



HDV

gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung

Ein Unternehmen der Förderstiftung Hessischer Diakonieverein

Anna-Henrietten-Stift
Fachklinik für
Gynäkologie, Geburtshilfe
und Chirurgie
Am Bahnhof 58
56841 Traben-Trarbach

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V
über das Berichtsjahr 2008
erstellt am: 01.08.2009

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Einleitung	2
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	6
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	6
A-3 Standort(nummer)	6
A-4 Name und Art des Krankenhausträgers	6
A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus	6
A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses	6
A-6.1 Fachabteilungen	8
A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	8
A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses	8
A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses	10
A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses	11
A-11.1 Forschungsschwerpunkte	11
A-11.2 Akademische Lehre	11
A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen	11
A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)	11
A-13 Fallzahlen des Krankenhauses	12
A-13.1 Ambulante Zählweise	12
A-14 Personal des Krankenhauses	13
A-14.1 Ärzte und Ärztinnen	13
A-14.2 Pflegepersonal	13
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	14
B-[1] Allgemeine Chirurgie	15
B-[1].1 Name	15
B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie"	16
B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie"	16
B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie"	16
B-[1].5 Fallzahlen der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie"	17
B-[1].6 Diagnosen	17
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	20
B-[1].12 Personelle Ausstattung	20
B-[2] Frauenheilkunde und Geburtshilfe	23
B-[2].1 Name	23
B-[2].2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe"	23
B-[2].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe"	24
B-[2].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe"	24
B-[2].5 Fallzahlen der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe"	24
B-[2].6 Diagnosen	25
B-[2].7 Prozeduren nach OPS	25
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	27
B-[2].12 Personelle Ausstattung	28
C Qualitätssicherung	31
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	31
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	31
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	31
C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V	31
C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“)	31
D Qualitätsmanagement	32
D-1 Qualitätspolitik	32
D-1.1 Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission	32
D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses	32
D-1.3 Umsetzung / Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z.B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit).	34
D-2 Qualitätsziele	35
D-2.1 strategische/ operative Ziele	35
D-2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung	35
D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung	36
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	37
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements	40
D-5 Qualitätsmanagement-Projekte	42
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements	46

Vorwort

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

Datensatzbeschreibung:
Der Bericht wurde auf Basis der 3M - Software - 3M Qualitätsbericht,
Version 4.8.2 erstellt.

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Leserinnen und Leser dieses Qualitätsberichts,

mit diesem Qualitätsbericht möchten wir Ihnen einen systematischen Überblick über unser Krankenhaus, unsere Leistungen und unsere Qualität geben. Wir verfolgen damit die Ziele (laut § 1) der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V:

- Information und Entscheidungshilfe für Versicherte und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung,
- eine Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten insbesondere für Vertragsärzte und Krankenkassen,
- die Möglichkeit für die Krankenhäuser, ihre Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen.

Dieser Qualitätsbericht beinhaltet Daten zu den stationären Patientenzahlen, zu Diagnosen und zu medizinischen Behandlungsverfahren. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung dargestellt. Der Dateneintrag zur Teilnahme an der internen und externen Qualitätssicherung (Kapitel C 1) erfolgt nicht durch unser Krankenhaus, sondern von der Bundesqualitätssicherungsstelle / BQS sowie der zuständigen Landes-Qualitätsgeschäftsstelle nach dem 31.08.2009. Nach Datenimport wird dieser Bericht zum 31.01.2010 nochmals veröffentlicht.

Der Qualitätsbericht wird im Internet allen interessierten Personen in zwei Varianten zur Verfügung gestellt: als pdf-Dokument mit einer verkürzten Version und in maschinenlesbarer Form (sogenannter xml-Datensatz) zur Abfrage detaillierter Informationen. Eine weiterführende Leseanleitung zu den gesetzlichen Qualitätsberichten wurde vom gemeinsamen Bundesausschuss für Qualität verfasst (<http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2505/2007-12-20-Lesehilfe-QB.pdf>).

Sollten Sie zu unserem Qualitätsbericht Fragen haben, so stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Darmstadt, 01.08.2009

Dr. Martin Zentgraf
Geschäftsführer
der HDV gGmbH
Vorstandsvorsitzender
Hessischer Diakonieverein e.V.

Dipl. Päd. Ute Bieg
Leiterin QM

Einleitung

Anna-Henrietten-Stift, Traben-Trarbach



Das Anna-Henrietten-Stift ist eine moderne Fachklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und ein Zentrum für Chirurgie in Traben-Trarbach, einem anerkannten Luftkurort im Tal der Mittelmosel. Mit dem 2000 eröffneten Neubau wurde in Verbindung mit den im Haus vorhandenen Facharztpraxen eine moderne Organisationsform geschaffen.

Die Klinik bietet ein umfangreiches Leistungsangebot mit kompetenter und individueller medizinischer Behandlung und Pflege in den Bereichen:

- * Gynäkologie und Geburtshilfe
- * Chirurgie
- * Anästhesie und Schmerztherapie
- * Kompetente Medizin und Pflege in stationärer und ambulanter Behandlung
- * OP-Ambulanz / Diagnostik, Behandlung und Nachsorge sowie
- * ein umfangreiches Leistungsspektrum der Hebammen.

Die Fachabteilungen arbeiten interdisziplinär zusammen, damit die fachmedizinische Kompetenz zielgerichtet in den Behandlungsprozess einbezogen wird und lange Wege vermieden werden. Von der ambulanten und der stationären Behandlung bis hin zu diagnostischen Untersuchungen werden die internen Leistungen ergänzt durch zahlreiche Kooperationen mit externen Fachärzten, den im Haus angesiedelten Praxen und Therapeuten. Wir tragen so der medizinischen Maxime einer integrierten Prozessgestaltung im Gesundheitswesen Rechnung. Die Einbindung in das Gesundheitsnetz der Region ist uns ein wichtiges Anliegen. Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und weiteren externen Dienstleistern ist daher ein wichtiger Aspekt in der täglichen Arbeit.

