt sieht sich dabei als vernetztes System, in dem die einzelnen Abteilungen, Funktionsbereiche und Stationen mit dem Ziel einer optimalen und patientenorientierten Versorgung koordiniert werden.

Qualitätspolitik und Qualitätsziele wurden vom Lenkungsausschuss erarbeitet und allen Mitarbeitern zugänglich gemacht. Sie haben Leitbildfunktion und sind verbindliche Arbeitsgrundlage.

D-2 Qualitätsziele

Zur Absicherung der qualitätsgerechten Leistungserbringung wird in die Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH ein Qualitätsmanagement-System, basierend auf den Leitlinien von DIN 9001 sowie KTQ und ProCumCert eingerichtet und umgesetzt.

1. Zwecke des Qualitätsmanagements sind eine ständige Qualitätsverbesserung, die Schaffung eines angenehmen Arbeitsumfeldes für die Mitarbeiter, die Sicherstellung einer angemessenen Behandlung und Betreuung der Patienten sowie die Einhaltung rechtlicher Vorschriften
2. Der Patient steht im Mittelpunkt der Leistungserbringung
3. Die patientenorientierte Leistungserbringung erfolgt auf Basis der geltenden Standards in Medizin, Pflege, Therapie sowie der begleitenden Dienste (z.B. Seelsorge, Sozialdienst)
4. Das Qualitätsmanagement schließt alle Mitarbeiter in die Gestaltungsarbeit und in die Verantwortung ein.
5. Schaffung einer Arbeitshaltung, die kontinuierliche Verbesserungen, Minimierung von vermeidbaren Verlusten innerhalb von Prozessen als auch bei den Ergebnissen sowie Fehlerbeseitigung fördert
6. Schaffung eines Organisationsklimas, welches klare Zuständigkeiten, Teamarbeit und sinnvolle Arbeitsinhalte fördert
7. Sicherung der Qualität von zugekauften Materialien, Produkten, Dienstleistungen und Technik durch die Bewertung von Lieferanten und Dienstleistern und Sicherung der Qualität von vorhandenen Materialien und Technik durch eine regelmäßige Kontrolle und Wartung
8. Die qualitätsgerechte Leistungserbringung soll den Patienten, Mitarbeitern sowie der Öffentlichkeit angemessen dargelegt werden

Zur Erreichung der Ziele aus den Grundsätzen der Qualitätspolitik setzen sich alle Mitarbeiter mit Engagement, Fachkompetenz und Selbstverantwortung ein. Die Krankenhausleitung verpflichtet und engagiert sich für die kontinuierliche Umsetzung und Bewertung.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Das Evangelische Fachkrankenhaus für Atemwegserkrankungen Neustadt/Südharz führt seit 2000 ein Qualitätsmanagementprojekt zur Umsetzung eines „umfassenden“ Qualitätsmanagements in allen Krankenhausbereichen durch. Das Qualitätsmanagementsystem wurde im Juli 2003 durch KTQ und pCC zertifiziert und 2006 und 2010 erfolgten die Re-Zertifizierungen.

Bei der Einführung des Qualitätsmanagementsystems kommt der Geschäftsführung der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH eine besondere Rolle zu, welche Qualitätsmanagement als vorrangige Leitungsaufgabe erkannte und die Krankenhausleitung sowie die Mitarbeiter der beiden Krankenhäuser der GmbH an das umfassende Qualitätsmanagement heranführte. Außerdem wurden für die Projektumsetzung frühzeitig die notwendigen Rahmenbedingungen und Ressourcen zur Verfügung gestellt. Um das Entwicklungsvorhaben vorzustellen und einen entsprechenden Projektrahmen und Projektziele festzulegen, fand zu Beginn des Projektes eine zweitägige Veranstaltung mit den Führungskräften der beiden Krankenhäuser sowie eine Unternehmensberatung statt, bei welcher die Idee eines patientenorientierten Qualitätsmanagements konkretisiert wurde. Durch intensive Diskussionen und Vorbereitungen auf Leitungsebene wurden so die Grundlagen für das Qualitätsmanagementsystem der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH geschaffen. Der Beschluss der Leitung, die bereits isoliert laufenden Qualitätssicherungsmaßnahmen in ein ganzheitliches Qualitätsmanagement-Konzept zu überführen, wurde durch das bereits Erreichte bestätigt.

Zur Umsetzung eines umfassenden Qualitätsmanagements unter Bezugnahme auf die oben genannten Unternehmensziele wurde als Stabsstelle der Geschäftsführung eine Projektleitung Qualitätsmanagement eingerichtet, welche hausübergreifend verantwortlich ist. Sie hat die Aufgabe, den gesamten Ablauf im Qualitätsmanagement zu koordinieren und zu organisieren sowie die Krankenhausleitung über Einzelmaßnahmen zu informieren.

Zur Unterstützung der internen Projektleitung während der Implementierungsphase wurde ein externer Projektberater (Unternehmensberater) hinzugezogen.

Der Projektleitung ist als oberstes Gremium des Qualitätsmanagements der Lenkungsausschuss übergeordnet. Der Lenkungsausschuss besteht aus der um den leitenden Therapeuten und die Projektleitung erweiterten

Krankenhausbetriebsleitung. Er ist somit multiprofessionell und abteilungsübergreifend zusammengesetzt. Er beschließt anstehende Entwicklungsabschnitte und genehmigt die einzelnen Projekte. Der Lenkungsausschuss wird regelmäßig durch die Projektleitung über den Projektverlauf informiert.

