

Strukturierter Qualitätsbericht  
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V  
für das Berichtsjahr 2008

Krankenhaus Stenum

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ  
auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 31.08.2009 um 15:40 Uhr erstellt.

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

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

# Inhaltsverzeichnis

	Einleitung
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
B-[1]	orthopaedie
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	Apparative Ausstattung
B-[1].12	Personelle Ausstattung
B-[2]	Orthopädie (importiert am 26.08.2009 11:11)
B-[2].1	Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[2].2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[2].3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[2].4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[2].6	Diagnosen nach ICD
B-[2].7	Prozeduren nach OPS
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

- B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-[2].11 Apparative Ausstattung
- B-[2].12 Personelle Ausstattung
- C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)
- 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")
- 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



Abbildung: Abbildung: Krankenhaus Stenum - Foyer

Herzlich willkommen in der Fachklinik für Orthopädie Stenum in Ganderkesee!

Die Fachklinik ist eine Bremer Gründung. Letztlich geht sie auf die Initiative von Hermine de Voß zurück, der Tochter eines begüterten, karitativ eingestellten Bremer Großkaufmanns. In Zusammenarbeit mit Bremer Ärzten und der Bremer Diakonissenanstalt entstand 1926 die „Sonnenheilstätte Stenum“. Bis zum Jahre 1971 wurden tuberkulöse Erkrankungen an den Gelenken und Drüsen behandelt. Durch den erfreulichen Rückgang dieses Krankheitsbildes wurde eine Umwandlung der Klinik zur Fachklinik für Orthopädie vorgenommen.

Grundsätzlich werden alle Erkrankungen an den Bewegungsapparaten konservativ und operativ behandelt. Durch den stetigen medizinischen Fortschritt hat sich darüber hinaus eine Spezialisierung auf den Bereich der Endoprothetik (Hüfte, Knie, Bandscheibe) und spezielle Wirbelsäulenchirurgie gefestigt. Durch besondere Behandlungsprogramme wie die Multimodale Schmerztherapie, JOINT-CARE (eine spezielle Versorgung in der Hüft- und Knieendoprothetik) und die integrierten Versorgungsmodelle werden unsere Patienten unter ganzheitlichen Gesichtspunkten versorgt.

Den reibungslosen Ablauf gewährleisten unsere Case-Manager. Sie organisieren von pflegerischen Aufnahmen alles bis hin zur nachstationären Versorgung (z.B. Reha/AHB, Krankengymnastik, Wiedervorstellung bei Ärzten und erforderlichenfalls Kurzzeitpflege oder Pflegestufungsanträge usw.).

Entsprechend innovativ ist für die optimale Versorgung unserer Patienten vor einigen Jahren ein neues OP-Zentrum als Pilotprojekt entstanden, welches sowohl die Investitions- und Betriebskosten senkt, als auch für die Mitarbeiterinnen optimale Arbeitsbedingungen schafft.

Konform zum Leitbild unserer Klinik öffnen wir uns dem Fortschritt in allen Bereichen. Selbst entwickelte Patientenprogramme, gemeinsam aufgestellte Qualitätsstandards und Leitlinien, Durchführung von wissenschaftlichen Studien und nicht zuletzt das hier „gelebte“ Qualitätsmanagement sind unser Beitrag zum medizinischen und pflegerischen Fortschritt.

Eine Form der Anerkennung hierfür ist der im Jahre 2004 verliehene Qualitätsinnovationspreis des Niedersächsischen Vereins zur Förderung der Qualität im Gesundheitswesen e.V.. Ebenso zählen hierzu die Weiterentwicklung der Pflege in der Dokumentation und der Versorgung der Patienten (Casemanagement), welche von der Robert-Bosch-Stiftung jeweils mit einer internationalen Hospitation gefördert wurden.

Durch die ausgezeichnete Versorgung der Patienten hat unser Haus über die Landesgrenzen hinaus einen vorzüglichen Ruf erworben. Dementsprechend kommen immer mehr Patienten aus dem Ausland speziell zur Behandlung in unsere Klinik (Z.B. Arabien, USA, Kanada usw.).

Gemeinsam haben alle Mitarbeiter (vom Hausmeister bis hin zur Geschäftsleitung) ein umfassendes Qualitätsmanagement-System aufgebaut, das kontinuierlich weiter verbessert wird. Mit dem vorliegenden Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2008 möchten wir Patienten, Angehörige, Zuweiser und Interessierte neugierig auf unsere Klinik machen.

Wenn Sie weiterführende Informationen benötigen, wenden Sie sich jederzeit an uns über das Internet unter [www.orthopaedie-stenum.de](http://www.orthopaedie-stenum.de) oder gern auch persönlich.

Mit freundlichen Grüßen

Die Krankenhausleitung

**Verantwortlich:**

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Dypl.-Psychologin Nadja Czarnetzki	Qualitätsmanagement-Beauftragte	0541-1505128	0541-1505143	czarnetzki@q3-online.de

**Ansprechpartner:**

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Brunhilde Schmidt	Leitung Patientenverwaltung	04223-71320	04223-714416	b.schmidt@orthopaedie- stenum.de

**Links:**

[www.orthopaedie-stenum.de](http://www.orthopaedie-stenum.de)

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Die Krankenhausleitung vertreten durch ärztlicher Direktor Dr. med. Hans-Georg Zechel, Verwaltungsdirektor Herr Fredo Garbade, Pflegedirektorin Frau Kirsten Stender, i , 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:**

Krankenhaus Stenum

Heilstättenweg 1

27777 Ganderkesee

### **Telefon:**

04223 / 71 - 201

### **Fax:**

04223 / 71 - 348

## **A-2** Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260340421

## **A-3** Standort(nummer)

00

## **A-4** Name und Art des Krankenhausträgers

### **Name:**

Krankenhaus Stenum

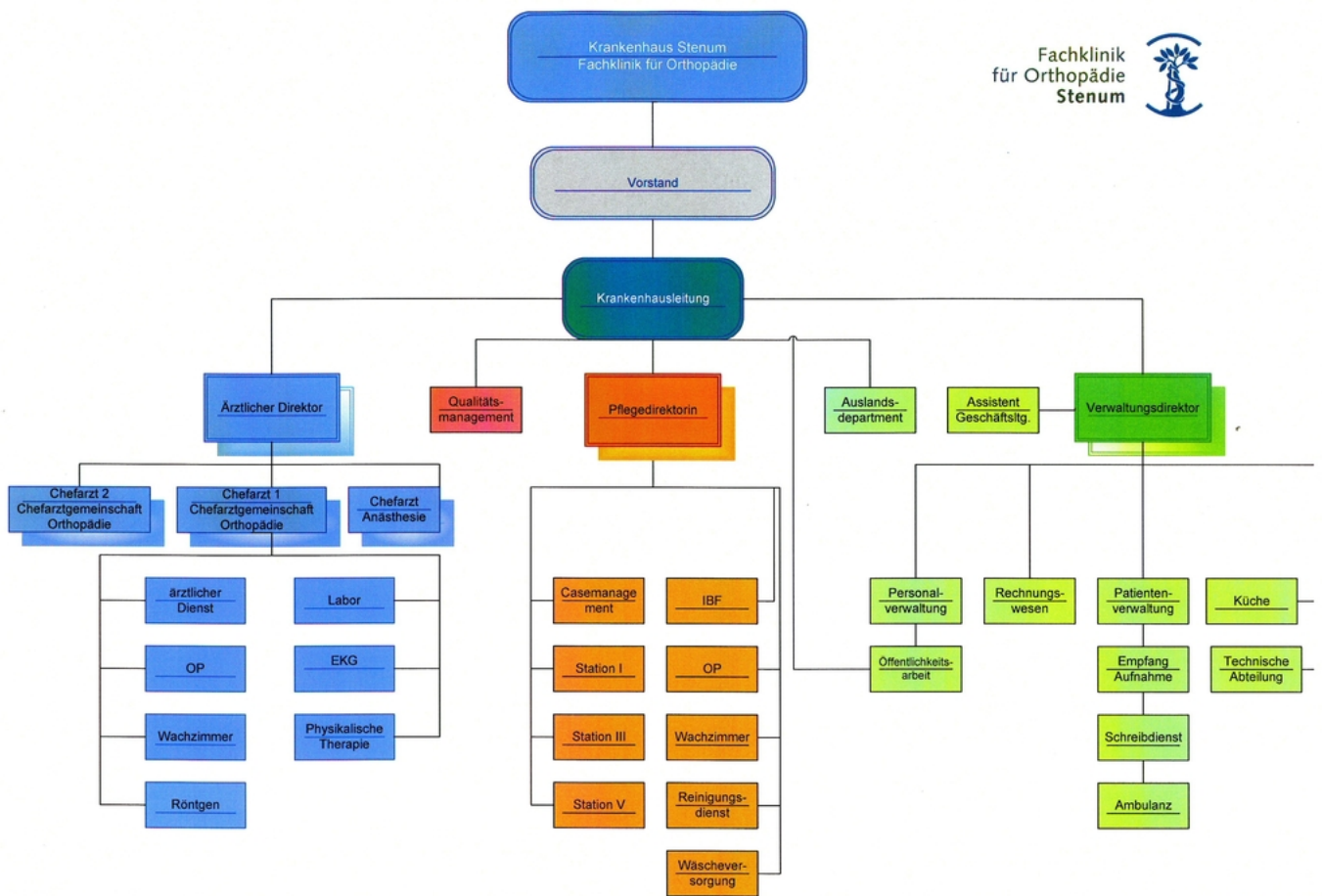
### **Art:**

freigemeinnützig

## **A-5** Akademisches Lehrkrankenhaus

trifft nicht zu / entfällt

## A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



Organigramm: Organigramm Krankenhaus Stenum

## A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt

## A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

## A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	

## A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA01	Aufenthaltsräume	
SA12	Balkon/Terrasse	Terrasse für Patienten und Besucher
SA55	Beschwerdemanagement	
SA39	Besuchsdienst/"Grüne Damen"	
SA23	Cafeteria	
SA41	Dolmetscherdienste	Eigene Auslandsabteilung
SA02	Ein-Bett-Zimmer	Wahlleistung
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	Wahlleistung
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA40	Empfangs- und Begleitedienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen	Empfang geöffnet Montag-Freitag von 7-17Uhr, Sonnabend 9.30-11.30
SA24	Faxempfang für Patienten und Patientinnen	Faxempfang über Verwaltung,dann Weiterleitung an Patienten
SA14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	Büffett
SA45	Frühstücks-/Abendbuffet	
SA46	Getränkeautomat	
SA27	Internetzugang	separater Raum
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	keine Parkgebühr
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung	Mineralwasser, Orangensaft, Apfelsaft, Milsch,Buttermilch

