



im Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverband e.V.

Diakonie-Krankenhaus Elbingerode

Strukturierter Qualitätsbericht 2008

nach den Vorgaben des Sozialgesetzbuches V, § 137



Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH

Brockenstr. 1

38875 Elbingerode

Tel. 03 94 54 / 8 20 00

Fax. 03 94 54 / 8 23 03

info@diako-harz.de

www.diako-harz.de

Geschäftsführer:

Martin Montowski

Sr. Anita Rost

Gesellschafter:

Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband e.V.

Stresemannstraße 22

35018 Marburg

Mehr Transparenz – ganz im Sinne unserer Patienten



Mit dem Qualitätsbericht des Diakonie-Krankenhauses Elbingerode 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 bestehende Aktivitäten zur Sicherung einer guten Qualität transparent dar.

Wir haben bereits vor 9 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 KTO und proCum Cert ausgezeichnet und konnten auch 2006 die Re-Zertifizierung erfolgreich bestehen. In diesem Rahmen 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 Diakonie-Krankenhauses Elbingerode.

Martin Montowski
Geschäftsführer

Dr. Stephan Gerhardt
Ärztl. Leitung

Sr. Isolde-Kunze
Pflegedienstleitung

Stefanie Schmidt
QM-Beauftragte

Inhaltsverzeichnis

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten	7
A-1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses	7
A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	7
A-3 Standort.....	7
A-4 Name des Krankenhausträgers	7
A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses	8
A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung Psychiatrie.....	8
A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung Psychiatrie.....	9
A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte	9
A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote.....	9
A-10 Allgemeine nicht medizinische Serviceangebote.....	11
A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses	13
A-11.1 Forschungsschwerpunkte... ..	13
A-11.2 Akademische Lehre.....	13
A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen.....	14
A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V	14
A-13 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr (2008) behandelten Patienten.....	14
A-14 Personal des Krankenhauses	15
A-14.1 Ärzte und Ärztinnen.....	15
B-1.1 Name der Fachabteilung: Innere Medizin	16
B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung	16
B-1.3 Medizinisch – pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung.....	18
B-1.4 nicht medizinische Serviceangebote der Fachabteilung	17
B-1.5 Fallzahlen der Fachabteilung.....	17
B-1.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung	18
B-1.7 Prozeduren nach OPS.....	18
B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	19
B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	19
B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	19
B-1.11 Apparative Ausstattung.....	19
B-1.12 Personelle Ausstattung.....	20
B-1.12.1 Ärzte.....	20
B-1.12.2 Pflegepersonal.....	21
B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal	22
B-2.1 Name der Fachabteilung: Psychiatrie	23
B-2.2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung	23
B-2.3 Medizinisch – pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung.....	24
Arzt- und Fachvorträge.....	24
B-2.4 nicht medizinische Serviceangebote der Fachabteilung	24
B-2.5 Fallzahlen der Fachabteilung.....	24
B-2.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung	25
B-2.7 Prozeduren nach OPS.....	26
B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	26
B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	26

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	26
B-2.11 Apparative Ausstattung.....	26
B-2.12 Personelle Ausstattung.....	27
B-2.12.1 Ärzte.....	27
B-2.12.2 Pflegepersonal.....	28
B-2.12.3 Spezielles therapeutisches Personal.....	28
B-3.1 Name der Fachabteilung: Psychosomatik/Psychotherapie.....	29
B-3.2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung	29
B-3.3 Medizinisch – pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung.....	30
B-3.4 nicht medizinische Serviceangebote der Fachabteilung	31
B-3.5 Fallzahlen der Fachabteilung.....	31
B-3.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung	32
B-3.7 Prozeduren nach OPS.....	32
B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	33
B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	33
B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	33
B-3.11 Apparative Ausstattung.....	34
B-3.12 Personelle Ausstattung.....	34
B-3.12.1 Ärzte.....	34
B-3.12.2 Pflegepersonal.....	36
B-3.12.3 Spezielles therapeutisches Personal.....	36
C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V.....	37
C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate	37
C-1.2 Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren	37
C-1.3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	37
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach §137f SGBV.....	37
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden QS.....	37
C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137, SGB V.....	37
D Qualitätsmanagement	38
D.1 Qualitätspolitik	38
D-2 Qualitätsziele	39
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	41
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements	43
D-5 Qualitätsmanagement - Projekte.....	45
Projekt: Suchtmedizinisches Zentrum - Bewerbung um den Innovationspreis 2008/2009	45
Projekt: Erarbeitung eines CI-Konzeptes.....	47
Projekt: Führungskräfteleitlinien und -schulungen	47
Projekt: Personalbericht.....	47
Projekt: Intranetneuaufbau.....	48
Projekt: Ausbau und Weiterentwicklung des QM-Verbundes diakonischer Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt	48
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements.....	50
G Weitergehende Informationen.....	57

Einleitung



Das Diakonie-Krankenhaus in Elbingerode/Harz gehört gemeinsam mit der angegliederten Rehabilitation Sucht, dem Suchtmedizinischen Zentrum mit Beratungsstellen, Wohneinrichtungen, einer Tagesstätte und einer Fachstelle für Prävention sowie dem Evangelischen Fachkrankenhaus für Atemwegserkrankungen Neustadt/Südharz und dem Christlichen Hospiz „Haus Geborgenheit“ zur Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH mit Hauptsitz in Elbingerode/Harz.

Es ist ein Akutkrankenhaus mit den Bereichen Innere Medizin, Psychiatrie und Psychosomatik/Psychotherapie. Unser Schwerpunkt liegt in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, wobei eine vernetzte Zusammenarbeit mit den oben genannten Einrichtungen des Therapieverbundes Sucht erfolgt.

Unsere Arbeit ist bewusst diakonisch geprägt und verbindet hohe Fachlichkeit mit eindeutiger Patientenorientierung. Wir haben uns zum Auftrag gemacht, menschenwürdige und sachkompetente Nächstenhilfe zu leisten, wobei uns neben einer multiprofessionellen Behandlung und Betreuung geistliche, seelsorgerliche und soziale Angebote wichtig sind.

Mit einem im Jahre 2000 fertiggestellten kompletten Neubau und einer hochwertigen medizinischen-technischen Ausstattung, halten wir modernste Behandlungsbedingungen vor. Ein medizinisches Versorgungszentrum sowie ein Pflegeverbund mit Kurzzeit- und Tagespflege wurden 2006 als schlüssige Ergänzung an das Krankenhaus angeschlossen.

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten

A-1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

Anschrift Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH
Brockenstr. 1
38875 Elbingerode
Telefon 03 94 54 / 8 20 00
Telefax 03 94 54 / 8 23 03
E-Mail-Adresse info@diako-harz.de
Internetadresse www.diako-harz.de

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Akutbereich	261 500 041
Rehabereich	511 531 264
Physiotherapie	441 532 118
Häusliche Pflege	461 531 139
Psychiatrische Institutsambulanz	491 530 081