Außerdem gibt es zu Auditoren ausgebildete Qualitätsmanagementbeauftragte. Sie repräsentieren die einzelnen Fachbereiche.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Mehrphasige Projektorganisation

Für die Umsetzung eines umfassenden Qualitätsmanagements wurde eine mehrphasige Projektorganisation festgelegt, mit dem Ziel einer Zertifizierung nach KTQ und pCC sowie der Weiterführung des Projektes im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Die Zertifizierung war bei allen Maßnahmen nicht vorrangiges Ziel des Projektes, sondern vielmehr das Sichern und Weiterentwickeln einer optimalen Patientenversorgung. Deswegen wurde für die einzelnen Projektschritte ein breiter Zeitrahmen festgelegt, um einen optimalen Nutzen im Sinne von Struktur- und Prozessoptimierungen sowie Bewusstseinsbildung zu schaffen, ganz nach dem Motto „Der Weg ist das Ziel“.

Nach der Schaffung notwendiger Rahmenbedingungen zur Einführung eines Qualitätsmanagementprojektes, wie der Schaffung personeller Ressourcen und struktureller Gegebenheiten sowie der umfassenden Information aller Mitarbeiter, wurde in allen Bereichen des Diakonie-Krankenhauses eine IST-Analyse durchgeführt.

Das Ziel war, Verbesserungspotentiale gezielt erkennen und umsetzen zu können. Grundlage dieser gründlichen Prozess- und Strukturanalyse waren systematisch und fachbereichsspezifisch aufgebaute Fragekataloge, welche gemeinsam mit dem externen Projektberater erarbeitet wurden. Mit deren Hilfe wurden Befragungen durchgeführt sowie die Begehung der einzelnen Krankenhausbereiche. Es wurde eine Stärken- und Schwächenanalyse vorgenommen, um mögliche Handlungsfelder aufzeigen zu können. Hieraus entstanden verschiedene Maßnahmen die mit Hilfe einer Bedeutungs- und Dringlichkeitsanalyse gewichtet und anschließend in (z. T. interdisziplinären) Projektgruppen umgesetzt wurden.

Dabei wurde für die Projektgruppen ein Thema in Form eines Projektauftrages festgelegt. Die Projektgruppen hatten die Aufgabe, eine Problemanalyse durchzuführen, festgelegte Verbesserungsmöglichkeiten umzusetzen und die Projektschritte und Ergebnisse zu dokumentieren, welche wiederum allen Mitarbeitern transparent gemacht wurden.

PDCA-Zyklus:

Immer ein Schritt nach dem anderen

Die Umsetzung der Projekte erfolgt im PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, Act). Das heißt in den Schritten „Planen“, „Durchführen“, „Kontrollieren“ und „Reagieren“. Nach der Erfassung eines Optimierungsbedarfs wird das Verbesserungspotential aufgezeigt und eine Umsetzungsmöglichkeit beschrieben (IST-SOLL-Analyse). Die Maßnahmen werden implementiert und nach einem gewissen Zeitintervall auf ihre Effektivität hin überprüft. Können geplante Maßnahmen zur Umsetzung der Verbesserungen nicht zum Erfolg führen, müssen die Maßnahmen angepasst werden. So entsteht ein Kreislauf der ständigen Verbesserungen.

Nach der erfolgreichen IST-Analyse und Projektarbeit war eine Selbstbewertung mit anschließender Zertifizierung nach KTQ und pCC geplant. Grundlage der Selbstbewertung ist ein von KTQ und pCC vorgegebener Anforderungskatalog in Form von Fragen und einem Bewertungsschema, welcher 8 Hauptthemen umfasst: Patientenorientierung in der Krankenversorgung, Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung, Sicherheit im Krankenhaus, Informationswesen, Trägerverantwortung und Krankenhausführung, Qualitätsmanagement, Spiritualität und Gesellschaft.

Bei der Fremdbewertung, der Zertifizierung wurden die Aufzeichnungen der Selbstbewertung analysiert und bei der mehrtägigen Visitation in unserem Haus durch 3 Visitoren (aus dem ärztlichen, pflegerischen und verwaltungstechnischen Bereich) auf ihre Umsetzung hin überprüft. Da die Kriterien des KTQ/pCC-Katalogs durch unser Haus erreicht werden konnten, erhielten wir das KTQ/pCC Zertifikat, welches uns ein gute Behandlungsqualität und hohe Patientenorientierung bescheinigt. Im Rahmen der Zertifizierung wurden die Leistungen des Krankenhauses der Öffentlichkeit durch einen zu veröffentlichenden Qualitätsbericht transparent gemacht.

Das Evangelische Fachkrankenhaus hat sich zum Ziel gesetzt, den Patienten, Mitarbeitern und Partnern auch nach der erfolgreichen Re-Zertifizierung durch eine systematische Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems eine stetig steigende Qualität der Leistungen anbieten zu können. Der kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP) erfasst dabei alle Bereiche des Krankenhauses und ist so ausgelegt, dass Verbesserungspotential im Haus schnell erkannt und umgesetzt werden kann. Dazu gehören u. a. Patientenbefragungen, Mitarbeiterbefragungen, Audits sowie Maßnahmen des Fehler- und Risikomanagements. So können wir eine hochwertige und patientennahe Versorgung der uns anvertrauten Menschen gewährleisten.

Zusammenfassende Darstellung von Beispielen für Instrumente des Qualitätsmanagements, welche in unserem Haus umgesetzt werden:

Interne Audits

In allen Krankenhausbereichen erfolgen Audits. Dabei werden die verschiedenen Prozesse der Bereiche untersucht und bewertet. Ziel ist es zu prüfen, ob festgelegte Verfahren und Methoden den geforderten QM-Kriterien entsprechen und eingehalten werden sowie Verbesserungspotential gezielt zu erkennen und zeitnah umzusetzen.