Das Anna-Henrietten-Stift wurde am 15.10.1900 in Traben-Trarbach gegründet und befindet sich seit 1961 in Besitz des Hessischen Diakonievereins e.V. Darmstadt.

Die Fachklinik ist ansprechend, farbenfreundlich und barrierefrei gestaltet, damit sich Patienten und deren Angehörige wohl fühlen. Moderne technische Geräte ermöglichen einen hohen Standard an Diagnostik und Therapie. Der Komfort für Patienten umfasst: Ein- und Zwei-Bettzimmer mit WC und Dusche, Telefon und Fernsehen auf Wunsch. Die Naturnähe, die schöne Lage und der Blick über die Mosel tragen zu einem genesungsförderndem Umfeld bei.

Das Anna-Henrietten-Stift gehört zu einem Verbund mehrerer diakonischer Krankenhäuser und Seniorenzentren in Rheinland-Pfalz und Hessen. Träger ist die HDV gemeinnützige GmbH Darmstadt. Kernziel ist die kompetente und individuelle Behandlung jedes Patienten. Angehörige und Bezugspersonen werden auf Wunsch des Patienten und im Bedarfsfall einbezogen. Im Sinne des Leitsatzes "In Verantwortung für den Menschen" nehmen alle Mitarbeitenden ihren Aufgaben wahr. Professionelle Personalförderung und kontinuierliche Qualitätsentwicklung sind Maßnahmen, um den gesetzlichen Versorgungsauftrag sicherzustellen und das Krankenhaus weiter zu entwickeln. Die fortschreitende Qualifizierung innerhalb des Gesundheitswesens wird umgesetzt: Kontinuierliche Verbesserung und die Umsetzung eines gezielten Qualitätsmanagements sind von grundlegender Bedeutung.

Als konfessionelles Krankenhaus nimmt das Anna-Henrietten-Stift den diakonischen Auftrag wahr. Die Schwesternschaft des Hessischen Diakonievereins prägt insbesondere die Berufsgruppe der Pflegenden.

Die Fachklinik bietet Aus-, Fort- und Weiterbildung in verschiedenen Bereichen:

Ärztlicher Dienst:

Qualifizierung und Weiterbildung

Pflegedienst: Ausbildung:

HDV - Pflegeschulen am Hochstift in Worms abgeschlossenen Ausbildungsvertrags ist der praktischer Einsatz in der Gynäkologie und Geburtshilfe möglich. Die praktische Ausbildung erfolgt in einem HDV zugehörigen Krankenhaus. Der theoretische Unterricht findet jeweils an den HDV - Pflegeschulen am Hochstift in Worms statt, für:

- * Gesundheits- und Krankenpflege: mit dreijähriger staatlich anerkannter Ausbildung
- * Krankenpflegehilfe mit einjähriger staatlich anerkannter Ausbildung

Fort- und Weiterbildungen: Intensiv-, OP- und Endoskopie-Fachweiterbildung in Kooperation mit entsprechenden Weiterbildungsinstituten

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Dr. Martin Zentgraf	Geschäftsführer der HDV gGmbH Vorstandsvorsitzender Hessischer Diakonieverein e.V.	06151-602-820	06151-602-838	martin.zentgraf@hdv-
Ute Bieg	Leiterin QM	06151-602-829	06151-602-858	ute.bieg@hdv-darmst:

Ansprechpartner:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Dr. Martin Zentgraf	Geschäftsführer HDV gGmbH Vorstandsvorsitzender Hessischer Diakonieverein e.V.	06151-602-820	06151-602-838	martin.zentgraf@hdv-darmstadt.de
Gudrun Norris	Pflegedienst-und Verwaltungsleiterin	06514-707-820	06514-707-666	gudrun.norris-kt@hdv-darmstadt.de
Ute Bieg	Leiterin QM	06151-602-829	06151-602-858	Ute.bieg@hdv-darmstadt.de
Dipl. med. Aldo Weise	Gynäkologie und Geburtshilfe/ Facharzt Leiter der Belegabteilung	06541-707-707	06541-707-777	anna-henrietten-stift@hdv-darmstadt.de
Dr. med. Torsten Ueberdiek	Gynäkologie und Geburtshilfe/ Facharzt	06541-707-707	06541-707-777	anna-henrietten-stift@hdv-darmstadt.de
Dr. med. Berthold Wurzer	Kinder- und Jugendarzt/ Facharzt	06541-83930 oder 06541-409	06541-707666	b.wurzer@telemed.c
Dr. med. Wolfgang W. Tholen	Chirurgie/ Facharzt/ Leiter der Belegabteilung,	06541-707- 221	06541-813930	dr.w.w.tholen@t-online.de
Dr. med. Martin Hunger	Chirurgie/ Facharzt	0651-827- 840	0651- 8278420	dr.med.martin.hungert-online.de
Uwe Plorin	Anästhesie/ Facharzt Leiter der Belegärztlichen Abteilung	06541-707-320	06541-707888	anna-henrietten-stift@hdv-darmstadt.de
Martina Deutsch	Physiotherapeutin	06541-707-400	06541-707-888	anna-henrietten-stift@hdv-darmstadt.de
Rita Albright	Hebamme	06541-707-330	06541-707-888	anna-henrietten-stift@hdv-darmstadt.de
Mareike Pauly	Hebamme	06541-707-330	06541-707-888	anna-henrietten-stift@hdv-darmstadt.de
Anke Frerichs	Hebamme	06541-707-330	06541-707-888	anna-henrietten-stift@hdv-darmstadt.de
Renate Wallraff	Patientenfürsprecherin/ Grüne Damen	06541-707-0	06541-707-888	anna-henrietten-stift@hdv-darmstadt.de

Weiterführende Informationen / Links:

<http://www.hdv-darmstadt.de>/<http://www.hdv-darmstadt.de/>

<http://www.diakonie-bildung-hessen.de>/<http://www.diakonie-bildung-hessen.de/>

Krankenhaus Broschüre

Broschüre der Schwesternschaft des Hessischen Diakonievereins

Info-Brief der Schwesternbrief des Hessischen Diakonieverein e.V. (erscheint alle 2 Monate)