7

A-3 Standort

Standortnummer 00

A-4 Name des Krankenhausträgers

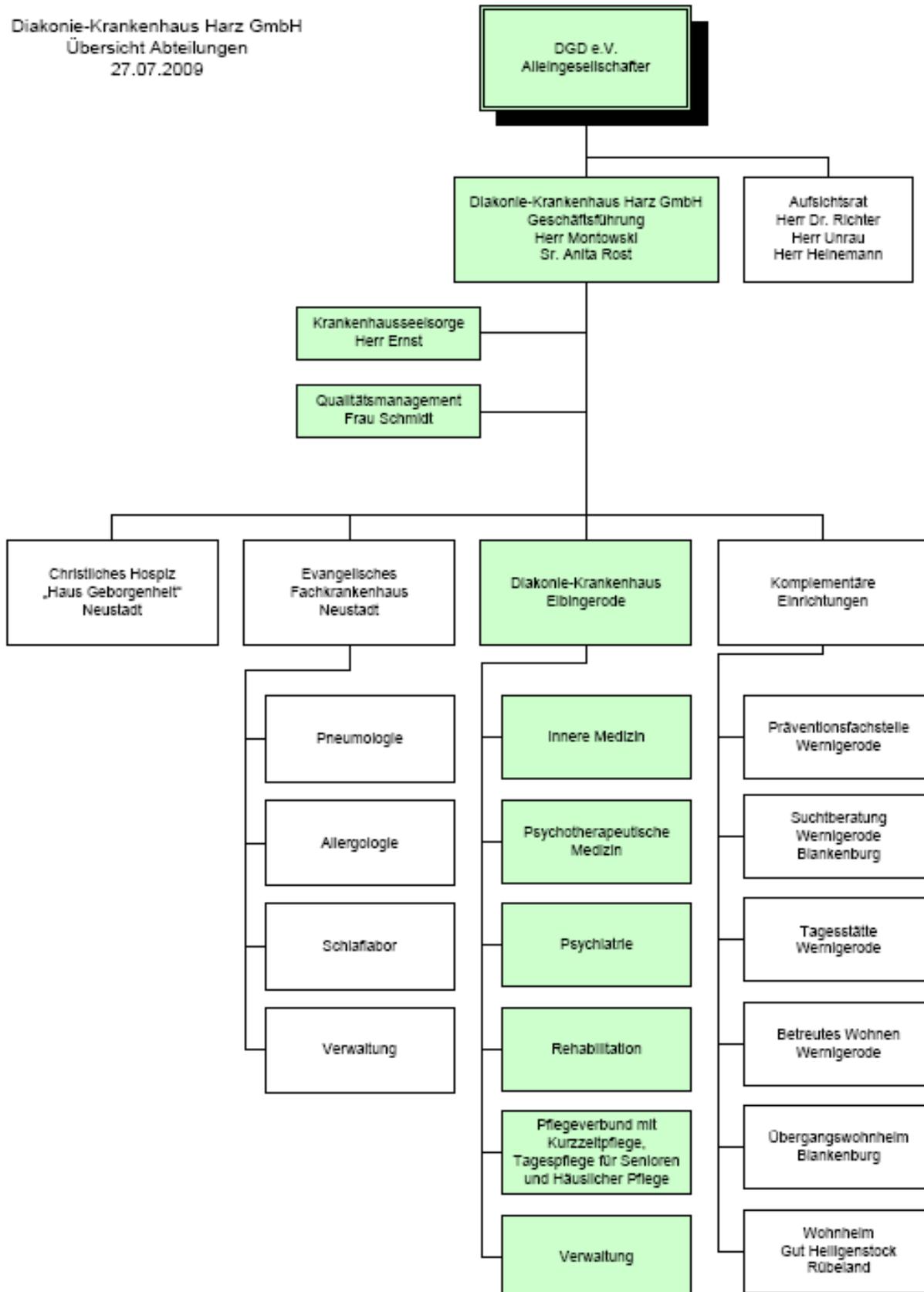
Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH als freigemeinnütziger Träger,
Gesellschafter ist der Deutsche Gemeinschafts- Diakonieverband

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus? ja
nein **X**

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH
Übersicht Abteilungen
27.07.2009



A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung Psychiatrie

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischer Fachabteilung:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?

ja
nein **X**

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Nr.	Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses	Kommentar/ Erläuterung
VS00	Suchtmedizinisches Zentrum	Für jedes Stadium der Suchtentwicklung werden unter dem Dach der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH Angebote bereitgehalten. Dazu gehören die Präventionsfachstelle, Suchtberatungsstellen, ambulante medizinische Angebote, motivierte Entzugsbehandlungen, Entwöhnungsbehandlungen im Bereich der Reha, eine Adaptionseinrichtung sowie eine Tagesstätte und Betreute Wohneinrichtungen. Positive Folgen der Brücken- und Zentrumsorganisation sind vergleichsweise höhere Behandlungserfolge mit einer geringeren Abbruchrate sowie wesentlich erleichterte Übergänge zwischen den einzelnen Behandlungsschritten.

9

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-Pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/ Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare	
MP06	Basale Stimulation	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP07	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiter	
MP08	Berufsberatung/ Rehabilitationsberatung	
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP11	Bewegungstherapie	
MP13	Diabetiker-Schulung	

Nr.	Medizinisch-Pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/ Erläuterung
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassungsmanagement	
MP16	Ergotherapie	
MP58	Ethikberatung/Ethische Fallbesprechung	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP27	Musiktherapie	
MP31	Physikalische Therapie	
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote/ Präventionskurse	z.B. Nichtraucherkurse
MP34	Psychologisches/ psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	
MP35	Rückenschule/ Haltungsschulung/ Wirbelsäulengymnastik	
MP00	Sauerstofftherapie	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	z. B. Besichtigungen und Führungen, Informations- und Fortbildungsveranstaltungen
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen	z.B. Beratung zur Sturzprophylaxe
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	

Nr.	Medizinisch-Pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/ Erläuterung
MP51	Wundmanagement	z.B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege	u. a. mit unserem Pflegeverbund bestehend aus Kurzzeitpflege, der Tagespflege für Senioren sowie der häuslichen Pflege
MP00	Ambulante Ergotherapie zur Nachbetreuung	
MP00	Medizinisches Versorgungszentrum - Ärztehaus Oberharz	Niedergelassene Ärzte direkt am Haus zur Weiterversorgung

A-10 Allgemeine nicht medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

11

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/ Erläuterung
	Räumlichkeiten	
SA43	Abschiedsraum	
SA01	Aufenthaltsräume	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA04	Fernsehraum	
SA05	Mutter-Kind-Zimmer/Familienzimmer	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA08	Teeküche für Patienten	
SA09	Unterbringung Begleitperson	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
	Ausstattung der Patientenzimmer	
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	
SA17	Rundfunkempfang am Bett	
SA18	Telefon	

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/ Erläuterung
SA19	Wertfach im Zimmer	
	Verpflegung	
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)	
SA44	Diät-/Ernährungsangebot	
SA45	Frühstücks-/Abendbuffet	
SA46	Getränkeautomat	
SA47	Nachmittagstee/-kaffee	
	Ausstattung/ Besondere Serviceangebote des Krankenhauses	
SA48	Geldautomat	
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA24	Faxempfang für Patienten	
SA25	Fitnessraum	
SA49	Fortbildungsangebote/Informationsveranstaltungen	
SA27	Internetzugang	
SA28	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen	Kirchsaal, Raum der Stille
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	
SA31	Kulturelle Angebote	
SA51	Orientierungshilfen	
SA33	Parkanlage	
SA52	Postdienst	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	Rauchen ist nur auf den Raucherplätzen im Gelände möglich
SA36	Schwimmbad	
SA37	Spielplatz	
SA54	Tageszeitungsangebot	
SA38	Wäscheservice	

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/ Erläuterung
SA00	Apotheke im Haus	
	Persönliche Betreuung	
SA55	Beschwerdemanagement	
SA39	Besuchsdienst	
SA40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Besucher	
SA42	Seelsorgerliche Betreuung	
SA00	Hol- und Bringdienst	
SA57	Sozialdienst	
SA58	Wohnberatung	
SA00	Gottesdienste	
SA00	Schuldnerberatung	
SA00	Tagespflege	

13

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

Das Diakonie-Krankenhaus Elbingerode hat eine vergleichsweise hohe Ausbildungsquote. Ausbildungsberufe sind: Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Altenpfleger/-in, Kauffrau/Kaufmann im Gesundheitswesen, Bürokauffrau/Bürokaufmann, Kauffrau/Kaufmann für Bürokommunikation sowie Fachinformatiker Systemintegration.

Über die Ausbildungszeit werden die spezifischen beruflichen Fachqualifikationen integriert vermittelt und in der Praxis trainiert. Es finden Rotationen/Hospitationen statt. Ausbildungsbeauftragte sind für die Koordination in den einzelnen Bereichen verantwortlich und fungieren als Ansprechpartner. Sie haben regelmäßig Kontakt zu den verschiedenen Ausbildungsstätten.

A-11.1 Forschungsschwerpunkte

Trifft für unser Haus nicht zu.