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA16	Kühlschrank	Wahlleistungszimmer Station 1
SA47	Nachmittagstee/-kaffee	
SA33	Parkanlage	
SA52	Postdienst	beim Empfang
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA17	Rundfunkempfang am Bett	
SA42	Seelsorge	
SA54	Tageszeitungsangebot	Cafeteria, Wahlleistungspatienten kostenlos
SA18	Telefon	
SA09	Unterbringung Begleitperson	
SA38	Wäscheservice	
SA19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer	
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	Wahlleistung
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	Wahlleistung

## **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 nach § 108/109 SGB V

61 Betten

## **A-13** Fallzahlen des Krankenhauses:

### **Vollstationäre Fallzahl:**

2168

### **Ambulante Fallzahlen**

#### **Fallzählweise:**

159

## **A-14** Personal des Krankenhauses

### **A-14.1** Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	12 Vollkräfte	
<b>davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	6 Vollkräfte	
<b>Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)</b>	0 Personen	
<b>Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind</b>	0 Vollkräfte	

### **A-14.2** Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	41 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Altenpfleger und Altenpflegerinnen</b>	2 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen</b>	0 Vollkräfte	2 Jahre	
<b>Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen</b>	4 Vollkräfte	1 Jahr	
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	4 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
<b>Entbindungspfleger und Hebammen</b>	0 Personen	3 Jahre	
<b>Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen</b>	2 Vollkräfte	3 Jahre	

# Teil B - Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

## B-[1] Fachabteilung orthopaedie

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

orthopaedie

#### Art der Abteilung:

Hauptabteilung

#### Fachabteilungsschlüssel:

2300

### B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte [orthopaedie]

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich orthopaedie:	Kommentar / Erläuterung:
VC66	Arthroskopische Operationen	
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich orthopaedie:	Kommentar / Erläuterung:
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
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	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VO14	Endoprothetik	
VO15	Fußchirurgie	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VO16	Handchirurgie	
VR41	Interventionelle Radiologie	
VO12	Kinderorthopädie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
VO19	Schulterchirurgie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	

### **B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [orthopaedie]**

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP02	Akupunktur	
MP11	Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	ausgeschlossen Primary Nursing
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manuelle Therapie	ausgeschlossen Osteopathie
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	Joint-Care Hüft,-und Knieendoprothetik
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	
MP51	Wundmanagement	

#### **B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [orthopaedie]**

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA00	Serviceangebot wie unter A-10 Beshrieben	

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

##### **Vollstationäre Fallzahl:**

2168

##### **Teilstationäre Fallzahl:**

0

Hinweis:

Eventuelle Unterschiede zwischen Gesamtfallzahl des Krankenhauses und der Summe der Fallzahlen der Organisationseinheiten/  
Fachabteilungen können im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung auf internen Verlegungen innerhalb der Psychiatrie/  
Psychosomatik beruhen.

## **B-[1].6 Diagnosen nach ICD**

### **B-[1].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

keine Angaben

### **B-[1].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen**

keine Angaben

## **B-[1].7 Prozeduren nach OPS**

### **B-[1].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

keine Angaben

### **B-[1].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren**

keine Angaben

## **B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Nr:	Art der Ambulanz:	Bezeichnung der Ambulanz:	Nr. / Leistung:	Kommentar / Erläuterung:
AM04	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V	Ermächtigungsambulanz Dr. Zechel		

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

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

## **B-[1].11 Apparative Ausstattung**

## **B-[1].12 Personelle Ausstattung **B-[1].12.1** Ärzte und Ärztinnen:**



	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	Vollkräfte	
<b>davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	Vollkräfte	
<b>Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)</b>	Personen	

### **B-[1].12.2** Pflegepersonal:

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinn en</b>	Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Altenpfleger und Altenpflegerinnen</b>	Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen</b>	Vollkräfte	2 Jahre	
<b>Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinne n</b>	Vollkräfte	1 Jahr	
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
<b>Entbindungspfleger und Hebammen</b>	Personen	3 Jahre	
<b>Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen</b>	Vollkräfte	3 Jahre	

### **B-[1].12.3** Spezielles therapeutisches Personal:

keine Angaben



# B-[2] Fachabteilung Orthopädie (importiert am 26.08.2009 11:11)

## B-[2].1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Orthopädie (importiert am 26.08.2009 11:11)

### Art der Abteilung:

Hauptabteilung

### Fachabteilungsschlüssel:

2300

### Hausanschrift:

Heilstättenweg 1

27777 Ganderkesee

### Telefon:

04223 / 71 - 0

### Fax:

04223 / 71 - 348

### E-Mail:

info@orthopaedie-stenum.de

## B-[2].2 Versorgungsschwerpunkte [Orthopädie (importiert am 26.08.2009 11:11)]

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie (importiert am 26.08.2009 11:11):	Kommentar / Erläuterung:
VC66	Arthroskopische Operationen	
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie (importiert am 26.08.2009 11:11):	Kommentar / Erläuterung:
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VO14	Endoprothetik	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO12	Kinderorthopädie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
VO19	Schulterchirurgie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	

### **B-[2].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Orthopädie (importiert am 26.08.2009 11:11)]**

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP02	Akupunktur	
MP11	Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	ausgeschlossen Primary Nursing
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manuelle Therapie	ausgeschlossen Osteopathie

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	Joint-Care
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP51	Wundmanagement	

#### **B-[2].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Orthopädie (importiert am 26.08.2009 11:11)]**

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA00	Serviceangebot wie unter A-10 beschrieben	

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

##### **Vollstationäre Fallzahl:**

2168

#### **B-[2].6 Diagnosen nach ICD**

##### **B-[2].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10- Ziffer* (3-stellig):	Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	M42	281	Abnutzung der Knochen und Knorpel der Wirbelsäule
2	M16	227	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
3	M54	222	Rückenschmerzen
4	M17	195	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
5	M51	130	Sonstiger Bandscheibenschaden

Rang	ICD-10- Ziffer* (3-stellig):	Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
6	T84	119	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken
7	M75	73	Schulterverletzung
8	M48	51	Sonstige Krankheit an den Wirbelkörpern
9	M19	36	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)
9	M23	36	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes
11	S83	30	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder
12	M43	29	Sonstige Verformung der Wirbelsäule bzw. des Rückens
13	M18	27	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Daumensattelgelenkes
13	M72	27	Gutartige Geschwulstbildung des Bindegewebes
15	M20	26	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen
16	M24	16	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigung
17	G56	15	Funktionsstörung eines Nervs am Arm bzw. an der Hand
18	M25	13	Sonstige Gelenkrankheit
19	M22	12	Krankheit der Kniescheibe
20	T81	11	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen
21	M00	9	Eitrige Gelenkentzündung
21	M53	9	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule bzw. des Rückens[, die nicht an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet ist]
21	Q65	9	Angeborene Fehlbildung der Hüfte
21	S72	9	Knochenbruch des Oberschenkels
25	M50	8	Bandscheibenschaden im Halsbereich
25	M84	8	Knochenbruch bzw. fehlerhafte Heilung eines Bruches
27	D16	7	Gutartiger Tumor des Knochens bzw. des Gelenkknorpels
28	M77	6	Sonstige Sehnenansatzentzündung
28	M79	6	Sonstige Krankheit des Weichteilgewebes
30	D48	<= 5	Tumor an sonstigen bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneten Körperregionen ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## B-[2].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

keine Angaben

## B-[2].7 Prozeduren nach OPS

### B-[2].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer (4-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	8-918	377	Fachübergreifende Behandlung von Patienten mit lang andauernden Schmerzen
2	8-910	339	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)
3	5-820	237	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
4	8-917	209	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels in Gelenke der Wirbelsäule
5	5-822	183	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks
6	5-836	120	Operative Versteifung der Wirbelsäule - Spondylodese
7	5-839	113	Sonstige Operation an der Wirbelsäule
8	5-032	84	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein
9	8-210	48	Mobilisierung eines versteiften Gelenkes unter Narkose - Brisement force
10	5-835	45	Operative Befestigung von Knochen der Wirbelsäule mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
11	5-831	44	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe
12	5-056	43	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion
13	5-821	39	Erneute Operation, Wechsel bzw. Entfernung eines künstlichen Hüftgelenks
13	9-500	39	Patientenschulung
15	5-813	37	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern im Kniegelenk durch eine Spiegelung
16	5-783	36	Operative Entnahme von Knochengewebe zu Verpflanzungszwecken
16	5-787	36	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
16	5-788	36	Operation an den Fußknochen
16	5-814	36	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung
20	5-812	35	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung

Rang	OPS-301 Ziffer (4-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
21	5-786	34	Operative Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
22	8-650	32	Behandlung mit elektrischem Strom, meist direkt über die Haut
23	5-847	31	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Gelenke an der Hand außer am Handgelenk
24	1-204	29	Untersuchung der Hirnwasserräume
25	5-842	28	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern
26	5-823	27	Erneute Operation, Wechsel bzw. Entfernung eines künstlichen Kniegelenks
27	5-781	24	Operative Durchtrennung von Knochengewebe zum Ausgleich von Fehlstellungen
27	5-845	24	Operative Entfernung der Gelenkinnenhaut an der Hand
29	5-903	23	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal
30	5-782	21	Operative Entfernung von erkranktem Knochengewebe

### **B-[2].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren**

keine Angaben

### **B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Nr:	Art der Ambulanz:	Bezeichnung der Ambulanz:	Nr. / Leistung:	Kommentar / Erläuterung:
AM06	Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V	Ermächtigungsambulanz Dr. Zechel		

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt



## B-[2].11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA58	24h-Blutdruck-Messung			
AA59	24h-EKG-Messung			
AA60	24h-pH-Metrie	pH-Wertmessung des Magens		
AA63	72h-Blutzucker-Messung			
AA37	Arthroskop	Gelenksspiegelung		
AA38	Beatmungsgeräte/CPAP-Geräte	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck		
AA39	Bronchoskop	Gerät zur Luftröhren- und Bronchienspiegelung	Ja	
AA07	Cell Saver	Eigenblutaufbereitungsgerät		
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen		
AA42	Elektronenmikroskop	Mikroskop mit sehr hoher Auflösung		
AA52	Laboranalyseautomaten für Hämatologie, klinische Chemie, Gerinnung und Mikrobiologie	Laborgeräte zur Messung von Blutwerten bei Blutkrankheiten, Stoffwechselleiden, Gerinnungsleiden und Infektionen	k.A.	
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsg erät		k.A.	
AA31	Spirometrie/Lungenfunktionsprüf ung			

## B-[2].12 Personelle Ausstattung

### B-[2].12.1 Ärzte und Ärztinnen:

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	12 Vollkräfte	
<b>davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	6 Vollkräfte	

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
<b>Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)</b>	0 Personen	

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung:**

Nr.	Facharztbezeichnung:	Kommentar / Erläuterung:
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ):	Kommentar / Erläuterung:
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	

**B-[2].12.2 Pflegepersonal:**

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	41 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen</b>	2 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Altenpfleger und Altenpflegerinnen</b>	2 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen</b>	0 Vollkräfte	2 Jahre	
<b>Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen</b>	4 Vollkräfte	1 Jahr	
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	4 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
<b>Entbindungspfleger und Hebammen</b>	0 Personen	3 Jahre	
<b>Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen</b>	2 Vollkräfte	3 Jahre	

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung:**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss:	Kommentar / Erläuterung:
PQ03	Hygienefachkraft	
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ08	Operationsdienst	

Nr.	Zusatzqualifikation:	Kommentar / Erläuterung:
ZP03	Diabetes	
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP10	Mentor und Mentorin	
ZP00	Netzwerkerin	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP16	Wundmanagement	

**B-[2].12.3 Spezielles therapeutisches Personal:** Für die Organisationseinheit/Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	2 Masseure
SP43	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal	2 Radiologieassistentinnen, 2 Laboratorium-assistentinnen
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	Anzahl 5
SP23	Psychologe und Psychologin	1 Psychologin Dr. Stslmann

## Teil C - Qualitätssicherung

### **C-1** Teilnahme externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

### **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

trifft nicht zu / entfällt

### **C-4** Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

### **C-5** Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

Leistungsbereich:	Mindestmenge:	Erbrachte Menge:	Ausnahmetatbestand:	Kommentar/Erläuterung:
Knie-TEP	50	237		

### **C-6** Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] ("Strukturqualitätsvereinbarung")

trifft nicht zu / entfällt

# Teil D - Qualitätsmanagement

## D-1 Qualitätspolitik

### Leitbild als Mission

Das Leitbild unseres Hauses basiert auf den Erwartungen, Werten und Zielen der Mitarbeiter. Sie wurden im Rahmen eines intensiven Beteiligungsprozesses zusammen getragen.

Schon während der Ausarbeitung der Mitarbeiterideen zum vorliegenden Leitbild wurde klar, dass eine deutliche Übereinstimmung bei den Hoffnungen, Werten und Zielen besteht. Darauf sind wir stolz, denn hinter unserem Verhalten und unserer Arbeitsweise steckt eine gemeinsame Philosophie, wir ziehen am selben Strang - was überhaupt erst die Voraussetzung für die Umsetzung eines Leitbildes darstellt.

Selbstverständlich ist dieses Leitbild nicht nur als erlebte Realität zu verstehen. Manches von dem hier Aufgeführten ist noch nicht erreicht - aber es beschreibt, was wir uns wünschen und zielstrebig verfolgen. Das Leitbild soll sowohl den Mitarbeitern als Orientierung im täglichen Handeln dienen, als auch Patienten, Geschäftspartner und die Öffentlichkeit über uns informieren. Die Verwirklichung unseres Leitbildes stellt eine Aufgabe dar, der wir uns alle - auf allen Hierarchieebenen - stellen wollen.

Die im Folgenden aufgeführten Leitsätze stellen u.a. eigene Formulierungen der Mitarbeiter dar, die als Zitate gekennzeichnet sind. Da wir in unserem Hause sehr viele Patienten aus Nordamerika und der Golfregion betreuen, haben wir unser Leitbild ferner ins Englische übersetzt. Diese Version führen wir jedoch aus Platzgründen hier nicht auf.

#### „Eine Spezialklinik mit Charme“

Unsere orthopädische Fachklinik liegt in reizvoller Landschaft am Rand des Stenumer Waldes zwischen Oldenburg und Bremen. Wir bilden ein überregionales Zentrum unter anderem im Bereich Endoprothetik (Gelenkersatz), Wirbelsäulenchirurgie, Arthroskopie (Gelenkspiegelungen) und orthopädische Schmerztherapie.

#### „Ein fortschrittliches Krankenhaus mit kosmopolitischem Flair“

In unserer expandierenden Fachklinik betreuen wir überwiegend Patienten aus Deutschland, zunehmend auch aus Nordamerika und der Golfregion. Unser Team besteht aus engagierten, kompetenten und weltoffenen Menschen mit Spaß an der Arbeit. Unsere Besonderheit: Wir verbinden höchste fachliche Qualität mit familiärem Charakter.

„Ein Haus mit langer Tradition - Licht, Liebe, Leben.“

Dieses Lebensmotto von Johann Gottfried Herder schrieben die Gründer der Einrichtung auf den Giebel unseres Hauses, wo es heute noch steht. Aus der 1920 eröffneten Ferienkolonie für bedürftige Kinder in Stenum wurde 1943 die Sonnenheilstätte für Tuberkulosekranke und daraus schließlich unsere Fachklinik für Orthopädie. Heutiger Träger ist der gemeinnützige Verein „Krankenhaus Stenum e.V.“ Wir sind uns unserer Tradition bewusst und gehen mit ihrem humanistischen Erbe sorgsam um.

„Wohl und Zufriedenheit der Patienten stehen für mich an erster Stelle.“

Wir sehen unsere Patienten nicht nur als „Kunden“, die ein Recht auf bestmögliche Behandlung haben. Wir stellen qualitativ hochwertige Arbeit zur Verfügung und beziehen dabei die Patienten als unsere Partner aktiv in den Diagnose- und Therapieprozess ein. Wir sind Ratgeber der Patienten und unterstützen sie in ihrer Entscheidungskompetenz.

„Wir gehen auf den Patienten als Ganzes ein und nicht nur auf seine Erkrankung.“

Uns ist die medizinische Leistung genauso wichtig wie das seelische Wohl des Patienten. Dieser Anspruch prägt unser Handeln.

„Ich versuche, Unmögliches möglich zu machen.“

In Zeiten, in denen gesetzliche und finanzielle Rahmenbedingungen die Mitarbeiter aller Krankenhäuser täglich vor neue Herausforderungen stellen, halten wir an unseren Werten im Umgang mit Patienten fest. Wir geben ihnen stets das Gefühl, ihre Sorgen zu teilen und sind mit allen Kräften bemüht, ihre Situation zu verbessern.

„Dienstleistung ist, dass ich meine ganze Energie in meine Arbeit gebe, d.h. das möglichst Beste erreichen will.“

In unserem „Dienstleistungsunternehmen“ sind die Mitarbeiter das wichtigste Kapital.

„Wir, die Mitarbeiter, sind Basis und Motor unseres Krankenhauses. Unser Einsatz ist Garant für unsere Qualität.“

Wir legen großen Wert auf fachliche Kompetenz, die durch ständige Weiterbildung gewährleistet wird. Zum anderen ist herausragende Qualität nur durch zufriedene Mitarbeiter zu erreichen, die im Team arbeiten und sich ständig miteinander austauschen.

„Der Patient ist für mich das Wichtigste, aber Erfolg und Zufriedenheit entsteht nur im Miteinander. Darum muss der Patient wissen, dass auch er einen Beitrag zu erbringen hat, um bei der Genesung zu helfen.“

Wir bringen die fachliche Kompetenz und modernste Technik, die Patienten die Mitarbeit. Wir erwarten, dass sie mit ihrer Gesundheit respektvoll umgehen und, entsprechend ihrer Möglichkeiten, beim Behandlungsprozess mitwirken.

„Jeder behandelt den anderen so, wie er selbst behandelt werden möchte.“

Eine „Kultur des Umgangs miteinander“ bedeutet, dass die Arbeit jedes Einzelnen als gleich wichtig respektiert wird und volle Anerkennung verdient.

„Für die Zukunft wünsche ich mir weiterhin ein gesundes Krankenhaus.“

Das heißt medizinische Versorgung auf höchstem Niveau, beste Pflege für die Patienten, sichere Arbeitsplätze für unsere Mitarbeiter.