Bildungsprogramm 2008

Die Krankenhausleitung, vertreten durch den Geschäftsführer der HDV gGmbH, Herrn Dr. Martin Zentgraf, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

PLZ:	56841
Ort:	Traben-Trarbach
Straße:	Am Bahnhof
Hausnummer:	58
Krankenhaus-URL:	http://www.hdv-darmstadt.de/krankenhaeuser/anna-henrietten-stift-traben-trarbach/
Email:	Anna-Henrietten-Stift@hdv-darmstadt.de
Telefon-Vorwahl:	06541
Telefon:	7070
Fax-Vorwahl:	06541
Fax:	707888

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

	IK-Nummer
1	260720147

A-3 Standort(nummer)

Standort-Nummer: 0

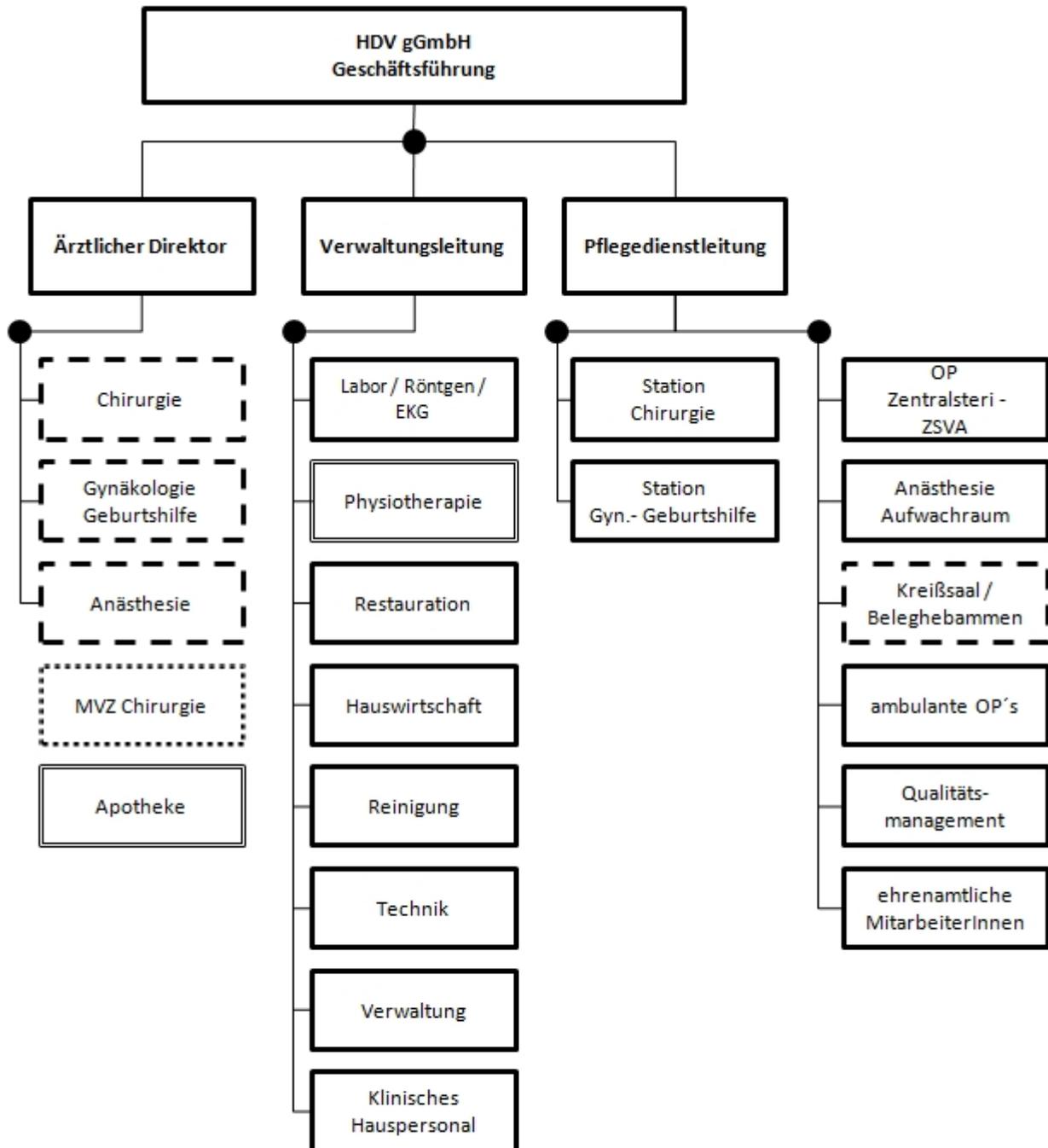
A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	HDV gemeinnützige GmbH Darmstadt
Träger-Art:	freigemeinnützig

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus:	Nein
Name der Universität:	./.

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



Legende



Das Organigramm stellt die Arbeits-, Funktions- und Zuständigkeitsbereiche sowie die Führungsebenen grafisch dar. Das Anna-Henrietten-Stift ist in die Verantwortungsbereiche Pflege/Verwaltung und Ärztlicher Bereich als Belegabteilung gegliedert. Die zuständigen LeiterInnen sind in der Direktion gemeinsam vertreten. Sie unterstehen der Geschäftsführung der HDV gGmbH,

einem Unternehmen der Förderstiftung Hessischer Diakonieverein, einer rechtsfähigen kirchlichen Stiftung des öffentlichen Rechts.

Unterstützende Aufgabenbereiche, wie:

- Buchhaltung, Rechnungsprüfung
- Controlling
- EDV
- Med. Controlling
- Personalabteilung
- Zentraleinkauf
- Qualitätsmanagement
- Hygiene
- Arbeitssicherheit
- Öffentlichkeitsarbeit

werden durch die Zentralen Dienste der HDV gGmbH ausgeführt. Die hausinterne Fortbildung wird durch die Aus- und Fortbildung der Schwesternschaft des Hessischen Diakonievereins e.V. ergänzt.