A-11.2 Akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar/ Erläuterung
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar/ Erläuterung
FL02	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	u. a. der Hochschule Harz in den Bereichen Personalmanagement und Duale Ausbildungsgänge
FL03	Studentenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar/ Erläuterung
HB00	Altenpfleger/-in	
HB00	Bürokauffrau/Bürokaufmann	
HB00	Fachinformatiker Systemintegration	
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	
HB00	Kauffrau/Kaufmann für Bürokommunikation	
HB00	Kauffrau/Kaufmann im Gesundheitswesen	

14

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V

Gesamtbettenzahl des Krankenhauses nach § 108/109 SGB V^{*)}: **80 + 12 tagesklinische Plätze**

^{*)}Stichtag 31.12. des Berichtsjahres

A-13 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr (2008) behandelten Patienten

Vollstationäre Fallzahl: 1924

Ambulante Fallzahl:

Fallzählweise: 1786

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabteilung oder Belegabteilung	Poliklinik/Ambulanz
0100	Innere Medizin	40	1.316	Hauptabteilung	Ja
2900	Psychiatrie	24	513	Hauptabteilung	Ja
3100	Psychosomatik/Psychotherapie	16	95	Hauptabteilung	Ja

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzten und Belegärztinnen)	11 Vollkräfte	
davon Fachärzte und Fachärztinnen	6 Vollkräfte	

15

A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/innen	31 Vollkräfte	3 Jahre
Pflegehelfer-/innen	1 Vollkraft	ab 200St. Basiskurs

B Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung: **Innere Medizin**

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Hauptabteilung oder Belegabteilung	Poliklinik/ Ambulanz
0100	Innere Medizin	40	Hauptabteilung	Ja

B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Die Abteilung Innere Medizin stellt das diagnostische Fundament des gesamten Akutkrankenhauses, der Rehabilitationsklinik sowie des Therapieverbundes Sucht der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH dar. Es werden akute und chronische Erkrankungen im Rahmen der Grundversorgung sowie Patienten des Therapieverbundes Sucht nach Rückfällen und in Krisensituationen behandelt. In Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten besteht eine spezielle Verantwortung für den medizinischen Notfall.

Außerdem führt die Abteilung Innere Medizin qualifizierte Entgiftungen durch.

Diese fördern die Selbsterkenntnis und Motivation der Betroffenen. Es erfolgen Einzelgespräche, tägliche Gruppenstunden unter Leitung von Sozialtherapeuten, Vorträge, Ergo- und Sporttherapie.

16

	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin	Kommentar/ Erläuterung
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI35	Endoskopie	
VI00	Internistische Grundversorgung	
VI00	Qualifizierter Entzug	Dazu gehören die körperliche Entgiftung, sucht- bzw. psychotherapeutische Interventionen und die Begleitung durch den Sozialdienst.

B-1.3 Medizinisch – pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung

Alle medizinisch – pflegerischen Leistungsangebote der Fachabteilung sind unter A-9 beschrieben. Darüber hinaus:

Nr.	Medizinisch-Pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/ Erläuterung
MP00	Einzelgespräche im Rahmen der qualifizierten Entzugsbehandlung	
MP00	Gruppenstunden unter Leitung von Sozialtherapeuten im Rahmen der qualifizierten Entzugsbehandlung	
MP00	Information und Besinnung	
MP00	Medizinisch-pflegerische Leistungen	Sind unter A-9 beschrieben

B-1.4 nicht medizinische Serviceangebote der Fachabteilung

Alle nicht-medizinischen Leistungsangebote der Fachabteilung sind unter A-10 beschrieben.

17

B-1.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabtei- lung oder Beleg- abteilung	Poliklinik/ Ambulanz
0100	Innere Medizin	40	1.316	Haupt- abteilung	Ja

B-1.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung

Erläuterung Diagnosen: international geeinigte Bezeichnung für festgestellt Fehlfunktionen

Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr sind:

Rang	ICD-10 Nummer ^{*)} (3-stellig)	Fälle (absolute Zahl)	Text
1	F10	864	Psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol
2	I50	63	Herzschwäche
3	I20	33	Angina pectoris
4	E11	31	Diabetes mellitus Typ 2
5	K70	26	Alkoholische Leberkrankheit
6	I10	20	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
7	J18	19	Pneumonie
8	K52	18	Gastroenteritis und Kolitis
9	I48	14	Vorhofflattern und Vorhofflimmern
10	D64	9	Sonstige Blutarmut

^{*)} Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle (absolute Zahl)	Text
1	8-985	851	Qualifizierter Entzug
2	9-500	445	Patientenschulung
3	8-930	164	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf
4	1-632	149	ÖGD–diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
5	1-440	118	Biopsien
6	8-650	94	Elektrotherapie
7	1-650/1	65	Diagnostische Koloskopie
7	8-136	75	Wechsel und Entfernung von suprapubischen Kathetern
8	8-390	31	Speziallagerungen
9	3-200	30	Computertomographie

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle (absolute Zahl)	Text
10	3-052	23	Transösophageale Echokardiographie

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
AM00	Ambulante Ergotherapie
AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
AM08	Notfallambulanz (24h)
AM00	Physiotherapie
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz § 118 SGB V
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen § 115a SGB V

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft für unser Haus nicht zu.

19

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft für unser Haus nicht zu.

B-1.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Apparative Ausstattung	Kommentar/ Erläuterung
AA58	24H-Blutdruck-Messung	
AA59	24h-EKG-Messung	
AA38	Beatmungsgeräte/CPAP-Geräte	
AA03	Belastungs-EKG/Ergometrie	
AA08	Computertomograph (CT)	in Zusammenarbeit mit dem Harzklinikum Wernigerode
AA40	Defibrillator	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	

Nr.	Apparative Ausstattung	Kommentar/ Erläuterung
AA12	Endoskopie	Ösophagoskopie mit Varizenbehandlung, Gastroskopie, Rektoskopie, Sigmoidoskopie, Koloskopie mit Polypenabtragung, Notfallbehandlung mit Blutstillung
AA13	Geräte der invasiven Kardiologie	
AA36	Gerät zur Argon-Plasma-Koagulation	
AA18	Hochfrequenzthermotherapiegerät	
AA52	Laboranalyseautomaten für Hämatologie, klinische Chemie, Gerinnung und Mikrobiologie	
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät	
AA00	Schlafapnoe – Screening	
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät	
AA31	Spirometrie/ Lungenfunktionsprüfung	

20

B-1.12 Personelle Ausstattung

B-1.12.1 Ärzte

Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres):

Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
Innere Medizin	4		2

Weiterbildungsermächtigung in den Bereichen:

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):	4
Innere Medizin	1

Facharztqualifikationen und Zusatzweiterbildungen

Nr.	Facharztqualifikation	Kommentar/ Erläuterung
AQ23	Innere Medizin	

Nr.	Facharztqualifikation	Kommentar/ Erläuterung
Nr.	Zusatzweiterbildungen	Kommentar/ Erläuterung
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	

B-1.12.2 Pflegepersonal

Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres):

Schlüssel nach § 301 SGB V	Abteilung	Anzahl Pflegekräf- te insge- samt ^{*1)}	examinierte Pflegekräf- te ^{*2)}	Pflegekräfte mit Fachwei- terbildung ^{*3)}	Kranken- pflegehel- fer/-in ^{*4)}
	Innere Medizin	16	16	3	1

*1) Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt

*2) Anteil der examinierten Krankenschwestern/-pfleger (3 Jahre)

*3) Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre + Fachweiterbildung)

*4) Anteil Krankenpflegehelfer/ -in (ab 200St. Basiskurs)

21

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung	Kommentar/ Erläuterung
PQ00	Dokumentationsassistentin	
PQ00	Fachkrankenschwester Sucht	
PQ03	Hygienefachkraft	

Nr.	Zusatzqualifikationen	Kommentar/ Erläuterung
ZP03	Diabetes	
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP12	Praxisanleitung	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP16	Wundmanagement	