„Wirtschaftlichkeit darf Menschlichkeit nicht ausschließen.“

Natürlich ist es für uns eine der wichtigsten Aufgaben, den wirtschaftlichen Erfolg unserer Klinik zu sichern. Dies soll bei uns jedoch nur in Verbindung mit dem gemeinnützigen Gedanken geschehen. Wir sind überzeugt, dass Werte wie Menschlichkeit, Freundlichkeit, Ehrlichkeit und Respekt ebenso wie Wirtschaftlichkeit Voraussetzung für unsere Zukunftssicherung sind.

„Bewahrung von Erprobtem - Mut zur Veränderung“

Darum arbeiten wir alle gemeinsam an einer stetigen Weiterentwicklung unserer Leistung, ohne dabei auf das Bewährte zu verzichten. Ein großer Erfahrungsschatz einerseits und die Nutzung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse andererseits machen unsere qualitativ hochwertige Arbeit aus. Wir stellen uns der Herausforderung, neue, medizinisch wichtige und wirtschaftlich attraktive Marktsegmente zu erschließen.

„Ich glaube, wir schlagen einen sehr guten Kurs ein.“

Wir öffnen uns dem Fortschritt in allen Bereichen. Selbst entwickelte moderne Patientenprogramme, gemeinsam aufgestellte Qualitätsstandards und Leitlinien, Durchführung von wissenschaftlichen Studien und nicht zuletzt das hier „gelebte“ Qualitätsmanagement sind unser Beitrag zum medizinischen Fortschritt. So arbeiten wir an einer langfristigen Zukunftssicherung.

### **Qualitätspolitik als Handlungsrahmen**

Unsere Qualitätspolitik wurde gemeinsam von der Krankenhausleitung, welche die übergeordnete Verantwortung für das Qualitätsmanagement des Hauses trägt und sich sehr aktiv an dessen Umsetzung beteiligt, entwickelt und bildet unseren übergeordneten Handlungsrahmen zur Sicherstellung und ständigen Optimierung unserer Qualität. Mit Hilfe des Qualitätsmanagementsystems erfährt die Qualitätspolitik eine handlungsorientierte Umsetzung durch alle MitarbeiterInnen.

1. Die Qualitätspolitik spiegelt sich in definierten Qualitätszielen wider. Diese sind: Kompetenz, kontinuierliche Verbesserung, Verbindlichkeit. Erreicht werden sie u.a. durch eine auf Leitlinien basierende Behandlung, ergänzt durch aktuelle

Behandlungsstandards, sowie Transparenz der Prozesse. Dadurch ist eine frühzeitige Fehlererkennung und -vermeidung gewährleistet.

2. Transparenz ist ein integraler Bestandteil unserer Qualitätspolitik. Dazu müssen alle Beteiligten kontinuierlich miteinander kommunizieren - sowohl intern als auch nach extern.

3. Wir sehen uns als Anwalt unserer Patienten: Ihre Belange wollen wir vertreten, nicht nur aus medizinischer, sondern auch aus ganzheitlicher Sicht. Das Wohl und die Zufriedenheit unserer Patienten ist unser höchstes Ziel.

4. Verantwortlich für die Qualitätspolitik ist die Klinikleitung. Sie unterstützt die Qualitätsarbeit mit allen Kräften und trägt Qualitätsbewusstsein in alle Bereiche des Krankenhauses („die Treppe wird von oben gefegt“). Dabei ist gegenseitiger Respekt und Wertschätzung jedes einzelnen Mitarbeiters ihre Maxime.

5. Unsere Qualitätspolitik soll unsere Mitarbeiter motivieren und qualifizieren, sie sollen sich mit dem Unternehmen identifizieren. Indem wir Leistung anerkennen und Anreize dazu schaffen, wollen wir die Qualität unserer Arbeit weiter optimieren. Wir sind überzeugt, dass nur engagierte und qualifizierte Mitarbeiter zum Erfolg unseres Hauses beitragen können.

6. Jede gesellschaftliche, wirtschaftliche und besonders gemeinnützige Institution hat eine soziale Aufgabe, d. h. die Pflicht, dem Gemeinwohl zu dienen. Damit steht jeder Einzelne im Mittelpunkt unserer Qualitätsbemühungen. Sowohl unsere Patienten als auch unsere Mitarbeiter, aber auch unsere sonstigen „Kunden“ und „Partner“ sollen von unserer Qualitätspolitik profitieren, indem sie persönlich zufrieden sind und sich dem Unternehmen gegenüber grundsätzlich wohlwollend verhalten.

7. Das Qualitätsmanagement unterstützt die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens, damit eine stabile Marktpräsenz und sichere Arbeitsplätze gewährleistet sind.

## **D-2** Qualitätsziele



Um sowohl das Leitbild als auch die Qualitätspolitik mit Leben zu füllen und um den kontinuierlichen Verbesserungsprozess unseres Hauses systematisch zu steuern, werden jährlich im Rahmen der Qualitätskommission, an der die gesamte Krankenhausleitung teilnimmt, strategische und operative, überprüfbare Qualitätsziele für unser Krankenhaus aufgestellt und dann im Rahmen von Qualitätsmanagement-Projekten und Arbeitsgruppen durch die MitarbeiterInnen umgesetzt (siehe auch Kapitel D-6).

Alle Qualitätsziele orientieren sich an der formulierten Qualitätspolitik und an dem übergeordneten Handlungsrahmen, dem Leitbild. Unsere Mitarbeiter werden über das Intranet sowie im Rahmen von Mitarbeiterveranstaltungen über diese Ziele informiert. In die Zielplanung fließen u.a. ein:

- Ergebnisse der Patientenbefragungen,
- Ergebnisse des Beschwerdemanagements,
- Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung,
- Ergebnisse des Vorschlagswesens,
- Ergebnisse der KTQ-Selbstbewertung und Fremdbewertung
- Ergebnisse der Daten der internen und externen Qualitätssicherung
- Ergebnisse aus Hygiene- und Apothekenbegehungen, Pflegevisiten etc.

## **Qualitätsziele für 2008**

### **Strategisches Ziel 1: Optimierung der Mitarbeiterführung und Kommunikationskultur im Krankenhaus Stenum**

#### Leitbildbezug

- „Wir, die Mitarbeiter, sind Basis und Motor unseres Krankenhauses. Unser Einsatz ist Garant für unsere Qualität.“
- „Wirtschaftlichkeit darf Menschlichkeit nicht ausschließen.“

#### Operatives Ziel

- Teilnahme am EU-geförderten Projekt „ZEVA“ zur Einführung von systematischen Zielvereinbarungsgesprächen in allen Berufsgruppen für alle Mitarbeiter.

#### Hintergrund

- Projektzeitraum: 01.01.2008 bis 31.12.2008
- Konzeption eines Zielvereinbarungssystems
- Einführung des Zielvereinbarungssystems
- Schulung der Führungskräfte zur Durchführung der Gespräche

#### Überprüfung

- Durchführungsbestätigung der Zielvereinbarungsgespräche 2009
- Auswertung der Projektgruppe „Zielvereinbarungsgespräche“

### **Strategisches Ziel 2: Optimierung der Personalentwicklung bei Eintritt eines neuen Mitarbeiters**

#### Leitbildbezug

- „Wir, die Mitarbeiter, sind Basis und Motor unseres Krankenhauses. Unser Einsatz ist Garant für unsere Qualität.“

#### Operatives Ziel

- Ausweitung des in der Pflege vorhandenen Einarbeitungskonzepts für alle Berufsgruppen

#### Messgröße

- Anzahl der vorhandenen Einarbeitungskonzepte
- Nutzung der Einarbeitungskonzepte

#### Überprüfung

- Auswertung der Qualitätskommission bzgl. Anzahl und Nutzung der Einarbeitungskonzepte

### **Strategisches Ziel 3: Optimierung der Personalentwicklung bzgl. aller Mitarbeiter**

#### Leitbildbezug

- „Für die Zukunft wünsche ich mir weiterhin ein gesundes Krankenhaus.“

#### Operatives Ziel

- Implementierung eines Beurteilungs-Systems im Zusammenhang mit den Zielvereinbarungsgesprächen

#### Messgröße

- Anwendung des Beurteilungs-Systems im Rahmen der Zielvereinbarungsgespräche

#### Überprüfung

- Auswertung der Gesprächsprotokolle

## **Strategisches Ziel 4: Strukturierung und Systematisierung der externen Qualitätssicherung (BQS-Daten)**

### Leitbildbezug

- „Wohl und Zufriedenheit der Patienten stehen für mich an erster Stelle.“

### Operatives Ziel

- Entwicklung einer systematischen Vorgehensweise zum Umgang mit der externen Qualitätssicherung und Nutzung der von der BQS zur Verfügung gestellten Qualitätssicherungs-Daten

### Messgröße

- Aufbereitung der Ergebnisse
- Präsentation in der Ärztekonzferenz inkl. Analyse und Maßnahmenableitung

### Überprüfung

- Protokoll „Ärztekonzferenz“
- Veröffentlichung der aufbereiteten Ergebnisse im Intranet

## **Strategisches Ziel 5: KTQ-Zertifizierung und kontinuierliche Fortführung des KTQ-Verfahrens**

### Leitbildbezug

- „Ich glaube, wir schlagen einen sehr guten Kurs ein.“

### Operatives Ziel

- Erhalt des KTQ-Zertifikats
- Jährliche Aktualisierung der Selbstbewertung

#### Messgröße

- Durchführung der Fremdbewertung durch die Zertifizierungsstelle
- Aktualisierte Punkte pro Kriterium / Kategorie

#### Überprüfung

- Zertifizierungserfolg Ende 2007
- Kontrolle der Selbstbewertung durch die Qualitätskommission

### **D-3** Aufbau des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements

Im Folgenden sind die einzelnen Gruppen und Gremien der Qualitätsmanagement-Struktur aufgeführt. Zu jeder der aufgeführten Gremien existieren fixierte Beschreibungen der Aufgaben, Verantwortlichkeiten etc., die im QM-Organisationshandbuch hinterlegt sind. Rechte und Pflichten der jeweiligen Gremien und Personen sind somit klar definiert.