Durchgeführt werden diese Überprüfungen durch die entsprechenden Verantwortlichen der Bereiche gemeinsam mit den Qualitätsmanagementbeauftragten, welche eine spezielle Ausbildung dafür erhielten. Grundlage der Befragungen und Begehungen bilden die Auditchecklisten, die sich an die Kriterien von KTQ anlehnen.

Alle durchgeführten und geplanten Audits im Gesamtkrankenhaus sind in einem Auditplan zusammengefasst. Die durchgeführten Überprüfungen werden mit Vermerk des Verbesserungspotentials in einem Auditbericht dokumentiert und den Bereichsleitungen sowie dem Lenkungsausschuss zur Kenntnis gegeben.

Durch die Integration von Qualitätsmanagementbeauftragten der Bereiche sowie der Bereichsverantwortlichen in das Bewertungsverfahren wird die Fähigkeit zur Selbstbeurteilung und zum eigenverantwortlichen Handeln weiterentwickelt und das Bewertungsverfahren bekommt eine hohe Akzeptanz.

Patientenbefragungen

Die Qualität der Arbeit des Krankenhauses und ihre Ergebnisse zeigt sich natürlich ganz besonders in der Zufriedenheit von Patienten. Daher werden im Ev. Fachkrankenhaus in Neustadt kontinuierliche Patientenbefragungen durchgeführt. Sie sind gleichzeitig Teil des Beschwerdemanagements.

Die Befragungen erfolgen anonym mittels Fragebogen. Hierzu wurde ein Patientenfragebogen entwickelt, der die wichtigsten Kriterien abdeckt. Damit haben wir ein Instrument, um schnell und gezielt auf Verbesserungspotential eingehen zu können.

Mitarbeiterbefragung

Als ein Instrument des Personalmanagements sowie als ein Diagnoseinstrument der allgemeinen Zufriedenheit im Unternehmen führen wir Mitarbeiterbefragungen durch. Ziel ist es Mitsprache und Beteiligung der Mitarbeiter noch weiter zu fördern und mögliche Schwachstellen aufzudecken.

Mitarbeiterjahresgespräche

Ergänzend zu den Mitarbeiterbefragungen gibt es Mitarbeiterjahresgespräche zwischen dem Mitarbeiter und dem direkten Vorgesetzten, welche zur Einschätzung der Arbeit, der Zusammenarbeit, der Arbeitsbedingung und Fördermöglichkeiten dienen.

Außerdem:

- die Umsetzung eines strukturierten Formularwesens (mit Festlegung der Bearbeiter der Formulare, Freigabe, Veröffentlichung, Dokumentennamen, Dokumentenlisten für alle Bereiche usw.) mit regelmäßigen Revisionen
- die Führung eines elektronischen "Qualitätshandbuchs" in Form des Intranets mit aktuellen Informationen für die Mitarbeiter, mit Hinterlegung aller wichtigen Arbeitsgrundlagen, wie Leitbilder, Konzepte, gesetzliche Grundlagen, Standards, Verfahrensanweisungen, Richtlinien für alle Krankenhausbereich - Hygienehandbuch, Labormappe; Archivordnung, Brandschutzordnung, Handlungsanweisungen für das medizinische Notfallmanagement usw; mit der Hinterlegung von allen im Haus zugänglichen Medien (Fachliteraturliste mit allen Fachzeitschriften, Büchern, Videos, Diaserien usw.), mit einem ganzjährigen Fort- und Weiterbildungsplan, mit aktuellen internen und externen Telefonlisten, mit der Hinterlegung der Mitarbeiterzeitung und allen in unserem Haus erschienenen Pressemeldungen, mit umfangreichen Informationen zum Qualitätsmanagement, Organigrammen, zu Bereitschaftsdiensten usw.

Alle Dokumente des Intranets werden fortlaufend aktualisiert. Die Verantwortlichkeiten dafür sind benannt.

- die Etablierung von Arbeitskreisen
 - die Etablierung von Mitarbeiterjahresgesprächen mit entsprechenden Schulungen von Mitarbeitern mit Personalverantwortung und einer Dokumentation der Gespräche nach vorgegebenem Leitfaden
 - Arbeitsschutzkontrollen
 - Arbeitsplatzanalysen

 - Hygienemanagement
 - Risikomanagement
- Usw.

D-5 Qualitätsmanagementprojekte

Die Mitarbeiter aller Bereiche des Ev. Fachkrankenhauses für Atemwegserkrankungen sind bestrebt, Leistungen mit guter Qualität zu erbringen. Berufsgruppenbezogene und berufsgruppenübergreifende Arbeitsgruppen sollen sicherstellen, dass dies gelingt.

Für die Durchführung der Qualitätsmanagementprojekte werden jeweils die zeitlichen Rahmenbedingungen und finanziellen Erfordernisse im Vorfeld bedacht und festgelegt. Für die Bearbeitung der einzelnen Projekte werden durch die Krankenhausleitung Projektgruppen gebildet. Diese sind in der Regel interdisziplinär und hierarchieübergreifend besetzt und besitzen die entsprechenden Kompetenzen zur Bearbeitung der jeweiligen Problematik.