B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/ Erläuterung
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
SP43	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	
SP28	Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte	

B-2.1 Name der Fachabteilung: **Psychiatrie**

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabteilung oder Belegabteilung	Poliklinik/ Ambulanz
2900	Psychiatrie	24	513	Hauptabteilung	Ja

B-2.2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung	Kommentar/ Erläuterung
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	In der Psychiatrischen Abteilung werden akut stationär behandlungsbedürftige Suchtkranke therapiert. Dazu gehören Alkohol- und Medikamentenabhängige, welche noch zusätzlich sehr belastet sind, sowie Drogen- und Mehrfachabhängige.
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP00	Diagnostik und Therapie von Verhaltensstörungen durch Alkohol	
VP00	Durchführung qualifizierter Entzug	
VP12	Spezialsprechstunde	

B-2.3 Medizinisch – pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung

Alle medizinisch – pflegerischen Leistungsangebote der Fachabteilung sind unter A-9 beschrieben. Darüber hinaus folgende:

Nr.	Medizinisch-Pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/ Erläuterung
MP00	Arzt- und Fachvorträge	
MP00	Ehemaligentreffen	
MP00	Einzel- und Gruppengespräche	
MP00	Information und Besinnung	
MP00	Konsiliarische Betreuung der Patienten mit psychiatrischen Störungen auf anderen Stationen des Hauses	
MP00	Organisation der Nachsorge oder ambulanter Weiterbetreuung	
MP00	Telefonberatung	Angehöriger und ärztlicher Kollegen
MP00	Vermittlung in Selbsthilfegruppen, Übergangswohnheime, Langzeitwohnen	

24

B-2.4 nicht medizinische Serviceangebote der Fachabteilung

Alle nicht-medizinischen Leistungsangebote der Fachabteilung sind unter A-10 beschrieben.

B-2.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabteilung oder Belegabteilung	Poliklinik/ Ambulanz
2900	Psychiatrie	24	513	Hauptabteilung	Ja

B-2.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung

Erläuterung Diagnosen: international geeinigte Bezeichnung für festgestellt Fehlfunktionen

Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr sind:

Rang	ICD-10 Nummer ^{*)} (3-stellig)	Fälle (absolute Zahl)	Text
1	F10	120	Psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol
2	F32	100	Depressive Episode
3	F19	69	Psychische Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
4	F11	55	Psychische Verhaltensstörungen durch Opiode
5	F13	31	Psychische Verhaltensstörungen durch Beruhigungs- und Schlafmittel
6	F12	30	Psychische Verhaltensstörungen durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze, wie Haschisch oder Marihuana
7	F43	26	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
8	F41	17	Andere Angststörungen
9	F31	11	Psychische Störungen mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung – manisch-depressive Krankheit
10	F33	9	Rezidivierende depressive Störung

25

^{*)} Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-2.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle (absolute Zahl)	Text
1	8-985	302	Qualifizierter Entzug
2	8-650	69	Elektrotherapie
3	1-207	26	EEG - Elektroenzephalographie
4	1-632	8	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
5	1-440	6	Biopsie aus dem oberen Verdauungstrakt
6	1-444	<=5	Biopsie aus dem unteren Verdauungstrakt
6	1-650	<=5	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Diagnostische Koloskopie

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
AM08	Notfallambulanz (24h)
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz § 118 SGB V
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen § 115a SGB V

26

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft für unser Haus nicht zu.

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft für unser Haus nicht zu.

B-2.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Apparative Ausstattung	Kommentar/ Erläuterung
AA58	24H-Blutdruck-Messung	
AA59	24h-EKG-Messung	
AA38	Beatmungsgeräte/CPAP-Geräte	
AA03	Belastungs-EKG/Ergometrie	in Zusammenarbeit mit dem Harzkrankenhaus Wernigerode

Nr.	Apparative Ausstattung	Kommentar/ Erläuterung
AA08	Computertomograph (CT)	
AA40	Defibrillator	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	
AA12	Endoskopie	Ösophagoskopie mit Varizenbe- handlung, Gastroskopie, Rek- toskopie, Sigmoidoskopie, Ko- loskopie mit Polypenabtragung, Notfallbehandlung mit Blutstillung
AA13	Geräte der invasiven Kardiologie	
AA36	Gerät zur Argon-Plasma-Koagulation	
AA18	Hochfrequenzthermotherapiegerät	
AA52	Laboranalyseautomaten für Hämatologie, klinische Chemie, Gerinnung und Mikrobiologie	
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät	
AA00	Schlafapnoe – Screening	
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät	
AA31	Spirometrie/ Lungenfunktionsprüfung	

B-2.12 Personelle Ausstattung

B-2.12.1 Ärzte

Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres):

Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
Psychiatrie in Zusammenarbeit mit Reha	4	0	2

Weiterbildungsermächtigung in den Bereichen:

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):	4
Psychiatrie in Zusammenarbeit mit der Reha	1 Jahr

Facharztqualifikationen und Zusatzweiterbildungen

Nr.	Facharztqualifikation	Kommentar/ Erläuterung
AQ42	Neurologie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	

Nr.	Zusatzweiterbildungen	Kommentar/ Erläuterung
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	

B-2.12.2 Pflegepersonal

Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres):

Schlüssel nach § 301 SGB V	Abteilung	Anzahl Pflegekräf- te insge- samt ^{*1)}	examinierte Pflegekräf- te ^{*2)}	Pflegekräfte mit Fachwei- terbildung ^{*3)}	Kranken- pflegehel- fer/-in ^{*4)}
	Psychiatrie	11	11	3	

*1) Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt

*2) Anteil der examinierten Krankenschwestern/-pfleger (3 Jahre)

*3) Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre + Fachweiterbildung)

*4) Anteil Krankenpflegehelfer/ -in (1 Jahr)

28

B-2.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/ Erläuterung
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
SP43	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	
SP45	Sozialtherapeut und Sozialtherapeutin	

B-3.1 Name der Fachabteilung:

Psychosomatik/Psychotherapie

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabteilung oder Belegabteilung	Poliklinik/Ambulanz
3100	Psychosomatik/Psychotherapie	16	95	Hauptabteilung	Ja

B-3.2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung	Kommentar/ Erläuterung
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	u. a. chronisches Schmerzsyndrom, Schlafstörungen, funktionelle Magen- und Herzbeschwerden, Ängste, Depressionen, Zwangserkrankungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP00	Essstörungen (Adipositas, Bulimie, Anorexie)	
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	Die tagesklinische Behandlung könne vor allem Patienten in Anspruch nehmen, die einen kurzen Anfahrtsweg zur Klinik (bis zu einer Stunde Fahrzeit) haben und während der Therapie neues Verhalten zu Hause erproben wollen.
VP00	Posttraumatische Belastungsstörungen (Verlusterfahrung, Gewalterfahrung, sexueller Missbrauch)	

B-3.3 Medizinisch – pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung

Alle medizinisch – pflegerischen Leistungsangebote der Fachabteilung sind unter A-9 beschrieben. Zusätzliche Leistungen darüber hinaus finden Sie hier:

Nr.	Medizinisch-Pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/ Erläuterung
MP00	Arzt- und Fachvorträge	u. a. jährliche Fachtagung Psychotherapie und Seelsorge
MP00	Einzelpsychotherapie	
MP00	Elemente der Systemischen Therapie	wie Paar- und Familiensprache, Familienaufstellungen, Genogrammgespräche
MP00	Gruppenpsychotherapie	tiefenpsychologisch orientiert, mit Einbindung von Elementen der Systemischen Therapie, Gestalttherapie und Psychodrama, täglich 1,5 Stunden
MP00	Jährliche Ehemaligentreffen	
MP00	Körperbezogene Therapie	Dazu gehören u.a. kommunikative Bewegungstherapie, Körperwahrnehmungsübungen, progressive Muskelentspannung nach Jacobsen, außerdem Sport
MP00	Konsile in den Bereichen Psychiatrie und Innere Medizin	
MP00	Kreativ- und Gestaltungstherapie	insbesondere Maltherapie und Arbeiten mit Ton sowie anderen Werkstoffen, ergänzt durch Arbeitstherapie im Bereich der Station
MP00	Methoden der Verhaltenstherapie	wie Training der sozialen Kompetenz, Gruppe für essgestörte Patienten sowie Dialektisch-Behaviorale Therapie
MP00	Musiktherapie	
MP00	Nachbetreuung im open-door-projekt zur Vorbeugung von Rückfällen	

Nr.	Medizinisch-Pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/ Erläuterung
MP00	Organisation der Nachsorge oder ambulanten Weiterbetreuung	
MP00	Telefonberatung	für Angehörige und ärztliche Kollegen

B-3.4 nicht medizinische Serviceangebote der Fachabteilung

Alle nicht-medizinischen Leistungsangebote der Fachabteilung sind unter A-10 beschrieben. Zusätzlich zu den dort beschriebenen Angeboten gibt es noch eine Bibliothek.