	Abteilungsart	Schlüssel	Fachabteilung
1	Belegabteilung	1500	Allgemeine Chirurgie
2	Belegabteilung	2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Nein

Besteht regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie?: Nein

Psychiatrisches Krankenhaus: Nein

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

nicht vorhanden

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Erläuterungen
1	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
2	Atemgymnastik/-therapie	
3	Basale Stimulation	
4	Beratung/Betreuung durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen	Bei Bedarf und auf Wunsch der Betroffenen wird der Kontakt zur externen Beratungsstelle hergestellt und die Unterstützung von SozialarbeiterInnen veranlasst.
5	Bewegungstherapie	
6	Diät- und Ernährungsberatung	Bei Bedarf wird Kontakt zu Diät- und Ernährungsberatern hergestellt.
7	Entlassungsmanagement/Brückenpflege/ Überleitungspflege	Ein persönliches Entlassungsgespräch wird der Patientin/ dem Patienten angeboten, damit ggf. offene Fragen geklärt werden können. Bei Bedarf werden Angehörige mit einbezogen. Bei Pflegebedürftigkeit wird ein pflegerischer Überleitungsbogen erstellt.
8	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Bezugspflegesystem dient der individuellen und patientenorientierten Pflege.
9	Kinästhetik	
10	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
11	Medizinische Fußpflege	
12	Physikalische Therapie/Bädertherapie	externer Dienstleister
13	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
14	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	Beratung und Anleitung zu Präventionsmaßnahmen wird angeboten
15	Schmerztherapie/-management	
16	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
17	Wundmanagement	Im Bedarfsfall erfolgt eine Hinzuziehung von Experten für moderne zeitgemäße Wundbehandlung. Im Rahmen des Risikomanagements werden bei der Aufnahme des Patienten Risiken systematisch überprüft und der Pflegedienstleitung gemeldet. Vorbeugend wird dem Dekubitus /dem sogenannten "Wundliegen" bei Bewegungseinschränkungen - mit gezielten pflegerischen Maßnahmen vorgebeugt. Bei Wunden erfolgt nach ärztlicher Anweisung eine systematische Behandlung und Dokumentation. Im Bedarfsfall wird eine Wundberatung einbezogen.
18	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Erläuterungen
19	Ethikberatung/Ethische Fallbesprechung	Ethik-Fortbildungen werden angeboten. Diese Informations- und Schulungsveranstaltungen geben Raum für Diskussionen und Beratungen. Diakonische Veranstaltungen sind geplant für Ärzte, Mitarbeitende im Pflegedienst, Interessierte sowie Ehrenamtliche Helfer. Ethische Fallbesprechungen werden angeboten durch das Ethik-Komitee
20	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	
21	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege	

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

	Serviceangebot	Erläuterungen
1	Aufenthaltsräume	
2	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
3	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
4	Teeküche für Patienten und Patientinnen	im Aufenthaltsbereich Tee- und Getränkeangebot zur freien Verfügung
5	Unterbringung Begleitperson	Auf Wunsch - gegen Entgelt - sowie bei medizinischer Indikation durch den Arzt möglich
6	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
7	Balkon/Terrasse	
8	Elektrisch verstellbare Betten	
9	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	
10	Rundfunkempfang am Bett	
11	Telefon	
12	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer	Wertfach im Zimmer
13	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	
14	Kostenlose Getränkebereitstellung	
15	Cafeteria	
16	Faxempfang für Patienten und Patientinnen	Zentrale Faxnummer des Krankenhauses
17	Kiosk/Einkaufsmöglichkeiten	Das Krankenhaus liegt in direkter Nähe zu Einkaufszentren. Ein eigener Kiosk ist nicht vorhanden. Ein Automat mit Getränken und Süßigkeiten steht im Aufenthaltsbereich
18	Kirchlich-religiöse Einrichtungen	
19	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	kostenfreie Parkplätze vor dem Haus, in direkter Nähe zum Eingang ausgewiesene Behindertenparkplätze
20	Maniküre/Pediküre	externes Dienstleistungsangebot nach eigener Wahl und gegen Entgelt
21	Parkanlage	Terrasse mit Grünanlage, barrierefreie Gehflächen
22	Rauchfreies Krankenhaus	
23	Wäscheservice	Wäscheservice auf Wunsch gegen Entgelt möglich

	Serviceangebot	Erläuterungen
24	Besuchsdienst/„Grüne Damen“	
25	Empfangs- und Begleitedienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen	bei Bedarf erfolgt eine Begleitung durch die Mitarbeitenden und ehrenamtliche Helfer/ Grüne Damen
26	Dolmetscherdienste	Dolmetscherdienste werden nach Möglichkeit organisiert. Eine Dolmetscherliste liegt vor.
27	Seelsorge	
28	Diät-/Ernährungsangebot	
29	Frühstücks-/Abendbuffet	Frühstücksbuffet in der Cafeteria
30	Getränkeautomat	
31	Nachmittagstee/-kaffee	
32	Fortbildungsangebote/Informationsveranstaltungen	
33	Orientierungshilfen	Wegeleitung / Beschilderung im Haus vorhanden. Mitarbeitenden und auch ehrenamtliche Helferinnen/ Grüne Damen tragen Namensschilder
34	Postdienst	Postversand gegen Gebühr durch die Verwaltung am Empfang
35	Tageszeitungsangebot	
36	Beschwerdemanagement	
37	Patientenfürsprache	ehrenamtliche Patientenfürsprecherin. Kontakt über die zentrale Telefonnummer des Krankenhauses
38	Sozialdienst	bei Bedarf wird Kontakt zu externem Sozialdienst hergestellt

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-11.1 Forschungsschwerpunkte

Forschung und Lehre nicht zutreffend

A-11.2 Akademische Lehre

nicht zutreffend

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

Ausbildung in anderen Heilberufen erfolgt nicht

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

Anzahl 21
Betten:

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Anzahl stationärer 1183
Patienten:

A-13.1 Ambulante Zählweise

	Zählweise	Fallzahl
1	Sonstige Zählweise	0

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

	Art	Anzahl	Kommentar/Erläuterung
1	Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	0	
2	– davon Fachärztinnen/ -ärzte	0	
3	Belegärztinnen/ -ärzte (nach § 121 SGB V)	5	sowie Honorarärzte
4	Ärztinnen/ Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0	