Die Umsetzung der Maßnahmen erfolgt nach dem PDCA - Zyklus (s. o.), nach den vereinbarten Kriterien und innerhalb des festgelegten Zeitraums. Die Projektarbeit wird systematisch dokumentiert und u. a. im Intranet allen Mitarbeitern transparent dargestellt. Nach der Umsetzung ist die eigentliche Arbeit der Projektgruppen abgeschlossen. Die eingeführten Veränderungen werden anschließend sowie regelmäßig in bestimmten Zeitintervallen auf ihre Wirksamkeit überprüft. Die Ergebnisse der Projektarbeiten werden allen Mitarbeitern des Hauses systematisch bekannt gemacht.

Im Ev. Fachkrankenhaus für Atemwegserkrankungen in Neustadt / Südharz sind folgende Projekte im Berichtszeitraum

durchgeführt worden:

Projekt Praxisanleiter

Ziele / gewünschte Ergebnisse

Dieses Projekt wurde initiiert, um Schülern und Praktikanten bestmögliche Unterstützung bei der praktischen Ausbildung zu ermöglichen. Schwerpunkte sind die Beratung und Begleitung der Praktikanten aber auch der examinieren Pflegekräfte in ihren täglichen Aufgabenstellungen. Dabei soll eine Verknüpfung von Theorie und Praxis sichergestellt werden.

Vorgehensweise / Ergebnisse

- Erstellung eines Konzeptes zur Praxisanleitung durch die Pflegedienstleitung.
- Benennen der Praxisanleiter in den Bereichen und Schulung.
- Erarbeiten einer Leitlinie.
- Bereitstellen von Zeitressourcen für die verantwortlichen Mitarbeiter.

Projekt Einweiserbefragung

Ziele / gewünschte Ergebnisse

Niedergelassene Ärzte beurteilen die Kompetenz von Krankenhäusern nach anderen Gesichtspunkten als die Patienten. Im Sommer 2010 wurde deshalb in unserem Evangelischen Fachkrankenhaus für Atemwegserkrankungen in Neustadt eine Umfrage bei den einweisenden Ärzten durchgeführt. Ziel war es, die Zufriedenheit der Einweiser festzustellen und Verbesserungspotentiale aufzudecken.

Vorgehensweise / Ergebnisse

Befragt wurden 465 einweisende Ärzte aus dem Einzugsgebiet unseres Hauses. 194 sendeten einen bewerteten Fragebogen zurück, davon 31,40 % Fachärzte und 68,60 % Allgemeinmediziner.

Hauptgründe für die Einweisung sind zum einen das Leistungsangebot der Lungenklinik und die sehr gute Zusammenarbeit, zum anderen der gute Ruf unseres Krankenhauses, sowie der Wunsch des Patienten.

Projekt: Strukturiertes Patienten-Informationssystem Neustadt (PATIS)

Ziele / gewünschte Ergebnisse

Gute Medizin setzt ein vertrauensvolles Miteinander von Arzt, Pflegepersonal und Patient voraus. Eine der wesentlichen Grundlagen dafür ist, dass fachgerecht auf das Informationsbedürfnis des Patienten eingegangen wird.

Vorgehensweise

Wir haben daher das „Strukturierte Patienten-Informationssystem Neustadt“ ins Leben gerufen und für die häufigsten bei uns im Krankenhaus behandelten Erkrankungen strukturiertes Informationsmaterial entwickelt. Diese Informationen werden ständig den aktuellen Gegebenheiten angepasst. Dadurch erreichen wir, dass unsere Patienten über ihre Erkrankung und deren Behandlung gründlich informiert sind. Das Informationsmaterial kann von den Patienten in Ruhe durchgesehen werden und ist Grundlage weiterer Gespräche zwischen Arzt und Patient.

Projekt: Clinical path ways (klinische Pfade)

Ausgehend von den medizinischen Empfehlungen von Expertengruppen, die das aktuelle Wissen zur Diagnostik und Behandlung der Krankheiten zusammenfassen, haben wir diagnostische und therapeutische Pfade entwickelt. Diese Aufbereitung der Richtlinien soll dem Arzt die Diagnosefindung und die therapeutische Betreuung des Patienten durch einen Ablaufplan erleichtern, der in unser Dokumentationssystem integriert ist. Dadurch sichern wir eine optimale Betreuung unserer Patienten.

Projekt: Entlassungsmanagement

Ziele / gewünschte Ergebnisse

Durch dieses Projekt wollen wir ein frühzeitiges Erkennen von poststationärem Pflege- und Unterstützungsbedarf erreichen. Die Patienten und Angehörigen sollen verstärkt in die Organisation der Entlassung eingebunden werden. Der Aufbau und die Entwicklung von Vertrauen soll durch kompetentes Erfassen der Bedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen geschehen.

Weiterhin wollen wir erreichen, dass beim Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Pflege die Pflegequalität gesichert ist, eine enge Zusammenarbeit zwischen stationärem und ambulantem Bereich besteht und Drehtüreffekte durch Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen vermieden werden.

Vorgehensweise / Projektergebnis

- Konzept - Entlassungsplanung orientiert sich am Expertenstandard Entlassungsmanagement
- Entwicklung von Erhebungsbögen der verschiedenen Bereiche
- Klärung von Zuständigkeiten
- Schulung der Mitarbeiter
- Erfolgreiche Implementierung und Durchführung des Entlassungsmanagements

Projekt: Interdisziplinäre Besprechungen

Ziele / gewünschte Ergebnisse

Angestrebt wird ein hoher Grad an Kommunikation zwischen allen Arbeitsbereichen des Hauses, mit dem Ziel, einem hohen Informations- und Qualitätsstand in der täglichen Arbeit zu erreichen. Dabei sollen bereichsinterne Fragestellungen in Hinblick auf die Zusammenarbeit der Bereiche untereinander dargestellt und bearbeitet werden.