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/ Erläuterung
	Ausstattung/ Besondere Serviceangebote des Krankenhauses	
SA22	Bibliothek	

31

B-3.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabteilung oder Belegabteilung	Poliklinik/ Ambulanz
3100	Psychosomatik/Psychotherapie	16	95	Hauptabteilung	Ja

B-3.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung

Erläuterung Diagnosen: international geeinigte Bezeichnung für festgestellt Fehlfunktionen

Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr sind:

Rang	ICD-10 Nummer ^{*)} (3-stellig)	Fälle (absolute Zahl)	Text
1	F32	26	Depressive Episode
2	F43	20	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
3	F33	15	Rezidivierende depressive Störung
4	F50	10	Essstörungen
5	F60	8	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
6	F31	<=5	Psychische Störungen mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung – manisch-depressive Krankheit
6	F40	<=5	Phobische Störungen
6	F41	<=5	Andere Angststörungen
6	F42	<=5	Zwangsstörung
6	F45	<=5	Somatoforme Störungen

32

^{*)} Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodier Richtlinien.

B-3.7 Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle (absolute Zahl)	Text
1	9-402	92	Psychosomatische & psychotherapeutische Komplexbehandlung
2	8-650	17	Elektrotherapie
3	1-207	<=5	EEG - Elektroenzephalographie
3	1-632	<=5	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
3	1-650	<=5	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	Kommentar/ Erläuterung
AM00	ambulante Ergotherapie	
AM00	ambulante Physiotherapie	
AM00	Ambulante Psychotherapie	Die Ambulanz dient der Vor- und Nachbehandlung und bietet unterstützende Gespräche bei akuten Krisen.
AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	
AM08	Notfallambulanz (24h)	
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	
AM00	Tagesklinische Behandlung	Die tagesklinische Behandlung können vor allem Patienten in Anspruch nehmen, die einen kurzen Anfahrtsweg zur Klinik haben und während der Therapie neues Verhalten zu Hause erproben wollen.
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft für unser Haus nicht zu.

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft für unser Haus nicht zu.

B-3.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Apparative Ausstattung	Kommentar/ Erläuterung
AA58	24H-Blutdruck-Messung	
AA59	24h-EKG-Messung	
AA38	Beatmungsgeräte/CPAP-Geräte	
AA03	Belastungs-EKG/Ergometrie	
AA08	Computertomograph (CT)	in Zusammenarbeit mit dem Harzklitorium Wernigerode
AA40	Defibrillator	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	
AA12	Endoskopie	Ösophagoskopie mit Varizenbehandlung, Gastroskopie, Rektoskopie, Sigmoidoskopie, Koloskopie mit Polypenabtragung, Notfallbehandlung mit Blutstillung
AA13	Geräte der invasiven Kardiologie	
AA36	Gerät zur Argon-Plasma-Koagulation	
AA18	Hochfrequenzthermotherapiegerät	
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät	
AA00	Schlafapnoe – Screening	
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät	
AA31	Spirometrie/ Lungenfunktionsprüfung	

34

B-3.12 Personelle Ausstattung

B-3.12.1 Ärzte

Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres):

Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
Psychosomatik /Psychotherapie	4	0	2

Weiterbildungsermächtigung in den Bereichen:

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):	4
Psychotherapeutische Medizin	2 Jahre

Facharztqualifikationen:

Nr.	Facharztqualifikation	Kommentar/ Erläuterung
AQ52	Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	

B-3.12.2 Pflegepersonal

Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres):

Schlüssel nach § 301 SGB V	Abteilung	Anzahl Pflegekräfte insgesamt ^{*1)}	examinierte Pflegekräfte ^{*2)}	Pflegekräfte mit Fachweiterbildung ^{*3)}	Krankenpflegehelfer/-in ^{*4)}
	Psychosomatik/Psychotherapie	4	4	1	

*1) Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt

*2) Anteil der examinierten Krankenschwestern/-pfleger (3 Jahre)

*3) Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre + Fachweiterbildung)

*4) Anteil Krankenpflegehelfer/ -in (1 Jahr)

Pflegerische Qualifikationen

Nr.	Fachqualifikation	Kommentar/ Erläuterung
PQ00	Fachschwester für Psychosomatik und Psychotherapie	

36

B-3.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/ Erläuterung
SP04	Diätassistent	
SP05	Ergotherapeuten	
SP00	Logotherapeut	
SP16	Musiktherapeuten	
SP21	Physiotherapeuten	
SP23	Psychologen	
SP24	Psychotherapeuten	
SP26	Sozialpädagogen	
SP00	Therapeut für integrative Psychotherapie	

A- Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Teilnahme an der externen Qualitätssicherung
Ambulant erworbene Pneumonien	Ja

C-1.2 Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren

Trifft für unser Haus nicht zu.

C-1.3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)

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

37

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

Gemäß seines Leistungsspektrums nimmt das Krankenhaus an keinen DMP-Qualitätssicherungsmaßnahmen teil.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Zu weiteren Verfahren der externen Qualitätssicherung zählen u. a. Benchmarking-Projekte innerhalb des Qualitätsmanagement-Verbundes diakonischer Krankenhäuser.

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

Trifft für unser Haus nicht zu.

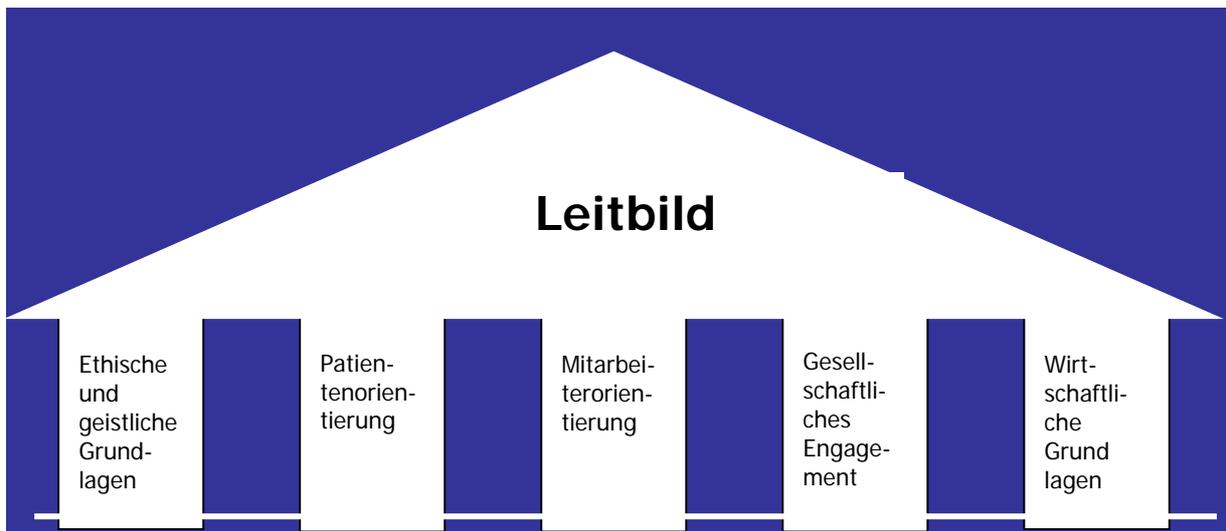
C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung]

Trifft für unser Haus nicht zu.