#### **Krankenhausleitung**

##### Aufgaben

Die Krankenhausleitung ist hauptverantwortlich für die strategische und operative Planung aller Qualitätsmanagement-Aktivitäten. Sie entwickelt als übergeordneten Orientierungsrahmen für das Qualitätsmanagement die Qualitätspolitik für unser Haus und stellt die nötigen Ressourcen zur Verfügung. Alle Mitglieder der Krankenhausleitung nehmen an der Qualitätskommission teil und sind damit aktiv in die Planung und Umsetzung des Qualitätsmanagements eingebunden.

#### Teilnehmer

- Verwaltungsdirektor
- Ärztlicher Direktor
- Pflegedirektorin

#### Qualitätskommission

##### Aufgaben

- Steuerung der Umsetzung des Leitbildes und des Qualitätsmanagements.
- Einsatz dafür, dass das Leitbild und das Qualitätsmanagement im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten in allen Arbeitsbereichen zunehmend verwirklicht werden.
- Planung und Einsatz der Qualitätsmanagement-Instrumente (s.u.): z.B. Befragungen, Beschwerdemanagement, Vorschlagswesen...
- Festlegung hausinterner Qualitätsziele.
- Entwicklung von Arbeitsaufträgen für Projekt- und Arbeitsgruppen.
- Einberufung von Projekt- und Arbeitsgruppen.
- Unterstützung von Projektgruppen.
- Leitung von und Teilnahme an Projektgruppen.
- Umsetzungsverantwortung für die Ergebnisse aus der Projektarbeit.
- Information aller Mitarbeiter über Qualitätsmanagement-Aktivitäten.

##### Leitung

- Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) Frau Czarnetzki

#### Teilnehmer

- Verwaltungsdirektor
- Ärztlicher Direktor
- Pflegedirektorin
- Mitarbeiterin aus dem Betriebsrat
- Personalleiterin
- Ärztlicher QM-Multiplikator

- Pflegerische QM-Multiplikatorin
- QMB (Frau Czarnetzki)

### **Qualitätsmanagementbeauftragter (QMB)**

#### **Aufgaben**

Die Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) dient der Unterstützung der Geschäftsführung bei der Einführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements in allen Bereichen des Krankenhauses.

Die Qualitätsmanagementbeauftragte hat die Aufgabe, das Qualitätsmanagementsystem (QMS) aufzubauen, zu überprüfen und kontinuierlich weiter zu entwickeln. Dazu gehört die Sicherstellung der internen Kommunikation bezüglich des Qualitätsmanagementsystems, sowie die Dokumentation des Systems aufrecht zu erhalten und zu lenken.

Aufbau und Weiterentwicklung eines auf den Grundsätzen der KTQ basierenden Qualitätsmanagement-Systems.

- Beratung der Krankenhausleitung bzgl. der Qualitätsmanagement-Strategie und Ziele.
- Leitung der Qualitätskommission.
- Dokumentation der Qualitätsmanagement-Aktivitäten.
- Qualitäts-Schulungen der Mitarbeiter.
- Erstellen und Pflegen des QM-Organisationshandbuchs.
- Auswertung der Daten der externen und internen Qualitätssicherung.
- Darstellung des Qualitätsmanagements nach innen und außen.
- Leitung und Unterstützung von Projektgruppen.
- Vorbereitung auf eine Zertifizierung nach KTQ.

### **Projekt- und Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel**

#### **Aufgaben**

- Projekt- und Arbeitsgruppen werden von der Qualitätskommission einberufen und mit der Bearbeitung eines definierten Auftrages in einem definierten Zeitrahmen und einer benannten Projekt- oder Arbeitsgruppenleitung beauftragt.

- Jede Gruppe arbeitet entsprechend den Regeln für die Arbeit in Projekt- oder Arbeitsgruppen bzw. Qualitätszirkeln gemäß dem QM-Organisationshandbuch. Die Protokollierung der Gruppenarbeiten erfolgt mittels Standard-Formular.
- Die Ergebnisse werden von der Projekt- bzw. Arbeitsgruppenleitung in der Qualitätskommission vorgestellt.
- Die Umsetzung der Ergebnisse der Projektarbeit erfolgt durch die Mitglieder der Qualitätskommission mit Unterstützung der Mitglieder der Projektgruppe. Die Projektgruppe hat somit die Ergebnisverantwortung, die Qualitätskommission die Umsetzungsverantwortung.
- Die Überprüfung der Projekterfolge erfolgt in der Qualitätskommission.

#### Arbeitsinhalte implementierter Projekt- und Arbeitsgruppen:

- Umsetzung der Qualitätsziele:
- Einführung von systematischen Zielvereinbarungsgesprächen in allen Berufsgruppen für alle Mitarbeiter.
- Ausweitung des in der Pflege vorhandenen Einarbeitungskonzepts für alle Berufsgruppen.
- Implementierung eines Beurteilungs-Systems im Zusammenhang mit den Zielvereinbarungsgesprächen.
- Entwicklung einer systematischen Vorgehensweise zum Umgang und Nutzung der externen Qualitätssicherungsdaten
- Aktualisierung der Selbstbewertung bis Ende 2008
- ...

## Kommissionen

### Transfusionskommission

#### Aufgaben

- Sicherstellung und Umsetzung der relevanten Gesetze, Verordnungen, Richtlinien und Leitlinien durch Erstellung und kontinuierliche Überarbeitung der Transfusionsordnung.
- Erstellung und Pflege einer Liste aller im Haus eingesetzten Blutprodukte.
- Festlegung der Betriebsverantwortlichkeit der Transfusionsbeauftragten.
- Planung und Organisation von Mitarbeiterschulungen.
- Planung und Organisation von internen Audits.



#### Leitung

- Transfusionsverantwortlicher (externer TV)

#### Teilnehmer

- Externer Transfusionsbeauftragter
- 2 interne ärztliche Transfusionsbeauftragte
- Qualitätsmanagement-Beauftragte
- Mitarbeiter aus dem Labor

### **Arzneimittelkommission**

#### Aufgaben

- Festlegung des Medikamenten-Sortiments.
- Pflege (Ergänzung/Änderung/Streichungen) des Medikamenten-Artikelsortiments.
- Angebots- und Preisvergleiche.
- Planung und Organisation der Begehungen der Stationen durch die Apothekerin.

#### Leitung

- Chefarzt Anästhesie

#### Teilnehmer

- Chefarzt Anästhesie
- Beauftragte für Beschaffung
- Ärztlicher QM-Multiplikator
- Apothekerin

## **Hygienekommission**

### Aufgaben

- Erstellung und Aktualisierung des Hygieneplans mit Hygienestandards.
- Erarbeitung von komplexen Problemlösungen aus dem Bereich Krankenhaushygiene innerhalb des Krankenhauses.
- Beratung und Schulung zum Themenkreis Krankenhaushygiene.

### Leitung

- Ärztlicher Direktor

### Teilnehmer

- Ärztlicher Direktor
- Verwaltungsdirektor
- Pflegedirektorin
- Hygienebeauftragter Arzt
- 2 Hygienefachkräfte

## **Kommission Arbeitssicherheit**

### Aufgaben

- Planung und Umsetzung aller Maßnahmen, die zur Arbeitssicherheit im Krankenhaus notwendig sind.
- Umsetzung der Empfehlungen der Berufsgenossenschaften.
- Planung und Umsetzung von Schulungen, Begehungen und Gefährdungsbeurteilungen.
- Erstellung und Aktualisierung der Mitarbeiterinformationen und Sicherheitsanweisungen.

Leitung

- Sicherheits- und Brandschutzbeauftragter

Teilnehmer

- Sicherheits- und Brandschutzbeauftragter
- Betriebsärztin
- Krankenhausleitung
- Mitarbeiter Betriebsrat
- Mitarbeiter Technik

## **D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements**

Im Rahmen des Qualitätsmanagements arbeitet das Krankenhaus Stenum mit unterschiedlichen Qualitätsmanagement(QM-)Instrumenten. Geachtet wird auf die professionelle Nutzung und Handhabung der Instrumente, ebenso wie auf eine praxisnahe und unbürokratische Nutzungsmöglichkeit für die Anwender der Instrumente. Die oberste Verantwortung für den Einsatz der Instrumente obliegt der Krankenhausleitung, die Steuerung der Anwendung bzw. die Kontrolle der Ergebnisse erfolgt im Rahmen der Qualitätskommission.

Oberstes Ziel ist, flächendeckend mit den Instrumenten den Kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu gestalten und damit die Qualität der Versorgungsprozesse des Krankenhauses stetig zu verbessern. Sie dienen der Messung/Erhebung und Verbesserung unserer Ergebnis-, Struktur- und Prozessqualität. D.h. auch, dass die Instrumente überwiegend flächendeckend im Krankenhaus Anwendung finden.

In unserem QM-Organisationshandbuch sind die genauen Handhabungen, Anwendungsregeln, Rechte und Pflichten für die aufgeführten Instrumente definiert. Zu allen Instrumenten wurden die Mitarbeiter in Informationsveranstaltungen bzgl. der Anwendung informiert.