A-14.2 Pflegepersonal

	Bezeichnung	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/Erläuterung
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	13,33 Vollkräfte	3 Jahre	einschließlich der Mitarbeitenden im OP- und Funktionsbereich
2	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin	4,35 Vollkräfte	3 Jahre	
3	Altenpfleger und Altenpflegerinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	
4	Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre	
5	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	1,8 Vollkräfte	1 Jahr	
6	Pflegehelfer und Pflegehelferinnen		ab 200 Std. Basiskurs	
7	Entbindungspfleger und Hebammen	3 Personen	3 Jahre	Beleg-Hebammen
8	Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	
9	Arzthelfer- und Arzthelferinnen	0,78 Vollkräfte	2 Jahre	

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Allgemeine Chirurgie

B-[1].1 Name

FA-Bezeichnung:	Allgemeine Chirurgie
Name des Chefarztes:	Dr. med. Wolfgang W. Tholen
Straße:	Am Bahnhof
Hausnummer:	58
Ort:	Traben-Trarbach
PLZ:	56841
URL:	http://www.hdv-darmstadt.de/krankenhaeuser/anna-henrietten-stift-traben-trarba
Email:	anna-henrietten-stift@hdv-darmstadt.de
Telefon-Vorwahl:	06541
Telefon:	7070
Fax-Vorwahl:	06541
Fax:	707888

Praxisanschrift:

Dr. med. Wolfgang Tholen
 Anna-Henrietten-Stift
 Am Bahnhof 58
 56841 Traben-Trarbach

Telefon: 06541-707221
 Fax: 06541-8139309

Dr. med. Martin Hunger
 Luxemburgerstraße 150
 54294 Trier
 Telefon: 0651-8278420
 Fax: 0651-8278420

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

B-[1].1.2 Art der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie"

Abteilungsart: Belegabteilung

B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie"

	Versorgungsschwerpunkte	Erläuterungen
1	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	
2	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
3	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
4	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
5	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
6	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
7	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
8	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
10	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
11	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
12	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
13	Chirurgie der Bewegungsstörungen	
14	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen	
15	Wirbelsäulenchirurgie	
16	Handchirurgie	
17	Sportmedizin/Sporttraumatologie	

B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie"

	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Erläuterungen
1	Massage	
2	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	
3	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
4	Wärme- und Kälteanwendungen	
5	Wirbelsäulengymnastik	
6	Biofeedback-Therapie	

B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie"

B-[1].5 Fallzahlen der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie"

Anzahl stationärer Patienten: 298

B-[1].6 Diagnosen

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M75	Schulterverletzung	89
2	M23	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes	37
3	S83	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder	27
4	M94	Sonstige Knorpelkrankheit	16
5	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	16
6	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	14
7	M65	Entzündung der Gelenkinnenhaut bzw. der Sehnenscheiden	9
8	I83	Krampfadern der Beine	9
9	M47	Gelenkverschleiß (Arthrose) der Wirbelsäule	9
10	R52	Schmerz	7
11	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigung	6
12	M25	Sonstige Gelenkkrankheit	≤5
13	M20	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen	≤5
14	M89	Sonstige Knochenkrankheit	≤5
15	I80	Verschluss einer Vene durch ein Blutgerinnsel (Thrombose) bzw. oberflächliche Venenentzündung	≤5
16	K40	Leistenbruch (Hernie)	≤5
17	M19	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)	≤5
18	M67	Sonstige Gelenkhaut- bzw. Sehnenkrankheit	≤5
19	K42	Nabelbruch (Hernie)	≤5
20	I84	Krampfaderartige Erweiterung der Venen im Bereich des Enddarms - Hämorrhoiden	≤5
21	K61	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Anus	≤5
22	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	≤5
23	A46	Wundrose - Erysipel	≤5
24	M72	Gutartige Geschwulstbildung des Bindegewebes	≤5
25	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	≤5
26	G56	Funktionsstörung eines Nervs am Arm bzw. an der Hand	≤5
27	I82	Sonstiger Verschluss bzw. Bildung von Blutgerinnseln in den Venen	≤5
28	S46	Verletzung von Muskeln oder Sehnen im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	≤5

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
29	M70	Krankheit des Weichteilgewebes aufgrund Beanspruchung, Überbeanspruchung bzw. Druck	≤5
30	M96	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	≤5

B-[1].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1].7 Prozeduren nach OPS

B-[1].7.1 OPS, 4stellig

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	138
2	5-805	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks	119
3	5-810	Erneute Operation eines Gelenks durch eine Spiegelung	114
4	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	77
5	8-919	Umfassende Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen	36
6	5-813	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern im Kniegelenk durch eine Spiegelung	29
7	5-852	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen	23
8	5-814	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung	20
9	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	12
10	5-788	Operation an den Fußknochen	8
11	5-800	Erneute operative Begutachtung und Behandlung nach einer Gelenkoperation	≤5
12	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	≤5
13	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	≤5
14	5-780	Operativer Einschnitt in Knochengewebe bei einer keimfreien oder durch Krankheitserreger verunreinigten Knochenkrankheit	≤5
15	5-492	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges	≤5
16	5-782	Operative Entfernung von erkranktem Knochengewebe	≤5
17	5-851	Durchtrennung von Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	≤5
18	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	≤5
19	5-801	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken)	≤5
20	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	≤5
21	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	≤5
22	5-804	Operation an der Kniescheibe bzw. ihren Bändern	≤5
23	5-491	Operative Behandlung von röhrenartigen Gängen im Bereich des Darmausganges (Analfisteln)	≤5
24	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knocheile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	≤5

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
25	5-792	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	≤5
26	5-855	Nähen bzw. sonstige Operation an einer Sehne oder einer Sehnenscheide	≤5
27	5-539	Operativer Verschluss eines sonstigen Weichteilbruchs im Bauchbereich (Hernie)	≤5
28	5-854	Wiederherstellende Operation an Sehnen	≤5
29	5-535	Operativer Verschluss eines Magenbruchs (Hernie)	≤5
30	5-842	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern	≤5

B-[1].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

	Nr. der Ambulanz	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Leistung	Leistungsbezeichnung	Kommentar
1	AM15	Belegarztpraxis am Krankenhaus	Chirurgische Facharztpraxis			

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

Ambulante Operationen werden durch die am Krankenhaus tätigen Belegärzte in deren Namen erbracht. Im Rahmen der Leistungserbringung nutzen die Belegärzte die Ressourcen des Krankenhauses.