Vorgehensweise / Projektergebnis

- Es finden 2-wöchentliche und 2-monatliche Treffen der jeweiligen Arbeitsgruppe zu aktuellen Themenstellungen statt, die in diesem Rahmen bedacht, bearbeitet und protokolliert werden.
- Schnittstellenproblematiken werden direkt aufgegriffen und gegebenenfalls gleich bearbeitet oder in die Arbeitsgruppen weitergegeben
- Bei nachfolgenden Sitzungen, werden diese Problemstellungen wieder vorgelegt und der Stand der Bearbeitung aufgezeigt
- Relevante Problemstellungen werden der Krankenhausbetriebsleitung vorgestellt, als Projekte ausgewiesen und entsprechende Arbeitsgruppen dazu gebildet.

Projekt: fachspezifische Einarbeitungskonzepte

Ziele / gewünschte Ergebnisse

Nachdem ein hausübergreifendes Einarbeitungskonzept zur Sicherstellung einer umfassenden Einarbeitung von neuen Mitarbeitern und Praktikanten erstellt wurde, wird nun ein spezielles, dem jeweiligen Fachbereich angepasstes Konzept erarbeitet. Dieses soll dem neuen Mitarbeiter einen Überblick verschaffen, welche Einarbeitungsschwerpunkte bereits abgearbeitet und welche noch zu bearbeiten sind. Diese Form der Kontrolle, ermöglicht konstruktive Zwischengespräche mit einer genauen weiteren Einarbeitungsplanung

Vorgehensweise / Projektergebnis

Erarbeitung der Einarbeitungskonzepte in den einzelnen Bereichen, welches beinhaltet:

- Checkliste für Mitarbeiter zur Kontrolle der fachspezifischen Einarbeitung
- Kontrollmechanismus zur Einarbeitung mit der Möglichkeit der weiteren Planung durch strukturierte, obligatorische Zwischengespräche
- Für die Zeit seiner Einarbeitung bekommt jeder neue Mitarbeiter festgelegte Ansprechpartner an seine Seite gestellt.

Projekt: Patientenbefragung

Ziele / gewünschte Ergebnisse

Die kontinuierliche Befragung der Patienten in unserem Krankenhaus ist Bestandteil des Beschwerdemanagements. Aufgabe unseres Beschwerdemanagements ist es, Beschwerden nicht nur passiv zu betrachten, sondern aktiv zu möglichen Verbesserungen zu nutzen. Mit dem auf unser Haus zugeschnittenen Patientenfragebogen haben wir ein Medium zur Meinungsäußerung der Patienten geschaffen, der verschiedene Aspekte des Klinikaufenthaltes abfragt.

Vorgehensweise

- Der Patientenfragebogen wird innerhalb der Projektgruppe einer jährlichen Prüfung unterzogen und durch die Krankenhausleitung genehmigt

- Die Regelungen zum Umgang mit dem Patientenfragebogen sind klar geregelt. Alle Bereiche des Hauses erhalten wöchentlich eine Auswertung. Dadurch wird eine hohe Transparenz erreicht.
- Der Fragebogen wird allen Patienten zeitnah zu ihrer Entlassung ausgehändigt. Dabei werden die Patienten motiviert, den Fragebogen als kritisches Element zu nutzen, um uns bei unserer täglichen Arbeit zu unterstützen.
- Die Abgabe des Fragebogens erfolgt auf freiwilliger Basis in einen gesonderten Briefkasten und ist selbstverständlich anonym.

Projektergebnis

Es erfolgt eine wöchentliche Auswertung der Fragebögen durch das QM, mit Erfassung der bestehenden Problemfelder. Eine Vorgehensweise bei anfallenden Problemen und darin einbezogene Bereiche sind durch die Auswertung ersichtlich. Die Ergebnisse der Patientenbefragung werden jährlich umfassend grafisch ausgewertet, mit der Krankenhausbetriebsleitung besprochen und allen Mitarbeitern des Hauses bekannt gegeben. Eine für alle ersichtliche Ablage im Intranet erfolgt.

Wir können bei der Auswertung der Patientenfragebögen für das Jahr 2010 gute bis sehr gute Ergebnisse in allen Kategorien nachweisen.

Projekt: Pollenfalle

Als Krankenhaus mit der Spezialisierung Pneumologie/Allergologie sind wir bestrebt, Menschen mit Allergien Hilfestellungen im täglichen Leben zu geben. Eine Möglichkeit dazu sehen wir in einer Pollenflugvorhersage für diese Region. Darin wird die jahreszeitliche Konzentration von Pollen in der Luft, abhängig von der Vegetation der Region, gemessen. Dazu wurde im Krankenhaus eine Pollenfalle aufgestellt, mit der man diese gewünschten Vorhersagen umsetzen kann. Somit sind Allergiker in der Region in der Lage, ihre Situation einzuschätzen und gegebenenfalls Präventionsmaßnahmen zu ergreifen. Es erfolgt eine Zusammenarbeit mit dem Deutschen Pollenflugdienst.

Ziele/ gewünschte Ergebnisse

- Auszählung der Pollenfalle 3 mal wöchentlich
- Weitergabe der Ergebnisse an die regionale Presse zur Veröffentlichung.
- Veröffentlichung der Daten auf unserer Homepage www.diako-harz.de
- Die erfaßten Daten werden dem deutschen Wetterdienst zur Verfügung gestellt. Die Daten fließen ein in die Pollenflugvorhersage, den Pollenflugkalender sowie andere Statistiken für die Region.