D Qualitätsmanagement

D.1 Qualitätspolitik

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



38

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 wurde 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 von einer Qualitätspolitik, wovon 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, Funktionsbereich 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 generellen Einstellung zu kontinuierlichen Verbesserungen, Minimierung von vermeidbaren Verlusten innerhalb von Prozessen als auch bei den Ergebnissen sowie Fehlerbeseitigung
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 einrichtungswinteren Qualitätsmanagements

Der Aufbau des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements im Krankenhaus stellt sich wie folgt dar:

Lenkungsausschuss



Der Lenkungsausschuss hat genehmigenden Charakter. Er beschließt anstehende Entwicklungsabschnitte und steuert langfristig die Projektplanung. Der Lenkungsausschuss besteht aus dem Chefarzt, dem Geschäftsführer, der Pflegedienstleitung, dem leitenden Therapeuten und der Projektleitung für Qualitätsmanagement. Er ist multiprofessionell und abteilungsübergreifend zusammengesetzt.

Projektleitung



Die Projektleitung Qualitätsmanagement ist als Stabsstelle der Geschäftsführung zugeordnet. Sie ist hausübergreifend für die gesamte Koordination und Organisation des Qualitätsmanagements verantwortlich und informiert den Lenkungsausschuss regelmäßig über den aktuellen Projektstand.

Qualitätsmanagement-beauftragte



Die Qualitätsmanagementbeauftragten repräsentieren die einzelnen Fachbereiche. Sie bilden die Schnittstelle zwischen Projektleitung und den Mitarbeitern in den Krankenhausbereichen. Sie wurden für ihre Tätigkeit umfangreich ausgebildet.

Arbeitsgruppen



In den Gruppen bearbeiten Mitarbeiter des Krankenhauses Themenstellungen, die im Rahmen eines Projektauftrages festgelegt sind. Sie führen Problemanalysen durch, erarbeiten Verbesserungsvorschläge und setzen diese in Absprache mit dem Lenkungsausschuss um. Die Arbeitsgruppen sind in der Regel interdisziplinär zusammengesetzt.

Das Diakonie-Krankenhaus Elbingerode führt seit 2000 ein Qualitätsmanagementprojekt zur Umsetzung eines „umfassenden“ Qualitätsmanagements in allen Krankenhausbereichen durch. Das Qualitätsmanagementsystem wurde im Februar 2003 durch KTO und pCC zertifiziert und 2006 erfolgte die Re-Zertifizierung.

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 der 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 eine gute Behandlungsqualität und hohe Patientenorientierung bescheinigt. Nach Ablauf der Gültigkeit von 3 Jahre erfolgt eine Re-Zertifizierung, um das Aufrechterhalten einer kontinuierlichen Qualität überprüfbar zu machen. Im Rahmen der Zertifizierung wurden die Leistungen des Krankenhauses der Öffentlichkeit durch einen zu veröffentlichenden Qualitätsbericht transparent gemacht.

Das Diakonie-Krankenhaus Elbingerode hat sich zum Ziel gesetzt, den Patienten, Mitarbeitern und Partnern auch nach der erfolgreichen 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. 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:

- die regelmäßige Durchführung von internen Revisionen und von Audits in den Bereichen (dafür gibt es spezielle Auditpläne und Auditleitfäden)
- die kontinuierliche Durchführung und Auswertung von Patientenbefragungen
- die Durchführung von strukturierten Mitarbeiterbefragungen und die anonyme (bereichsweise) Auswertung, Diskussion der Ergebnisse und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen
- 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 "Qualitätshandbuches" 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 (Bibliotheksbestandsliste 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 Qualitätsmanagement - Projekte

Die Mitarbeiter aller Bereiche des Diakonie-Krankenhauses Elbingerode 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 Diakonie-Krankenhaus Elbingerode sind folgende Projekte im Berichtszeitraum durchgeführt worden:

Projekt: Suchtmedizinisches Zentrum - Bewerbung um den Innovationspreis 2008/2009

Ziele/ gewünschte Ergebnisse

- Die Behandlung von Suchterkrankungen umfasst mehrere Therapieschritte. Für Betroffene ist es oft schwierig, sich die angemessene Therapieform und –einrichtung zu suchen. Mit dem Suchtmedizinischen Zentrum in Elbingerode soll dem - mit der Vereinigung der verschiedenen Angebote der Suchttherapie „unter einem Dach“ - entgegengewirkt werden.
- Ziele sind es, Übergänge zu erleichtern, Wartezeiten und den bürokratischen Aufwand zu verringern, konzeptionelle und personelle Kontinuität sowie eine angemessene Hilfe auch bei Rückfällen zu gewährleisten, ohne aus dem Hilfesystem herauszufallen.
- Mit der Bewerbung um den Innovationspreis Mitteldeutschlands soll die beispielhafte Therapiekette noch besser in der Öffentlichkeit dargestellt werden

Vorgehensweise / Ergebnisse

- Das Diakonie-Krankenhaus Elbingerode hat sich mit seinem Suchtmedizinischen Zentrum unter der Überschrift „Brückenbau in der Suchttherapie“ für den Innovationspreis Mitteldeutschland 2008/2009 beworben – und gewonnen. Das Preisgeld wurde dem Christlichen Hospiz „Haus Geborgenheit“ in Neustadt/Südharz gespendet.
- Mit der Zentrumsbildung und der Verknüpfung von ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten kann eine Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität erreicht werden, es ergeben sich aber auch ökonomische Vorteile

Projekt: Umsetzung der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37 b und 132 d SGB V

Ziele/ gewünschte Ergebnisse

- Ermöglichung eines menschenwürdigen Lebens des Erkrankten bis zum Tod in der vertrauten häuslichen Umgebung oder einer Pflegeeinrichtung
- Verringerung nicht angemessener stationärer Krankenhausaufenthalte
- Gewährleistung einer hochwertigen spezialisierten palliativen medizinisch -pflegerischen Versorgung
- Sicherstellung einer 24-h-Bereitschaft des Palliative – Care -Teams und einer bedarfsgerechten Versorgung mit Medikamenten sowie Heil-und Hilfsmitteln für die Landkreise Harz und Mansfeld-Südharz.

Vorgehensweise /Projektergebnis

- Bildung einer Arbeitsgruppe zum Aufbau des SAPV - Netzwerkes bestehend aus Mitarbeitern der Harzklinikum Wernigerode-Blankenburg GmbH und der Diakonie-Krankenhauses Harz GmbH, Elbingerode
- Implementierung des Palliativzentrums in die Medizinische Zentrum Harz GmbH am Standort Wernigerode
- Aufbau des SAPV - Netzwerkes für beide Landkreise, bestehend aus Hausärzten, Pflegediensten, Apotheken, Sanitätshäusern und Ehrenamt, z.B. Hospizdienste
- Durchführung von Informationsveranstaltungen für die Netzwerkpartner
- Durchführung von Palliative - Care - Kursen für Pflegedienste
- Versorgung der ersten Patienten in beiden Landkreisen

Projekt: Aufbau einer Adaptionseinrichtung

Ziele/ gewünschte Ergebnisse

- Aufbau einer Adaptionseinrichtung am Standort Elbingerode als Ergänzung zum bereits umfangreichen Leistungsangebot des Suchtmedizinischen Zentrums
- Als Anschlussbehandlung an die Medizinische Entwöhnung in der Rehabilitationsklinik
- Stabilisierung der Abstinenzfähigkeit unter Aspekten der realen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
- therapeutische Begleitung in einer stationären Wohnform für 12-16 Wochen
- Übergang in die wohnmäßige und berufliche Selbständigkeit der Rehabilitanden

Vorgehensweise / Ergebnisse

- Konzepterstellung
- Raumkonzept (nachdem geeignetes eigenständiges Gebäude in Elbingerode angeboten wurde)
- Verhandlung mit dem Kostenträger DRV Bund
- Teambildung und Planung der Konzeptumsetzung
- bauliche Maßnahmen
- Einrichtungseröffnung
- Klärung der konkreten Verwaltungs- und Behandlungsabläufe und ihrer Integration ins Suchtmedizinische Zentrum
- erste Belegung