Anzahl der erbrachten ambulanten Operationen: 199

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

Ambulante D-Arzt-Zulassung: Ja

Stat. BG-Zulassung: Nein

B-[1].11 Apparative Ausstattung

	Apparative Ausstattung	Umgangssprachlich Bezeichnung	Kommentar/ Erläuterung	24h Notfallverfügbarkeit
1	BZ-Geräte	Blutzuckergeräte	24 h verfügbar	
2	Ohrthermometer	Ohrthermometer	24 h verfügbar	
3	RR-Geräte	Blutdruckgeräte	24 h verfügbar	
4	Monitor	Monitoreinheit	24 h verfügbar	
5	Arthroskop	Gelenksspiegelung	24 h verfügbar	
6	Beatmungsgeräte/CPAP-Geräte	Maskenbeatmungsgeräte mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	24 h verfügbar	
7	Bewegungsanalysesystem	Bewegungsanalyse	24 h verfügbar	
8	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Kooperation mit externem Dienstleister	Ja
9	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen	24 h verfügbar	
10	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	24 h verfügbar	
11	Kipptisch	Gerät zur Messung des Verhaltens der Kenngrößen des Blutkreislaufs bei Lageänderung	24 h verfügbar	
12	Laboranalyseautomaten für Hämatologie, klinische Chemie, Gerinnung und Mikrobiologie	Laborgeräte zur Messung von Blutwerten bei Blutkrankheiten, Stoffwechselleiden, Gerinnungsleiden und Infektionen		Ja
13	Laparoskop	Bauchhöhlenspiegelung	24 h verfügbar	
14	MIC-Einheit (Minimalinvasive Chirurgie)	Minimal in den Körper eindringende, also gewebeschonende Chirurgie	24 h verfügbar	
15	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät		Ja
16	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall		Ja

B-[1].12 Personelle Ausstattung

B-[1].12.1 Ärzte und Ärztinnen

**Ärzte und Ärztinnen insgesamt
(außer Belegärzte und
Belegärztinnen) (Vollkräfte):** 0 Vollkräfte

Kommentar dazu:

**– davon Fachärzte und
Fachärztinnen (Vollkräfte):** 0 Vollkräfte

Kommentar dazu:

**Belegärzte und Belegärztinnen
(nach § 121 SGB V) (Personen):** 2 Personen

Kommentar dazu: Fachärzte

B-[1].12.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie"

	Facharztbezeichnungen	Erläuterungen
1	Allgemeine Chirurgie	

B-[1].12.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[1].12.2 Pflegepersonal

	Bezeichnung	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/Erläuterung
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	10,33 Vollkräfte	3 Jahre	inclusive OP- und Funktionspersonal im Bereich Chirurgie Arbeitszeit: 40 Stunden/ Woche
2	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin	0 Vollkräfte	3 Jahre	
3	Altenpfleger und Altenpflegerinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	
4	Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre	
5	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0,29 Vollkräfte	1 Jahr	Arbeitszeit 40 Stunden/ Woche
6	Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
7	Entbindungspfleger und Hebammen	0 Personen	3 Jahre	
8	Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	

	Bezeichnung	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/Erläuterung
9	Arzthelferinnen und Arzthelfer	0,08 Vollkräfte	2 Jahre	Arbeitszeit 40 Stunden/ Woche

B-[1].12.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie" – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	Kommentar/Erläuterung
1	Hygienefachkraft	HDV - gesamt Hygienefachkraft
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	

B-[1].12.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Allgemeine Chirurgie" – Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen	Kommentar/Erläuterung
1	Kontinenzberatung	interne Schulung für alle Mitarbeitenden in der Pflege
2	Praxisanleitung	
3	Schmerzmanagement	interne Schulung für alle Mitarbeitenden in der Pflege

B-[1].12.3 Spezielles therapeutisches Personal

	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar
1	Diätassistenten	

B-[2] Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2].1 Name

FA-Bezeichnung:	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Name des Chefarztes:	Dipl. med. Aldo Weise und Dr. med. Torsten Ueberdiek
Straße:	Am Bahnhof
Hausnummer:	58
Ort:	Traben-Trarbach
PLZ:	56841
URL:	http://www.hdv-darmstadt.de/krankenhaeuser/anna-henrietten-stift-traben-trarba
Email:	anna-henrietten-stift@hdv-darmstadt.de
Telefon-Vorwahl:	06541
Telefon:	707707
Fax-Vorwahl:	06541
Fax:	707888

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2].1.2 Art der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe"

Abteilungsart: Belegabteilung

B-[2].2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe"

	Versorgungsschwerpunkte	Erläuterungen
1	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse	
2	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse	
3	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie	
4	Endoskopische Operationen	
5	Gynäkologische Abdominalchirurgie	
6	Inkontinenzchirurgie	
7	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	
8	Pränataldiagnostik und -therapie	
9	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes	
10	Geburtshilfliche Operationen	

	Versorgungsschwerpunkte	Erläuterungen
11	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	
12	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	
13	Spezialsprechstunde	
14	Urogynäkologie	

B-[2].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe"

	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Erläuterungen
1	Nabelschnurblut für die Kryokonservierung / Stammzelleinlagerung	Die Klinik verfügt über die Herstellungserlaubnis zur Entnahme von Nabelschnurblut
2	Akupressur	
3	Fußreflexzonenmassage	
4	Geburtsvorbereitungskurse/ Schwangerschaftsgymnastik	
5	Massage	
6	Säuglingspflegekurse	
7	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen	
8	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	
9	Aromapflege/-therapie	
10	Audiometrie/Hördiagnostik	
11	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	