Projekt: Umsetzung eines CI-Konzeptes

Ziele/ gewünschte Ergebnisse

- Schaffung von einheitlichen Gestaltungsrichtlinien für sämtliche öffentlichkeitswirksame Darstellungen (Prospekte, Anzeigen, Geschäftsdrucksachen, Internetauftritt) um Wiedererkennbarkeit in der Öffentlichkeit noch besser sicherzustellen

- Erarbeitung eines Konzeptes zur Verwendung von Logo, Bildern, Farben, Schriftart und Benennung der Verantwortlichkeiten und Informationswege

Vorgehensweise / Ergebnisse

- Es wurde eine umfangreiche IST-Analyse gemacht
- Gestaltungsvorgaben wurden erarbeitet
- sämtliche Medien mit der Darstellung der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH wurden nach diesem Konzept umgesetzt

Projekt: Neugestaltung der Internetseiten der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH

Ziele/ gewünschte Ergebnisse

- übersichtlichere, benutzerfreundlichere Gestaltung der Seiten
- vollständige inhaltliche Überarbeitung und Ergänzung weiterer relevanter Inhalte
- Umsetzung des CI-Konzeptes = einheitliche, optisch ansprechende Gestaltung
- neues Content-Management-System zur schnelleren und besserer Bearbeitung der Seiten

Vorgehensweise / Projektergebnis

- Gestaltung aufgrund der Gestaltungsgrundlagen des CI-Konzeptes - Vorlagen werden durch Grafikerin erarbeitet
- Aufbau festlegen: Navigation und Seitenaufbau
- Systeme vergleichen (Content - Management - System: Typo3)
- Technische Umsetzung durch Multimedia-Firma
- Überarbeitung und Erarbeitung aller Seiteninhalte
- Verbesserte Struktur und Navigation für schnellere Orientierung der Seitenbesucher
- Umsetzung des Systems mit Typo 3
- Ein hoher Stand an Aktualität und Information ist u. a. durch die klare Festlegung von Verantwortlichkeiten gewährleistet
- Einrichtung eines Analyseprogramms, um eine Übersicht über das Nutzerverhalten zu bekommen (Anzahl der Besucher, Seitenzugriffe, Verweildauer auf einzelnen Seiten, worüber der Zugriff auf unsere Seiten erfolgte etc.)
- es konnte ein verbesserter Zugriff sowie eine höhere Transparenz erreicht werden

Projekt: Führungskräfteleitlinien und -schulungen

Ziele/ gewünschte Ergebnisse

- Entwicklung und Schulung von Führungsleitlinien, um Verbindlichkeit im Handeln gegenüber unseren Mitarbeitern zu schaffen
- Schulungskonzept für Führungskräfte, um Orientierung und Hilfestellung für die tägliche Arbeit geben
- Überarbeitung des Konzeptes zur Führung von Mitarbeiterjahresgesprächen und Schulung mit den Zielen: Förderung von Teamarbeit, Innovation, Beweglichkeit, klaren Zielvorgaben, Integration ins Unternehmen, Kommunikation und

Transparenz

Vorgehensweise / Ergebnisse

- Führungsleitlinien wurden entwickelt und bei allen Führungskräften mit Mitarbeiterverantwortung geschult, alle Mitarbeiter erhalten bei ihrer Einstellung entsprechende Informationen darüber
- Ein Schulungskonzept wurde erarbeitet mit Benennung von Schulungsthemen, Referenten und Terminen
- Das Konzept zur Führung von Mitarbeiterjahresgesprächen wurde überarbeitet mit einem Leitfaden zur Gesprächsführung sowie einer überarbeiteten Dokumentationsvorlage. Das Konzept wurde geschult mit der Vorgabe der verbindlichen jährlichen Führung und Dokumentation der Gespräche durch alle Führungskräfte mit Mitarbeiterverantwortung.

Projekt: Personalbericht

Ziele/ gewünschte Ergebnisse

- 2-jährliche Erarbeitung eines GmbH-übergreifenden Personalberichtes
 - Weitergabe adressatenspezifischer Informationen, indem Personalstrukturdaten transparent und aktuell aufbereitet und Aussagen gebündelt dargestellt werden. Durch die Zusammenfassung kann man Entwicklungen aufzeigen und es steht eine verlässliche Basis für Managemententscheidungen zur Verfügung.
- Außerdem werden mit dem Personalbericht aktuelle und zukünftige Schwerpunkte des Personalmanagements dargestellt.

Vorgehensweise / Projektergebnis

- Erstellung und Zusammenführung von Kennzahlen sowie Interpretation der Ergebnisse
- Interne sowie externe Veröffentlichung des Berichtes

Projekt: Ausbau und Weiterentwicklung des QM-Verbundes diakonischer Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt

Für unsere Patienten und Klienten möchten wir unsere Angebote und Leistungen ständig verbessern. Um uns kontinuierlich mit anderen Krankenhäusern über neuste Entwicklungen, Erfahrungen und Konzepte auszutauschen, wurde ein Qualitätsmanagementverbund diakonischer Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt gegründet.