Projekt: Erarbeitung eines CI-Konzeptes

Ziele/ gewünschte Ergebnisse

- Schaffung von einheitlichen Gestaltungsrichtlinien für sämtliche öffentlichkeitswirksamen 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
- Im nächsten Schritt müssen sämtliche Medien mit der Darstellung der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH nach diesem Konzept umgesetzt werden

Projekt: Führungskräfteleitlinien und -schulungen

Ziele/ gewünschte Ergebnisse

- Entwicklung und Schulung von Führungsleitlinien, um Verbindlichkeit im Handeln gegenüber unseren Mitarbeitern 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

- 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: Intranetneuaufbau

Ziele/ gewünschte Ergebnisse

- Das Intranet soll „die“ interne Informationsplattform des Krankenhauses sein. In ihr verankert sind alle Daten rund um das Qualitätsmanagement, Nachschlagewerke, aktuelle Informationen an die Mitarbeiter, interne Stellenausschreibungen, Informationen zu internen und externen Fort- und Weiterbildungen. Es ist für alle Mitarbeiter des Hauses einzusehen. Dadurch ergibt sich eine hohe Handlungssicherheit für alle Mitarbeiter. Die Umgestaltung der Intranetbedienungsplattform soll allen Mitarbeitern einen optimaleren und schnelleren Zugriff auf gewünschte Seiten bieten. Eine klare Strukturierung der Startplattform, ist dafür Voraussetzung.

Vorgehensweise /Projektergebnis

- Umgestaltung der Ausgangsplattform auf der Grundlage einer vorausgegangenen Befragung aller Mitarbeiter zu Nutzungsverhalten, Aufbau und Inhalten des Intranets
- Dadurch konnte ein verbesserter Zugriff sowie eine höhere Transparenz erreicht werden
- Kontinuierliche Schulung der Mitarbeiter, insbesondere der neuen Mitarbeiter an diesem Informationsmedium
- Ein hoher Stand an Aktualität und Information ist u. a. durch die klare Festlegung von Verantwortlichkeiten gewährleistet.

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. Deshalb gilt unser Dank insbesondere den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen unseres Hauses, die durch ihr hohes Engagement zu der qualitativ guten und patientennahen Versorgung beitragen.

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 deshalb 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 und unterstützt. Eingang in die Bewertung finden dabei u. a.

- die Ergebnisse der Audits
- die Ergebnisse der Patientenbefragung
- die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung
- Folgemaßnahmen vorangegangener Überprüfungen
- Veränderungen im Umfeld, die sich auf das Qualitätsmanagement auswirken können

Interne Audits

In allen Krankenhausbereichen erfolgen halbjährlich sogenannte interne 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 und proCum Cert 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, werden die Fähigkeiten 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 Diakonie-Krankenhaus Elbingerode 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.

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

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 gehören zum Beispiel regelmäßige Kontrollen des internen Budgets und katamnestiche Erhebungen.

Externe Bewertung

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

Im Februar 2003 wurde unser Krankenhaus als 3. in Deutschland nach KTQ und proCum Cert zertifiziert und mit dem kombinierten Qualitätssiegel ausgezeichnet, 2006 erfolgte die Re-Zertifizierung.

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 – eines 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:

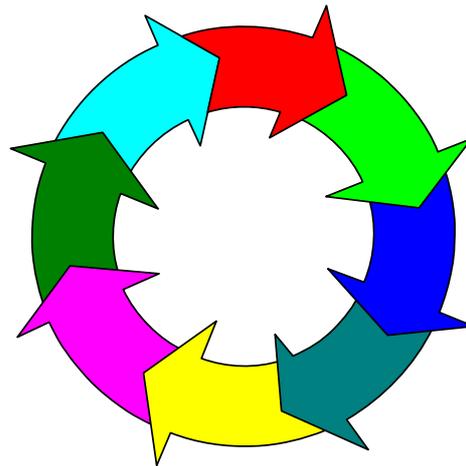
PLAN

Planungen

- Zielplanungen
- Prozessplanungen
- die Festlegung von Qualitätsstandards
- Regelungen von Verantwortlichkeiten

ACT

Ableitung von
Verbesserungen



DO

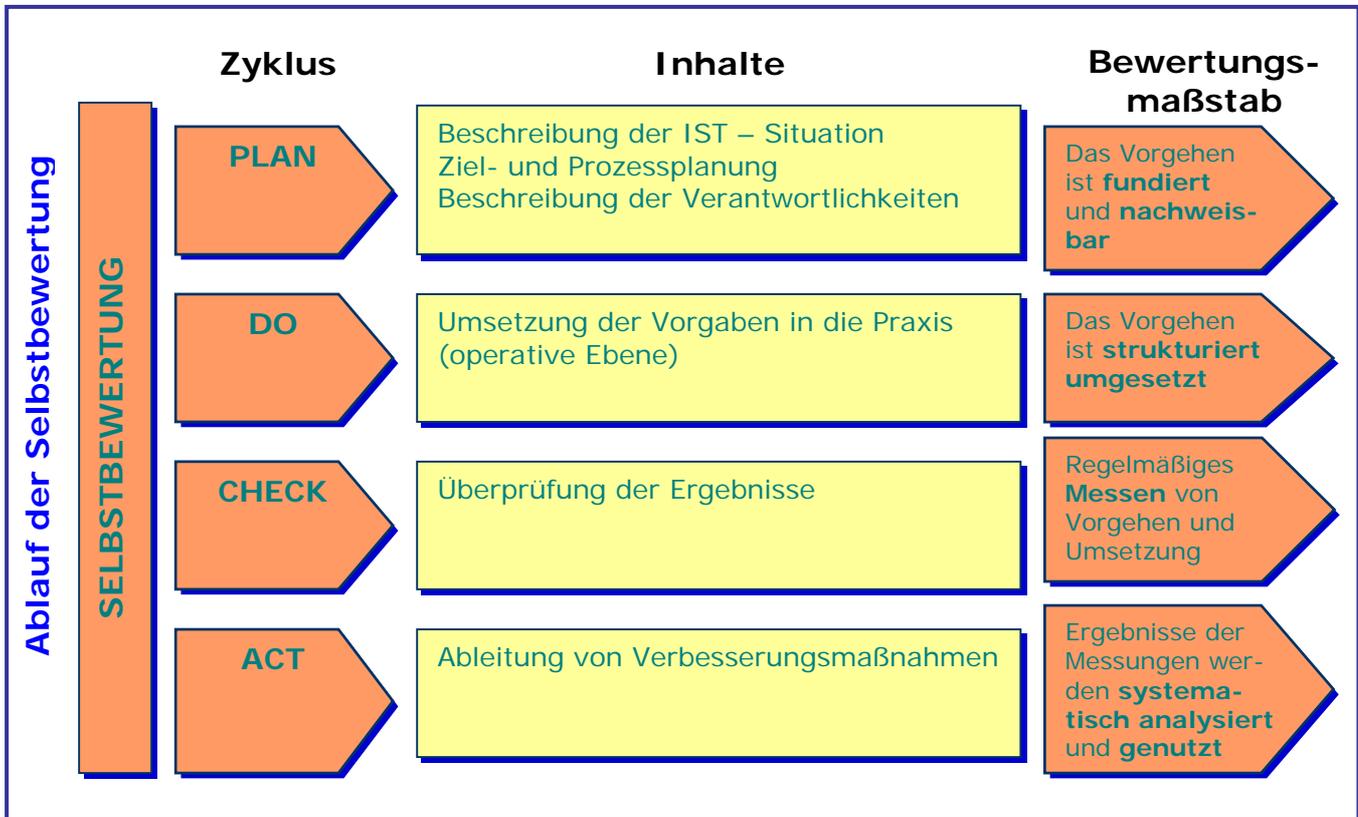
Umsetzung

der geplanten
Maßnahmen

CHECK

Überprüfung
Qualitätsbeurteilung

Ablauf der Selbstbewertung nach dem PDCA - Zyklus



54

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 KTQ/pCC-Anforderungskatalogs werden im Rahmen der Zertifizierung durch externe Visitoren 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 Diakonie-Krankenhauses Elbingerode, der neben den Strukturdaten Angaben über die Erfüllung der insgesamt 103 Qualitätskriterien enthält, kann über die Internetseite von KTQ – www.ktq.de - aufgerufen werden.