Im Folgenden eine Auswahl der wichtigsten Instrumente unseres Krankenhauses:

## **Kontinuierliche Patientenbefragung inkl. Benchmark**

### Anwendungsziel

- Kontinuierliche Erfassung von Patientenmeinungen und Patientenzufriedenheiten und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen (Vorbeuge- und Korrekturmaßnahmen)

### Kurzbeschreibung

- Zur Positionsbestimmung im Bezug auf die Zufriedenheit der Patienten werden zum Ende des stationären Aufenthaltes anonyme, schriftliche Befragungen durchgeführt.
- Die Auswertungen dieser Befragungen werden als ein direkt messbarer Teil der Ergebnisqualität unserer Leistungsempfänger und somit als eines der zentralen Qualitätsmerkmale des Krankenhauses verstanden.
- Ein Benchmark (Vergleich) mit anderen Krankenhäusern erfolgt über die AOK.
- Die Ergebnisse der Datenauswertung und des Benchmarkings dienen der Formulierung und Realisierung von Zielen und Maßnahmen durch die Qualitätskommission bzw. Krankenhausleitung, die zur Verbesserung der Patientenversorgung führen.
- Das Pflegepersonal der jeweiligen Stationen ist für die Verteilung und ggf. Hilfestellung beim Ausfüllen der Patientenfragebögen auf Patientenwunsch, zuständig (Durchführungsverantwortung: Abteilungsleitungen).
- Die Qualitätsmanagementbeauftragte ist für die Datenerfassung, Auswertung und Vorstellung der Ergebnisse im Rahmen der Qualitätskommissions-Sitzung verantwortlich.
- Prozessbeschreibung des gesamten Verfahrensablaufes „Patientenbefragung“ und standardisierter Fragebogen sind vorhanden.

## **Die „große“ Patientenbefragung**

### Anwendungsziel

- Analyse von Stärken und Verbesserungsbereichen aus Sicht der Patienten

### Kurzbeschreibung

- Umfassende Befragung aller Patienten, die innerhalb eines für die Befragung definierten Zeitraumes (4 Wochen) stationär behandelt werden.
- Befragung anhand Fragebögen mit 44 geschlossenen Fragen, unterteilt in 7 Qualitätskategorien, sowie zwei offener Fragen für freitextliche Anmerkungen.
- Qualitätskategorien sind: Ärztliche Versorgung, Pflegerische Versorgung, Personal in anderen Diensten, Organisation und Information, Serviceleistungen, Umfeld und Gesamtbeurteilung.
- Auswertung: Gesamt und nach Altersgruppen
- Durchführungsmanagement sowie Auswertung, Interpretation und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen obliegt der Qualitätskommission bzw. der Qualitätsmanagementbeauftragten.
- Standardisierter Fragebogen ist vorhanden.
- Durchführung: alle drei Jahre (die nächste 2011)

## **Befragung der Mitarbeiter**

### Anwendungsziel

- Analyse von Stärken und Verbesserungsbereiche aus Sicht der Mitarbeiter

### Kurzbeschreibung

- Befragung aller Mitarbeiter
- Befragung anhand von Fragebögen mit 55 geschlossenen Fragen, unterteilt in 6 Qualitätskategorien, sowie einer offenen Frage für freitextliche Anmerkungen.
- Qualitätskategorien sind: Arbeitsbedingungen, Information, Klima, Kooperation und Zusammenarbeit, Fort- und Weiterbildung, Führung und Image
- Auswertung: Gesamt und pro Berufsgruppe
- Durchführungsmanagement sowie Auswertung, Interpretation und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen obliegt der Qualitätskommission bzw. der Qualitätsmanagementbeauftragten.
- Standardisierter Fragebogen ist vorhanden.
- Durchführung: alle drei Jahre (die nächste 2011)

## **KTQ-Selbstbewertung und Zertifizierung**

#### Anwendungsziel

- Ausrichtung des internen Qualitätsmanagement-Systems auf die 6 Qualitätskategorien und den PDCA-Zyklus des KTQ-Verfahrens und Zertifizierung nach KTQ.

#### Kurzbeschreibung

- Durchführung eines KTQ-Kurzchecks, um einen Überblick über die Zertifizierungsreife des Hauses zu erhalten und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen (Qualitätsziele und -projekte).
- Durchführung von KTQ-Schulungen zur Erstellung der Selbstbewertung.
- Aktualisierung der Selbstbewertung nach den Kategorien und Kriterien der KTQ.
- Fremdbewertung und Rezertifizierung (die nächste: 2010).

### **Beschwerdemanagement**

#### Anwendungsziel

- Steigerung der Zufriedenheit der Patienten, Angehörigen und Besucher durch die Nutzung ihrer Kritik und Verbesserungsvorschläge für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess des Hauses.

#### Kurzbeschreibung

- Im Rahmen einer Projektgruppe wurde ein dokumentiertes Verfahren (fester Prozessabläufe) zum Beschwerdemanagement entwickelt.
- Jeder Patient, Angehöriger oder Besucher hat die Möglichkeit, ein spezielles Beschwerdeformular auszufüllen.
- Jeder Patient erhält Rückmeldung, was aus seiner Beschwerde geworden ist.
- Eine Beschwerdemanagerin ist zur Steuerung des Gesamtverfahrens benannt. Diese stellt halbjährige Statistiken für die Qualitätskommission zur Verfügung.
- Die Umsetzung der Beschwerden läuft ebenfalls über die Qualitätskommission.

## EDV-Qualitätszirkel

### Anwendungsziel

- Systematische Optimierung der kompletten EDV und der Anwendbarkeit und Vernetzung der verschiedenen Programme sowie Unterstützung der Benutzer.

### Kurzbeschreibung

- Quartalsweise tagt eine feste Gruppe von EDV-Experten des Hauses.
- Sie bearbeiten selbstorganisiert aktuelle Fragestellungen und Probleme.

## Pflegevisiten

### Anwendungsziel

- Zur kontinuierlichen Verbesserung des Pflegeprozesses auf den Stationen werden regelmäßige Pflegevisiten als Vorbeuge- und Korrekturmaßnahmen durchgeführt.

### Kurzbeschreibung

- Die Pflegevisite ist eine regelmäßige Begleitung von Mitarbeitern der Pflege auf den Stationen während des Pflegeprozesses.
- Sie dient u.a. der Überprüfung der Qualität der Pflege und der Leistung der Mitarbeiter (v.a. bei Mitarbeitern in der Probezeit).
- Ferner wird z.B. überprüft, wie die Dokumentation in der digitalen Pflegeakte funktioniert.
- Die Zufriedenheit des Patienten wird ebenfalls abgefragt.
- Des weiteren dient sie als ein Pflegemanagement-Instrument, da sie u.a. Kompetenzen unter den Pflegekräften erkennen lässt und somit Förderungsmöglichkeiten der Mitarbeiter ermöglicht und personelle, zeitliche und materielle Schwachstellen und Ressourcen der Station erkennen lässt.
- Alle Stationen werden mindestens quartalsweise visitiert.
- Zuständigkeiten: Jede/r MitarbeiterIn der Pflege ist für seinen Arbeitsbereich verantwortlich.
- Die Verantwortung der pflegerischen Versorgung in den einzelnen Stationen obliegt den Abteilungsleitungen Pflege. Der Pflegedienstleitung obliegt die pflegerische Gesamt-Verantwortung des Hauses.

- Die Pflegevisiten werden von der Qualitätsmanagement-Multiplikatorin aus dem Pflegedienst in enger Zusammenarbeit mit der Pflegedirektorin durchgeführt.

## Hygienemanagement

### Anwendungsziel

- Ziel ist die Umsetzung von Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung und Bekämpfung von Infektionen bei Patienten und Mitarbeitern.
- Insbesondere soll die Verlängerung der Verweildauer der Patienten durch nosokomiale Infektionen vermieden werden. Voraussetzung für ein erfolgreiches Hygienemanagement sind standardisierte Arbeitsabläufe und Verfahrensanweisungen.

### Kurzbeschreibung

- Grundlage für das Hygienemanagement sind die Richtlinien für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch Instituts, Berlin, Krankenhaushygiene-Verordnung des Landes Krankenhaus-Gesetzes, Unfallverhütungsvorschriften und Erkenntnisse und Empfehlungen von Ausschüssen.
- Das Krankenhaus führt regelmäßig interne Schulungen und Analysen durch die Hygienefachkraft durch, um gesetzliche Vorgaben zu erfüllen und die Verbesserung des Hygienestandards zu erreichen und langfristig zu sichern.
- Die Hygiene soll von allen Mitarbeitern als kontinuierliche arbeitsplatzbezogene Aufgabe verstanden und praktiziert werden.
- Im Hygieneplan sind Zuständigkeiten, Aufgaben der Hygienefachkraft, Aufgaben der Hygienekommission, Prozessbeschreibungen etc. schriftlich geregelt.
- Die Hygienekommission ist v.a. für die kontinuierliche Aktualisierung des Hygieneplans zuständig und diskutiert aktuelle hygienebezogene Fragestellungen.

## Externe Qualitätssicherung

### Anwendungsziel



- Ziel ist die Erfassung von Daten, die der externen Qualitätssicherung dienen. Die externe Qualitätssicherung ist eine gesetzlich geregelte, bundesweit durchgeführte, statistische Auswertung klinischer Daten durch die Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung gGmbH (BQS).

#### Kurzbeschreibung

- (Auswertungsergebnisse siehe Kapitel C Qualitätssicherung)

### **Innerbetriebliches Vorschlagswesen**

#### Anwendungsziel

- Bessere Einbindung der Mitarbeiter in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess und Nutzung des Expertenwissens der Mitarbeiter hierfür.

#### Kurzbeschreibung

- Allen Mitarbeitern wird durch Vorschlagswesen die Möglichkeit gegeben Verbesserungsvorschläge und neue kreative Ideen auf den Weg zu bringen.
- Ziel ist es, durch konstruktive Kritik Arbeitsabläufe, Strukturen und Ergebnisse kontinuierlich zu verbessern und neue Entwicklungen zu fördern.
- Klare Abläufe, Zuständigkeiten und Dokumentation der Mitarbeitervorschläge sind schriftlich festgeschrieben.
- Das Konzept wurde durch eine Projektgruppe entwickelt.
- Die Entscheidung über die Umsetzung von Vorschlägen erfolgt in der Qualitätskommission.