Derzeit sind folgende Häuser beteiligt:

- Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH/Elbingerode
- Diakonie-Krankenhaus Halle
- Lungenklinik Lostau gGmbH
- Lungenklinik Ballenstedt Harz gGmbH
- Paul-Gerhardt-Stiftung, Lutherstadt Wittenberg
- Städtisches Krankenhaus Martha-Maria Halle Dölau gGmbH

Ziele/ gewünschte Ergebnisse

Der Qualitätsmanagementverbund hat vier langfristige Zielsetzungen:

- Umsetzung eines funktionierenden umfassenden Qualitätsmanagements in allen beteiligten Häusern
- Wissens- und Erfahrungsaustausch
- Schaffung einer validen Datenbasis zur Beurteilung der Patientenzufriedenheit
- Etablierung eines dauerhaft funktionierenden Qualitätsmanagement-Verbundes als Ausdruck der gemeinsamen Bestrebung zur ständigen Qualitätsverbesserung der Patientenversorgung im diakonischen Auftrag

Vorgehensweise/Ergebnisse

- Auf der Ebene der Qualitätsmanagementbeauftragten bzw. Qualitätsmanager finden mindestens einmal im Vierteljahr Arbeitstreffen statt
- Mitwirkende im Qualitätsmanagement können sich themen- und problembezogen treffen
- Auch Plattform für den Erfahrungsaustausch anderer Professionen (z. B. Datenschutz, Hygiene, EDV, Sozialarbeit)
- Erstellung von Einzelkonzeptionen und in Folge die sukzessive Umsetzung geplanter Maßnahmen in die Praxis
- Vergleich und Austausch zu transparent darstellbaren Abläufen und Prozessen, um mögliches Verbesserungspotential aufdecken und umsetzen zu können
- Durchführung von gemeinsamen Projekten (z. B. Benchmarking)
- Gegenseitiger Erfahrungsaustausch

Die dargestellte Projektarbeit versteht sich nur als ein Teil der durchgeführten Verbesserungsmaßnahmen. In anderen Bereichen gibt es ebenso kontinuierliche Entwicklungen. Damit wurde auch im Jahr 2006 der Grundsatz der ständigen Verbesserung systemorientiert verfolgt.

Der kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP) erfasst auch zukünftig alle Bereiche des Krankenhauses und ist so ausgelegt, dass Verbesserungspotential im Haus schnell erkannt und umgesetzt werden kann.

Dieses Ziel wird nur dann erreicht, wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen an dieser Aufgabe mitwirken.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Die Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH mit ihren Einrichtungen verbindet hohe medizinische Qualität mit Menschlichkeit und persönlicher Zuwendung. Um die vorhandene Qualität der Leistungen aufrechtzuerhalten und zu verbessern, unterziehen wir uns nicht nur den gesetzlich vorgeschriebenen Kontrollen, sondern arbeiten aktiv an der Verbesserung der Behandlungs-, Struktur- und Prozessqualität und lassen dies über den gesetzlichen Rahmen hinaus überprüfen.

Interne Bewertungen

Im Rahmen des Qualitätsmanagements durchgeführte Maßnahmen werden durch den Lenkungsausschuss regelmäßig bewertet. Eingang in die Bewertung finden dabei u. a.

- die Ergebnisse der Audits
- die Ergebnisse der Patientenbefragung
- die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung
- Benchmarkingprojekte u. a. im Rahmen des QM-Verbundes
- Folgemaßnahmen vorangegangener Überprüfungen
- Veränderungen im Umfeld, die sich auf das Qualitätsmanagement auswirken können

Weitere Qualitätsbewertungen finden natürlich auch regelmäßig in Bereichen statt, die hier nicht ausdrücklich erwähnt sind. Dazu gehören beispielsweise die regelmäßigen Hygienebegehungen, Arbeitsschutzkontrollen, Arbeitsplatzanalysen, Hospitationen, Datenschutzanalysen, Bewertungen im Rahmen der Sturzprävention, Chefarztvisiten, interne Revisionen u. a. Es gibt abteilungsbezogene Analysen qualitätsrelevanter Daten. Dazu gehört zum Beispiel die regelmäßige Kontrolle des internen Budgets und das medizinische Controlling.

Externe Bewertungen

Ein Mehr an Transparenz, ein Mehr an Sicherheit-Dank eines zertifizierten Qualitätsmanagements

Im Juli 2003 wurde unser Krankenhaus als eines der Ersten in Deutschland nach KTQ und proCum Cert zertifiziert und mit dem kombinierten Qualitätssiegel ausgezeichnet, 2006 und 2010 erfolgten die Re-Zertifizierungen.

KTQ ist ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, getragen von Spitzenverbänden im Gesundheitswesen.

ProCum Cert ist ein Zertifizierungsverfahren, welches speziell konfessionelle Anforderungen stellt und abfragt. Pcc hat als Kooperationspartner von KTQ das KTQ-Verfahren mitentwickelt.

„Patientenorientierung“ ist das zentrale Anliegen von KTQ und proCum Cert. Es geht darum, die Abläufe im Krankenhaus

konsequent an den Bedürfnissen des Patienten auszurichten. Einem Patienten, der nicht nur fachlich qualifizierte medizinische und therapeutische Behandlung sowie Pflege erwartet, sondern auch informiert sein und mitentscheiden will. Neben allgemeinen fachlichen Standards, steht im Mittelpunkt ein an den Werten des christlichen Menschenbildes ausgerichtetes Konzept. Folgende inhaltliche Hauptschwerpunkte umfassen den Kriterienkatalog von KTQ und proCum Cert:

- Patientenorientierung in der Krankenversorgung
- Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit im Krankenhaus
- Informationswesen
- Krankenhausführung und
- Qualitätsmanagement

Sowie die zusätzlichen Kriterien, die es nur im erweiterten proCum Cert - Verfahren gibt:

- Spiritualität und Kirchlichkeit
- Verantwortung gegenüber der Gesellschaft
- Trägerverantwortung

Im Vorfeld der Zertifizierung wurde durch das Krankenhaus eine umfangreiche Selbstbewertung durchgeführt, verbunden mit einer Bepunktung.

Als grundlegendes Prinzip der Selbstbewertung fand eine Einschätzung nach dem Plan / Do / Check / Act - Prinzip statt, welches folgende Beschreibungen umfasst.