Mit der Zertifizierung 2003 und der Re-Zertifizierung 2006 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 2009 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 und proCum Cert 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.



ZERTIFIKAT



Die **proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft** und die
**Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
GmbH**
verleihen dem



im Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverband e.V.

Diakonie-Krankenhaus Elbingerode

Brockenstraße 1, 38875 Elbingerode

das

proCum Cert – KTQ - Zertifikat

auf der Basis des proCum Cert-Kriterienkataloges
inklusive des KTQ-Kataloges in der Version 5.0

In dem Visitationsbericht Nr. 2006-ELBI-11-E-00131 der proCum Cert GmbH wurde
nachgewiesen, dass das Qualitätsmanagementsystem des Krankenhauses in
besonderer Weise den Kriterien des KTQ- und proCum Cert-Verfahrens entspricht.

Gültigkeitsdauer: 26.03.2009
Registrier-Nr.: 2006-0111-ELBI-11-E-00131
Datum der Ausstellung: 27.03.2006

Clemens Gattinger
Geschäftsführer der proCum Cert GmbH

Anerkannt durch die KTQ-GmbH:

Dr. rer. pol. Martin Walger
Vorsitzender des Gesellschafter-
ausschusses der KTQ-GmbH

Dr. rer. pol. Thomas Beck
Geschäftsführer der
KTQ-GmbH

Dr. med. Günther Jonitz
Vorsitzender der Gesellschafter-
versammlung der KTQ-GmbH

G Weitergehende Informationen

Verantwortlich für den Qualitätsbericht

Krankenhausleitung der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH:

- Geschäftsführer
- Leitender Arzt
- Pflegedienstleitung

Ansprechpartner

Ihr Ansprechpartner ist die Qualitätsmanagementbeauftragte der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH, Stefanie Schmidt

Telefon: 03 94 54 / 8 28 25

e-mail: Stefanie.Schmidt@diako-harz.de

Links/ Verweise

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Internetseite unter www.diako-harz.de.

Bei speziellen Fragen senden wir Ihnen gerne weiteres Informationsmaterial zu.

57

Kontakte auf einen Blick

Geschäftsführer	Herr Montowski Telefon: 03 94 54 / 8 23 02
Leitender Arzt	Chefarzt Dr. Gerhardt Telefon: 03 94 54 / 8 25 02
Innere Medizin	Ansprechpartner: Chefarzt Dr. Woratz Telefon: 03 94 54 / 8 24 01
Psychiatrie	Ansprechpartner: Chefarzt Dr. Gerhardt Telefon: 03 94 54 / 8 25 01
Psychotherapeutische Medizin	Ansprechpartner: Chefärztin Dr. Birth Telefon: 03 94 54 / 8 26 01
Pflege	Ansprechpartner: Pflegedienstleitung, Sr. Isolde Kunze Telefon: 03 94 54 / 8 23 00
Pflegeverbund	Ansprechpartner: Pflegedienstleiter, Herr Harsing Telefon: 03 94 54 / 8 28 87
Physiotherapie	Ansprechpartner: Leiterin Frau Marquardt Telefon: 03 94 54 / 8 22 00

Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH

Innerhalb unseres Therapieverbundes Sucht, mit seinen ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten, besteht eine enge Vernetzung.

Dabei ergänzen sich die verschiedenen therapeutischen und sozialen Hilfen und Behandlungsmöglichkeiten, die in ihrer Intensität und Dauer differenziert sind:

Rehabilitation von Suchtkranken in direkter Vernetzung zum Akutkrankenhaus

Rehabilitation Sucht

Brockenstr. 1
38875 Elbingerode
Tel. : 03 94 53 /8 20 00
Fax.: 03 94 53 /8 27 02

Komplementäre Einrichtungen des Therapieverbundes Sucht

Psychosoziale Beratungsstelle

Degenerstr. 8
38855 Wernigerode
Tel. : 0 39 43/26 16 60
Fax. : 0 39 43/26 16 77

Psychosoziale Beratungsstelle

Harzstr. 3/Haus 3
38889 Blankenburg
Tel.: 0 39 44/94 34 87
Fax.: 0 39 44/94 34 88

Präventionsfachstelle

Degenerstr. 8
38855 Wernigerode
Tel. : 0 39 43/26 16 60
Fax. : 0 39 43/26 16 77

Tagesstätte für Menschen mit wesentlich seelischen und mehrfachen Behinderungen

Degenerstraße 8
38855 Wernigerode
Tel. : 0 39 43/26 16 60
Fax. : 0 39 43/26 16 77

Betreutes Wohnen für Suchtkranke

Degenerstraße 8
38855 Wernigerode
Tel. : 0 39 43/26 16 60
Fax. : 0 39 43/26 16 77

Therapeutische Wohngemeinschaft

„Haus Waldhof“

Westerhäuser Straße 62a
38889 Blankenburg
Tel. : 0 39 44/24 57
Fax. : 0 39 44/9 54 71 29

Wohnheim

„Gut Heiligenstock“

Kaltes Tal 12
38889 Rübeland
Tel. : 03 94 54/48 10
Fax. : 03 94 54/48 129

Fachkrankenhaus für Atemwegserkrankungen

als Teil der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH

Ev. Fachkrankenhaus für Atemwegserkrankungen

Neustadt / Südharz

Badestraße 23
99762 Neustadt / Südharz
Tel. : 03 63 31 / 36-0
Fax. : 03 63 31 / 3 61 88

59

Weitere Adressen und Informationen

Open-door – Projekt

Betreutes Wohnen, als Nachsorgeeinrichtung für Patienten, die nach einer Psychotherapie noch nicht allein leben können.

Ansprechpartner Dr. med. Martin Steinbach
Promenade 2
38855 Wernigerode
Tel. : 0 39 43 / 4 61 11 oder 03 94 54 / 8 26 00

Kenia – Projekt der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH

Unterstützung von Initiativen in Kenia, vor allem in den Bereichen Straßenkinderarbeit, Suchthilfe und Ausbildungshilfe.

Koordinator: Dr. Klaus Richter
Diakonie-Krankenhaus Elbingerode
Brockenstr. 1
Tel.: 03 94 54 / 8 27 00
e-mail: klarich@t-online.de
www.kenia-projekt.de

Medizinisches Zentrum Harz GmbH

Unser Haus zeigt zudem eine deutlich innovative Ausrichtung und damit eine gute Positionierung im Rahmen des zunehmenden Wettbewerbs.

Ende 2004 wurde die Medizinische Zentrum Harz GmbH als Tochtergesellschaft der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH und der HarzKlinikum Wernigerode-Blankenburg GmbH gegründet. An 3 Standorten entstehen Ärztehäuser, in direkter Vernetzung zum jeweiligen Krankenhaus. Am Standort Elbingerode wird das Ärztehaus mit vorwiegend hausärztlicher Ausrichtung um weitere Leistungen der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH ergänzt. Dazu gehören die Tagespflege für Senioren und die Kurzzeitpflege. Geschäftsführer der Medizinisches Zentrum Harz GmbH sind Martin Montowski und Dr. Peter Redemann.

Medizinisches Zentrum Harz GmbH

Ilsenburger Straße 15
38855 Wernigerode
Telefon: 0 39 43 / 61 54 00
Fax: 0 39 43 / 61 54 00
info@mvz-harz.de
www.mvz-harz.de

Ärztehaus Oberharz

Brockenstraße 1
38875 Elbingerode
Telefon: 03 94 54 / 8 23 02
Fax: 03 94 54 / 8 23 03
martin.montowski@mvz-harz.de