### **Zielvereinbarungsgespräche mit Mitarbeitern**

#### Anwendungsziel

- Ziel ist die Optimierung der Mitarbeiterführung, der Kommunikation zwischen Führungskräften und Mitarbeitern sowie die Umsetzung der Unternehmensziele.

#### Kurzbeschreibung

- Durchführung von jährlichen, dokumentierten Zielvereinbarungsgesprächen in allen Bereichen des Krankenhauses.
- Festlegung von Zielen für einzelne Mitarbeiter, abgeleitet aus den strategischen Unternehmenszielen.
- Hierzu wurde 2008 ein großes Projekt zur weiteren Verbesserung dieses Instruments umgesetzt.

### **D-5 Qualitätsmanagementprojekte**

Das Krankenhaus Stenum initiiert im Rahmen der Qualitätskommission kontinuierlich die unterschiedlichsten Qualitätsmanagement-Projekte zur stetigen Verbesserung des gesamten Versorgungsprozesses und der Etablierung des Krankenhauses am bestehenden Krankenhausmarkt. Alle Projekte sind am Leitbild orientiert bzw. sind logische Konsequenz aus der Umsetzung der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele.

Alle, schon in Kapitel D-2 Qualitätsziele aufgeführten Maßnahmen, sind in Form von Qualitätsmanagement-Projekten durchgeführt worden. Qualitätsmanagement-Projekte im Berichtszeitraum waren:

- Zertifizierung nach KTQ
- Einführung eines Vorschlagswesens für Mitarbeiter
- „ZEVA“ zur Einführung von systematischen Zielvereinbarungsgesprächen in allen Berufsgruppen für alle Mitarbeiter
- Implementierung eines Beurteilungs-Systems im Zusammenhang mit den Zielvereinbarungsgesprächen
- Entwicklung einer systematischen Vorgehensweise zum Umgang mit der externen Qualitätssicherung

Im Folgenden erfolgt eine Detailbeschreibung dreier ausgewählter Qualitätsmanagement-Projekte (eine Kurzbeschreibung der meisten anderen, oben aufgeführten Projekte siehe Kapitel D-2).

1. Teilnahme am EU-geförderten Projekt „ZEVA“ zur Einführung von systematischen Zielvereinbarungsgesprächen in allen Berufsgruppen für alle Mitarbeiter.
2. Einführung eines Vorschlagswesens für Mitarbeiter

3. Durchführung einer KTQ-Zertifizierung des Qualitätsmanagement-Systems
4. Mitarbeiterbefragung zur Überprüfung der Aktualität des Leitbildes

## **1. QM-Projekt: „ZEVA“ zur Einführung von systematischen Zielvereinbarungsgesprächen in allen Berufsgruppen für alle Mitarbeiter.**

### **Hintergrund des Problems**

Durch die veränderten politischen Rahmenbedingungen, strengere Ausgabenkontrolle durch die Kostenträger und erhöhte Ansprüche der Patienten ist der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser in Deutschland in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Insbesondere die Forderung nach höherer Ergebnis-, Struktur- und Prozessqualität der Krankenhäuser stellt alle Führungskräfte und Mitarbeiter vor neue Herausforderungen.

Um den steigenden Ansprüchen besser begegnen zu können, entschloss sich die Krankenhausleitung für die Einführung eines Zielvereinbarungssystems für alle Mitarbeiter im Krankenhaus Stenum. Die Krankenhausleitung entschied sich für die Teilnahme am ZEVA-Projekt, um die Umsetzung in die Praxis professionell, systematisch und auf allen Hierarchiestufen innerhalb aller Berufsgruppen und Bereiche des Hauses zu gewährleisten.

### **Zielformulierung**

Orientiert an dem Leitbild und den Führungsgrundsätzen setzt sich das Krankenhaus Stenum dafür ein, dass alle ihren Beitrag zum Gesamterfolg leisten können: motiviert, engagiert und koordiniert. Durch die Einführung eines Zielvereinbarungssystems soll die Zusammenarbeit im Krankenhaus gefördert sowie Entwicklungen, Ziele und Aufgaben für alle transparenter und damit steuerbarer gestaltet werden. Die wichtigsten Ziele im Einzelnen:

- Erhöhung der Transparenz bzgl. der Strategie, Entwicklung, Ziele und finanziellen Leistungen unseres Krankenhauses,
- Annäherung von Krankenhauszielen und persönlichen Zielen,
- Verbesserung der Identifikation unserer Mitarbeiter mit dem Krankenhaus und der Abteilung,
- Etablierung einer offenen, auf gegenseitige Wertschätzung beruhenden Gesprächskultur im Krankenhaus,
- Entwicklung einer einheitlichen und gerechten Gesprächs- und Feedbackkultur zwischen Mitarbeitern und Führungskraft,
- Unterstützung einer an den persönlichen Wünschen und an den Unternehmensefordernissen ausgerichtete Mitarbeiterentwicklung,
- Förderung der Selbstverantwortung, Motivation und Zufriedenheit unserer Mitarbeiter,
- Halten und Verbessern der Qualität unserer Leistungen.

## **Projektdaten und Projektzeitraum**

- Titel und Ziel des Projektes: ZEVA - Implementierung eines Zielvereinbarungssystems und Einführung von Zielvereinbarungsgesprächen
- Projektinhalte:
  1. Entwicklung/ Konzeption eines Zielvereinbarungs-Systems zur betrieblichen Kompetenzentwicklung für nachhaltiges Wirtschaften
  2. Qualifizierung zur Einführung des Konzeptes und Begleitung der bedarfsorientierten Implementierung zur Stärkung der Kompetenzen von Krankenhäusern im Bereich der Personal- und Organisationsentwicklung
  3. Qualifizierung der Beschäftigten zur Gestaltung von Zielvereinbarungen und Durchführung von Zielvereinbarungsgesprächen
- Förderung: Förderprogramm des Europäischen Sozialfonds (ESF) Ziel 3: Weiterbildungsoffensive für den Mittelstand (WOM) - Maßnahmen der beruflichen Qualifizierung. Förderthema: Betriebliche Kompetenzentwicklung für nachhaltiges Wirtschaften
- Projektlaufzeit: 01. Januar 2008 bis 31. Dezember 2008
- Projektdauer: 12 Monate
- Projektträger: [q]<sup>3</sup> unternehmensberatung (Osnabrück, Berlin)

## **Projektverantwortliche**

Projektgruppe „Zielvereinbarungsgespräche, [q]<sup>3</sup> unternehmensberatung

## **Maßnahmen und deren Umsetzung**

### Projektierung und Konzeptionierung

- Erstellung des Projektplans
- Projektorganisation
- Erarbeitung des Konzeptes zur Durchführung von Zielvereinbarungsgesprächen (Organisation der Gespräche, Betriebsvereinbarung, Qualifizierung der Mitarbeiter, Festlegung von Überprüfungs- und Kontrollmechanismen etc.)
- Erarbeitung der benötigten Dokumente

## Implementierung

- Beurteiler Training I: System-Schulung
- Beurteiler Training II: Gesprächs-Schulung
- Beurteiler Training III: Führungsmethoden im Rahmen der Zielvereinbarung

## Evaluation der Zielerreichung

Die Evaluation des Projektes ergab sich durch die Umsetzung und Etablierung des Konzeptes zur Durchführung von Zielvereinbarungen (s.o.), den erstellten Arbeitsinstrumenten sowie durch die Teilnehmerzahlen an den oben genannten Trainings bereits im Berichtsjahr. Die Evaluation erfolgte sowohl durch die das Projekt leitende Unternehmensberatung als auch durch die Qualitätskommission des Hauses. Der erste Durchgang der Zielvereinbarungsgespräche ist erst 2009 abgeschlossen, so dass der Erfolg der Implementierung erst dann beurteilt werden kann.

Durch das Projekt konnten folgende Erfolge erzielt werden:

- Qualifizierung aller Führungskräfte des Krankenhauses Stenum zur Durchführung der Zielvereinbarungsgespräche in insgesamt drei Trainings.
- Durchführung von insgesamt 1.096 Projektstunden
- Zusätzliche Konzeptionierung und Implementierung einer Beurteilungssystematik.

## 2. QM-Projekt: Einführung eines Vorschlagwesens für Mitarbeiter

### Hintergrund des Problems

Ein Aspekt unseres Leitbildes besagt: „Wir, die Mitarbeiter, sind Basis und Motor unseres Krankenhauses. Unser Einsatz ist Garant für unsere Qualität.“ Wir gehen davon aus, dass die Mitarbeiter die eigentlichen Experten in den jeweiligen Bereichen sind. In der alltäglichen Arbeit im Krankenhaus Stenum und im Umgang mit den Patienten sind die Mitarbeiter sehr gut geeignet, um Verbesserungspotenziale zu erkennen und Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln. Somit werden alle Mitarbeiter

in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess einbezogen.

### **Zielformulierung**

Das übergeordnete Ziel ist die bessere Einbindung der Mitarbeiter und Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit über die Entwicklung eines Vorschlagswesens für Mitarbeiter. Weiterhin sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Nutzung des Experten-Know-how der Mitarbeiter
- Erhöhung der Patientenzufriedenheit,
- Steigerung der Mitarbeitermotivation,
- Aufdeckung von Einsparpotenzialen,
- Optimierung von Organisationsabläufen,
- Verbesserung der räumlichen Ausstattung.

### **Projektzeitraum**

Das Projekt begann im Mai 2007 und konnte im Juli 2007 abgeschlossen werden.

### **Projektverantwortliche und Teilnehmer der Arbeitsgruppe**

Verantwortlich für die gesamte Projektdurchführung (Projektleitung) war die Personalleiterin, die von einer Projektgruppe unterstützt worden ist.