Bewertet wird die Übereinstimmung (Konformität) der spezifischen Krankenhaus-Realität mit den externen Minimalanforderungen des pCC-KTQ - Kriterienkataloges (dies gilt für die Selbst- und Fremdbewertung).

Die einzelnen Kriterien des Anforderungskatalogs werden im Rahmen der Zertifizierung durch externe Visitoren der Zertifizierungsstelle im Krankenhaus überprüft. Dies geschieht u. a. durch Begehungen, kollegiale Dialoge und Einsichtnahme in verschiedene Dokumente. Es findet dabei eine systematische und unabhängige Untersuchung statt, um festzustellen, ob die qualitätsbezogenen Tätigkeiten und die damit zusammenhängenden Ergebnisse patientenorientiert und auf fachlich hohem Standard ablaufen. Es wird außerdem geprüft, ob die schriftlich dokumentierten Planungen verwirklicht wurden und ob sie geeignet sind, die definierte Qualitätspolitik und die Qualitätsziele zu erreichen.

Über die Ergebnisse der Überprüfung erhält das Krankenhaus einen Fremdbewertungsbericht, mit einer Analyse der Stärken und Verbesserungspotentiale.

Der im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens entstandene Qualitätsbericht des Ev. Fachkrankenhauses für Atemwegserkrankungen, der neben den Strukturdaten Angaben über die Erfüllung der Qualitätskriterien enthält, kann über

die Internetseite von KTQ - www.ktq.de - aufgerufen werden.

Mit der Zertifizierung 2003 und den Re-Zertifizierungen 2006 und 2010 bescheinigten die externen Auditoren den Mitarbeitern des Krankenhauses ein durchgängig hohes Maß an Qualitätsbewusstsein. Die allgemeinen Aktivitäten des Qualitätsmanagementsystems sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit über alle Berufsgruppen hinweg wurden als sehr gut beurteilt und verdeutlichen, dass der damit verbundene Prozessgedanke hausübergreifend angenommen wird. Das Zertifikat, welches eine Gültigkeit von drei Jahren hat, wird 2012 durch eine Wiederholung von Selbst- und Fremdbewertung fristgerecht erneuert werden.

Nach der erfolgreichen Zertifizierung unseres Hauses wird das Qualitätsmanagementsystem systematisch weiterentwickelt. Über das hausweit gültige Qualitätszertifikat nach KTQ haben sich einzelne Bereiche und Abteilungen weiteren speziellen Überprüfungsverfahren unterzogen, z. B. wurde das Labor zertifiziert und akkreditiert, es finden Benchmarking - Projekte innerhalb des Qualitätsmanagementverbundes statt, eine Mitarbeit in Facharbeitskreisen auf Landesebene, Begehungen durch das Gesundheitsamt sowie Fallprüfungen durch den MDK.

Akkreditierung Schlaflabor

Weitere freiwillige Qualitätskontrollen erfolgen regelmäßig durch die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DSGM). Aufgrund der strikten Einhaltung vorgegebener und anerkannter Qualitätskriterien in unserem Haus, erhielten wir die Anerkennung als akkreditiertes Schlaflabor.

Geprüft wird durch die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin - Kommission die Qualität der medizinischen Arbeit, d. h. die Sicherstellung einer sinnvollen Diagnostik und einer wirksamen Therapie. Dabei werden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität untersucht, denn Qualität kann nur gewährleistet werden, wenn alle Elemente, welche die Qualität einer Behandlung ausmachen, aufeinander abgestimmt und in die Qualitätskontrolle einbezogen sind. Die DGSMD hat diese Elemente wie folgt gruppiert.

Zur Strukturqualität gehören:

- Die Räumlichkeiten
- Die apparative Ausstattung
- Die Organisation
- Arbeitsabläufe und
- Personalausstattung

Prozessqualität:

- Die Organisation

- Medizinische Abläufe in Diagnostik und Therapie
- Prüfung durch Kontrollen von Krankenblattunterlagen
- Prüfung durch Leiter anderer Schlaflabore

Ergebnisqualität:

- Kontrolle der Therapieergebnisse durch Befragungen von Patienten
- „Therapietreue“ als Qualitätsmerkmal

Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

Das Ev. Fachkrankenhaus für Atemwegserkrankungen Neustadt/Südharz ist Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

Das Anliegen der Gesellschaft ist:

1. die Förderung der Wissenschaft, Forschung und Lehre, der Fort- und Weiterbildung, Prävention, Krankenversorgung und Rehabilitation im Bereich der gesamten Pneumologie, einschließlich der Intensivmedizin mit Schwerpunkt Beatmungsmedizin.
2. die Interessenvertretung der Pneumologie in der Öffentlichkeit und die Kooperation mit anderen Organen und Fachgesellschaften.
3. die Förderung der Kooperation von ärztlichen und assoziierten Berufsgruppen im gesamten Bereich der Pneumologie.

Der DGP bietet den Krankenhäusern mit pneumologischer Ausrichtung die Möglichkeit, sich für diese spezielle Fachrichtung einer Prüfung zu unterziehen.

Das Krankenhaus Neustadt unterzog sich dieser freiwilligen Prüfung und konnte in deren Auswertung fast ausschließlich sehr gute Einschätzungen erlangen.

Diese Qualitätskontrollen sollen helfen, das gewünschte Qualitätslevel zu halten.

Zu weiteren Verfahren der externen Qualitätssicherung zählen u. a. Benchmarking-Projekte innerhalb des Qualitätsmanagement-Verbundes diakonischer Krankenhäuser (siehe auch unter Projektbeschreibungen).