### **Maßnahmen und deren Umsetzung**

- Entwicklung eines Konzeptes zur Implementierung eines Vorschlagwesens für Mitarbeiter.
- Festlegung eines systematischen Verfahrens zum Umgang mit und zur Auswertung von Verbesserungsvorschlägen.
- Schaffung von kleinen Anreizen zur Steigerung der Motivation der Mitarbeiter.
- Nutzung der Verbesserungsvorschläge der Mitarbeiter als Ideen für Qualitätsmanagement-Projekte und damit für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

### **Evaluation der Zielerreichung**

Der Erfolg der Einführung eines Vorschlagwesens zeigt sich zunächst einmal in der Anzahl der eingereichten Vorschläge der

Mitarbeiter. Eine weitere Kennzahl zur Beurteilung des Projekterfolges ist die Anzahl der tatsächlich umgesetzten Verbesserungsvorschläge.

### **3. QM-Projekt: KTQ-Zertifizierung**

#### **Hintergrund des Problems**

Das KTQ-Verfahren dient der Bewertung der Qualität und Leistungen in Krankenhäusern. Bei dieser Bewertung werden Stärken des Hauses sichtbar gemacht und es wird aufgezeigt, wo noch Verbesserungspotenziale bestehen. Ziel der freiwilligen KTQ-Zertifizierung ist natürlich die Verbesserung und Optimierung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen innerhalb der kompletten Patientenversorgung. Das Krankenhaus Stenum hat sich für das KTQ-Verfahren entschieden, da dieses Verfahren besonders auch den umfassenden Blick auf alle relevanten Krankenhausbereiche legt. Nur durch ein sehr gutes Zusammenspiel all dieser Bereiche, können wir unsere Patienten tatsächlich optimal behandeln und betreuen!

#### **Zielformulierung**

Übergeordnetes Ziel der freiwilligen KTQ-Zertifizierung ist die bestmögliche Versorgung der Patienten. Dies wird durch eine Verbesserung und Optimierung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen innerhalb der kompletten Patientenversorgung erreicht. Durch die Zertifizierung wird unserem Qualitätsmanagement bescheinigt, dass es den Qualitätsanforderungen der KTQ entspricht.

#### **Projektzeitraum**

Das Projekt begann im Januar 2006 und endete im November 2007

#### **Projektverantwortliche und Teilnehmer der Arbeitsgruppe**

Projektleitung war die Qualitätsmanagement-Beauftragte. Weitere Projektverantwortliche waren die Mitglieder der Qualitätskommission.

#### **Maßnahmen und deren Umsetzung**

- Schulung der Mitarbeiter I: Qualitätsmanagement- und KTQ-Kenntnisse
- Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen
- Erstellung einer Selbstbewertung
- Erstellung eines KTQ-Qualitätsberichtes

- Schulung der Mitarbeiter: Kollegiale Dialoge
- Regelmäßige Information der Mitarbeiter
- Fremdbewertung durch externe Visitoren

## **Evaluation der Zielereichung**

Die Messung des Projekterfolges erfolgte in erster Linie über die erfolgreiche KTQ-Zertifizierung. Des Weiteren wurden Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt und ein KTQ-Qualitätsbericht erstellt, der im Internet für alle Interessierten abrufbar ist.

## **4. QM-Projekt: Mitarbeiterbefragung zur Überprüfung der Aktualität des Leitbildes**

### **Hintergrund des Problems**

Wie in unserem ersten strukturierten Qualitätsbericht im Jahre 2005 beschrieben wurde, hat das Krankenhaus Stenum in einem umfangreichen Prozess unter Einbeziehung aller Mitarbeiter des Hauses ein Leitbild entwickelt und implementiert. Im Zusammenhang mit diesem Thema taucht grundsätzlich die zentrale Frage auf, wie das Leitbild mit Leben gefüllt werden kann und eine Relevanz für den Krankenhausalltag bieten kann. Das Leitbild unseres Hauses besteht aus Leitsätzen, welche unsere Mitarbeiter selbst entwickelt haben und deren Philosophie, Werte und übergeordnete Ziele widerspiegeln. Somit stellt sich natürlicherweise nach einigen Jahren die Frage, inwieweit diese Leitsätze von den Mitarbeitern noch getragen werden.

### **Zielformulierung**

Ziel der Qualitätskommission war es darum, im Rahmen einer schriftlichen Kurz-Befragung alle Mitarbeiter des Hauses um Stellungnahme zu bitten, inwieweit sie sich tatsächlich noch mit den ursprünglichen Leitsätzen identifizieren können.



## Projektzeitraum

Juni 2008

## Projektverantwortliche und Teilnehmer der Arbeitsgruppe

Projektleitung war die Qualitätsmanagement-Beauftragte. Weitere Projektverantwortliche waren die Mitglieder der Qualitätskommission.

## Maßnahmen und deren Umsetzung

- Entwicklung eines Fragebogens inkl. Freitext für Verbesserungsvorschläge zum Thema Leitbild
- Durchführung der Befragung
- Auswertung und Reflexion in der Qualitätskommission
- Veröffentlichung der Ergebnisse im Intranet

## Evaluation der Zielereichung

Die Befragung ergab eine grundsätzlich hohe Aktualität des Leitbildes. Eine Änderung wurde als nicht notwendig erachtet.

## **D-6** Bewertung des Qualitätsmanagements

Das im Krankenhaus Stenum etablierte Qualitätsmanagementsystem basiert auf den **Anforderungen der KTQ**. Diese Anforderungen, welche in Form eines Kriterienkataloges beschrieben sind, beleuchten die Qualität von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen in allen Bereichen des Krankenhauses und sind verteilt auf insgesamt sechs Kategorien (= Themenschwerpunkte). Diese sechs Kategorien wiederum sind in insgesamt 72 Kriterien und über 700 Einzelfragen aufgeteilt.

Die **sechs Kategorien** lauten:

- Patientenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit im Krankenhaus
- Informationswesen
- Krankenhausführung
- Qualitätsmanagement

Seit 2007 ist das Qualitätsmanagement-System des Krankenhauses Stenum nach dem Kriterienkatalog der KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) zertifiziert.

Ziel der Bewertung unseres Qualitätsmanagements ist jedoch nicht vorrangig die Zertifizierung, sondern die Ermittlung von Ansatzpunkten für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Mit Hilfe der **KTQ-Selbstbewertung und Fremdbewertung**, die im Rahmen der Zertifizierung durchgeführt worden sind, haben wir Verbesserungsbedarfe identifiziert. Dort wo sich Verbesserungsbedarfe zeigten und wo die Qualitätskommission Prioritäten sah, entwickelte sie Qualitätsziele und setzte diese im Rahmen von QM-Projekten (s.o.) um.

Parallel zu der Vorbereitung auf die Zertifizierung nach den KTQ-Kriterien erfolgte eine Qualifizierung der Mitarbeiter zur eigenständigen Durchführung der „**richtigen**“ **KTQ-Selbstbewertung**. Diese wurde 2008 im Hinblick auf den kontinuierlichen Verbesserungsprozess im Krankenhaus Stenum aktualisiert. Hierzu musste für alle 72 Kriterien ausführlich nach einer bestimmten Systematik beschrieben werden, wie das Krankenhaus die Anforderungen der KTQ umsetze. Dies erfolgte durch sechs Arbeitsgruppen (interdisziplinäre und Berufsgruppenübergreifend), pro Kategorie eine, unter der Leitung der Qualitätsmanagement-Beauftragten. Das Ergebnis war der KTQ-Selbstbewertungsbericht 2008.

Ein Element des gesamten KTQ-Verfahrens ist der so genannte **PDCA-Zyklus** (Plan-Do-Check-Act). Das heißt, alle Kern- und unterstützenden Prozesse im Krankenhaus, die im KTQ-Katalog abgefragt werden, sollen geplant, umgesetzt, bewertet und kontinuierlich verbessert und weiterentwickelt werden. Das zweite wichtige Element dieser Systematik ist der **Erreichungsgrad** und der **Durchdringungsgrad**. Damit ist gemeint, dass eine bestimmte Qualitätsanforderung nicht nur qualitativ gut umgesetzt werden muss (= Erreichung), sondern dass sie auch überall im Krankenhaus, d.h. in allen relevanten Bereichen, umgesetzt werden muss (= Durchdringung oder quantitative Umsetzung).

Im Verlauf der gesamten Selbstbewertung sind uns unsere **Stärken**, aber auch immer wieder unsere **Verbesserungsbereiche** zu den einzelnen Themengebieten aufgefallen, die zum Teil dann im Rahmen von Qualitätsmanagement-Projekten oder durch die an der Selbstbewertung teilnehmenden Mitarbeiter direkt umgesetzt wurden. Über alle Ergebnisse sind die

Mitarbeiter ausführlich informiert worden.

Weitere Bewertungen unseres Qualitätsmanagements sind:

- die oben beschriebenen Befragungen (kontinuierliche und „große“ Patientenbefragung, Mitarbeiterbefragung),
- die Auswertung von Beschwerden und
- Verbesserungsvorschlägen von Patienten, Angehörigen, Besuchern und Mitarbeitern,
- die Erfassung von Daten zur externen Qualitätssicherung (siehe Teil C),
- die Erfassung von Daten zur internen Qualitätssicherung (z.B. Ermittlung von Komplikationsstatistiken, Überprüfung der ärztlichen Entlassungsdokumentation, Erfassung nosokomialer Infektionen, Anzahl der Pfadabbrüche beim Behandlungspfad Joint Care, Ermittlung des Blutverbrauchs bei Transfusionen etc.),
- die Durchführung von Hygienebegehungen und Begehungen der Apotheke der Transfusionskommission etc.,
- die Pflegevisiten.