B-[2].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe"

	Serviceangebot	Erläuterungen
1	Mutter-Kind-Zimmer/Familienzimmer	
2	Rooming-in	
3	Spielplatz/Spielecke	

B-[2].5 Fallzahlen der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe"

Anzahl stationärer Patienten: 885

B-[2].6 Diagnosen**B-[2].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Neugeborene	222
2	O70	Dammriss während der Geburt	112
3	D25	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur	100
4	O47	Wehen, die nicht zur Eröffnung des Muttermundes beitragen - Unnütze Wehen	29
5	N81	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter	26
6	N73	Sonstige Entzündung im weiblichen Becken	26
7	N70	Eileiterentzündung bzw. Eierstockentzündung	23
8	O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	20
9	O80	Normale Geburt eines Kindes	20
10	C50	Brustkrebs	19

B-[2].6.2 Kompetenzdiagnosen**B-[2].7 Prozeduren nach OPS****B-[2].7.1 OPS, 4stellig**

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	238
2	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	133
3	5-683	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	120
4	5-704	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide	96
5	5-738	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht	83
6	5-741	Kaiserschnitt mit Schnitt oberhalb des Gebärmutterhalses bzw. durch den Gebärmutterkörper	73
7	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	45
8	5-657	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung	37
9	5-469	Sonstige Operation am Darm	36
10	8-155	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in Niere bzw. Harnwege mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	35
11	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung	34
12	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	25
13	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	23

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
14	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten	23
15	5-667	Wiederherstellung der Durchgängigkeit der Eileiter durch Einbringen von Flüssigkeit bzw. Gas	21
16	5-728	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Saugglocke	16
17	5-661	Operative Entfernung eines Eileiters	16
18	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	14
19	5-470	Operative Entfernung des Blinddarms	14
20	5-756	Entfernung von zurückgebliebenen Resten des Mutterkuchens (Plazenta) nach der Geburt	12
21	5-707	Wiederherstellende Operation am kleinen Becken bzw. am Raum zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum)	12
22	5-594	Operation zur Anhebung des Blasenhalses bei Blasenschwäche über einen Schnitt oberhalb des Schambeins	11
23	5-674	Wiederherstellende Operation am Gebärmutterhals in der Schwangerschaft	9
24	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	8
25	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	7
26	5-871	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe mit Entfernung von Achsellymphknoten	6
27	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	≤5
28	5-652	Operative Entfernung des Eierstocks	≤5
29	5-744	Operation bei Einnistung der befruchteten Eizelle außerhalb der Gebärmutter (Extrauterin gravidität)	≤5
30	5-656	Wiederherstellende Operation am Eierstock	≤5

B-[2].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

	Nr. der Ambulanz	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Leistung	Leistungsbezeichnung	Kommentar
1	AM15	Belegarztpraxis am Krankenhaus	Geburtshilfliche und Gynäkologische Facharztpraxis			

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

Ambulante Operationen werden durch die am Krankenhaus tätigen Belegärzte in deren Namen erbracht. Im Rahmen der Leistungserbringung nutzen die Belegärzte die Ressourcen des Krankenhauses.

Anzahl der erbrachten ambulanten Operationen: 340

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

Ambulante D-Arzt-Zulassung: Nein

Stat. BG-Zulassung: Nein

B-[2].11 Apparative Ausstattung

	Apparative Ausstattung	Umgangssprachlich Bezeichnung	Kommentar/ Erläuterung	24h Notfallverfügbarkeit
1	Blutzucker-Messgeräte	Blutzucker-Messgeräte	24 h verfügbar	
2	Monitoreinheiten	Monitoreinheiten	24 h Verfügbar Standorte: Kreißaal OP/ Anästhesie	
3	Reanimationseinheit im Kreißaal	Reanimationseinheit im Kreißaal	24 h verfügbar Sauerstoffgerät/ Defi/ etc.	
4	Ohrthermometer	Ohrthermometer	24 h verfügbar	
5	24h-Blutdruck-Messung	Blutdruck-Messung	24 h verfügbar	
6	72h-Blutzucker-Messung	72h-Blutzucker-Messung		
7	Audiometrie-Labor	Hörtestlabor	Neugeborenen Hörscreening / 24 h Verfügung / ext. QS ab 01.01.2009	
8	Beatmungsgeräte/CPAP-Geräte	Maskenbeatmungsgeräte mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	24 h verfügbar	
9	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen	24 h verfügbar	
10	Gerät zur Kardiotokographie	Gerät zur gleichzeitigen Messung der Herztöne und der Wehentätigkeit (Wehenschreiber)		Ja
11	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtech	24 h verfügbar	
12	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)		Ja
13	Kipptisch	Gerät zur Messung des Verhaltens der Kenngrößen des Blutkreislaufs bei Lageänderung	24 h verfügbar	

	Apparative Ausstattung	Umgangssprachlich Bezeichnung	Kommentar/ Erläuterung	24h Notfallverfügbarkeit
14	Laboranalyseautomaten für Hämatologie, klinische Chemie, Gerinnung und Mikrobiologie	Laborgeräte zur Messung von Blutwerten bei Blutkrankheiten, Stoffwechselleiden, Gerinnungsleiden und Infektionen		Ja
15	Laparoskop	Bauchhöhlenspiege	24 h verfügbar	
16	MIC-Einheit (Minimalinvasive Chirurgie)	Minimal in den Körper eindringende, also gewebeschonende Chirurgie	24 h verfügbar	
17	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät	Röntgengerät/ Durchleuchtungsgerät		Ja
18	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät/ Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/ farbkodierter Ultraschall		Ja
19	Uroflow/Blasendruckmessung	Uroflow/ Blasendruckmessur	24 h verfügbar	

B-[2].12 Personelle Ausstattung

B-[2].12.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) (Vollkräfte): 0 Vollkräfte

Kommentar dazu:

– davon Fachärzte und Fachärztinnen (Vollkräfte): 0 Vollkräfte

Kommentar dazu:

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) (Personen): 2 Personen

Kommentar dazu: Fachärzte

B-[2].12.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe"

	Facharztbezeichnungen	Erläuterungen
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	

B-[2].12.1.2 Zusatzweiterbildung**B-[2].12.2 Pflegepersonal**

	Bezeichnung	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/Erläuterung
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	3 Vollkräfte	3 Jahre	Arbeitszeit 40 Stunden/ Woche
2	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin	4,35 Vollkräfte	3 Jahre	Arbeitszeit 40 Stunden/ Woche
3	Altenpfleger und Altenpflegerinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	
4	Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre	
5	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	1,51 Vollkräfte	1 Jahr	Arbeitszeit 40 Stunden/ Woche
6	Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
7	Entbindungspfleger und Hebammen	3 Personen	3 Jahre	Beleg-Hebammen
8	Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	
9	Arzthelferinnen und Arzthelfer	0,7 Vollkräfte	2 Jahre	Arbeitszeit 40 Stunden/ Woche

B-[2].12.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe" – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	Kommentar/Erläuterung
1	Hygienefachkraft	HDV gesamt Hygienefachkraft
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
3	Pädiatrische Intensivpflege	

B-[2].12.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Frauenheilkunde und Geburtshilfe" – Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen	Kommentar/Erläuterung
1	Kontinenzberatung	interne Schulung
2	Praxisanleitung	
3	Schmerzmanagement	interne Schulung für alle Mitarbeitenden im Pflegedienst

B-[2].12.3 Spezielles therapeutisches Personal

	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar
1	Assistentin mit Sterilisationslehrgang I und II	
2	Arzthelfer und Arzthelferin	
3	Diätassistent und Diätassistentin	Kooperation mit externen Dienstleister
4	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	Kooperation mit externen Dienstleister

C Qualitätssicherung

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

Die von der externen Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V betroffenen Leistungsbereiche werden im Krankenhaus nicht erbracht.

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

nicht zutreffend

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

nicht zutreffend

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

Die von der Mindestmengenvereinbarung betroffenen Leistungsbereiche sind im Berichtsjahr im Krankenhaus nicht erbracht worden.

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

Die von der Strukturqualitätsvereinbarung betroffenen Leistungen werden ausschließlich im Notfall erbracht.

Die von der Strukturqualitätsvereinbarung betroffenen Leistungsbereiche sind im Berichtsjahr im Krankenhaus nicht erbracht worden.

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

D-1.1 Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission

Unser Leitbild hat das Motto „In Verantwortung für den Menschen“. Zentrales Ziel ist der hohe Anspruch diakonischer Qualität und die kompetente Behandlung jedes Patienten. Vier Leitsätze heben besondere Aspekte hervor:

1. Im Mittelpunkt: Menschlichkeit

Wir stellen die uns anvertrauten Menschen in den Mittelpunkt unseres Denkens und Handelns. Im Sinne christlicher Ethik begegnen wir allen mit gleicher Wertschätzung und Nächstenliebe

2. Miteinander für umfassende Qualität und Zufriedenheit

Wir gewährleisten eine dem aktuellen Erkenntnisstand entsprechende medizinische Versorgung und Pflege, qualitativ gesichert und organisatorisch effizient..

3. Mit Qualität und Freundlichkeit gewinnen

Wir sind gegenüber den uns anvertrauten Menschen und ihren Angehörigen freundlich, einfühlsam und respektvoll. Wir gehen auf ihre persönlichen Anliegen ein, wahren ihre Intimsphäre und sind bei vertraulichen Information verschwiegen.

4. Das Team: Kreativ und wirtschaftlich verantwortungsvoll

Als Mitarbeitende tragen wir im Team mit Kreativität, Verbesserungsvorschlägen und Eigenverantwortung dazu bei, dass unsere Leistungen zu den besten zählen. Nur so können wir Menschen für unsere Einrichtungen gewinnen, unser wirtschaftliches Fundament stärken und eine diakonische Zukunft gestalten.

Unsere Unternehmensführung ist in der Tradition des Hessischen Diakonievereins verankert. Die Werte sind verbindlich für jeden Mitarbeitenden und prägen unser diakonisches Profil. Pfarrer Johannes Guyot gründete 1906 mit Freunden den Hessischen Diakonieverein. Sein soziales Engagement führte zu einer Initiative mit dem verpflichtenden Ziel sich für die Zusammengehörigkeit von Verkündung und tätiger Nächstenliebe einzusetzen. Vereinszweck ist diakonisches Handeln an hilfsbedürftigen Menschen. Die Satzung ist - unabhängig von allen zeit- und arbeitsbedingten Veränderungen – bis heute gültig.

Unser Leitbild steht im Zusammenhang der Leitgedanken der Schwesternschaft des Hessischen Diakonievereins e.V. und dem Leitbild des Diakonischen Werks der Evangelischen Kirche in Deutschland.

Das Leitbild wird auf verschiedene Weise kommuniziert. Mit ausführlicher Erläuterung ist es als Broschüre gedruckt und auf unserer Homepage verfügbar.

Alle Mitarbeitenden erhalten das Leitbild mit weiteren Unterlagen im „Starter-Paket“. Das Leitbild und das diakonische Unternehmensprofil wird im Einführungsseminar vom Geschäftsführer vorgestellt, die Umsetzung wird erörtert.

Das jährliche Bildungsprogramm folgt ebenso dem Leitbild. Die unterschiedlichen Seminare sollen die Mitarbeitenden dabei fördern im Sinne des Leitbildes zu handeln.

D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses

Das Qualitätsmanagement ist grundlegender Bestandteil unserer Unternehmensführung. Über die gesetzlichen Anforderungen hinaus haben wir ein hohes eigenes Interesse, eine optimale diakonische Qualität in Strukturen, Prozessen und Ergebnissen zu erreichen.

Ziele und Verantwortlichkeiten für das QM werden davon systematisch abgeleitet. Grundlage ist das Trägerleitbild.

D-1.2.1 Patientenorientierung

Die Patienten stehen im Mittelpunkt unseres Handelns. Oberstes Ziel ist die kompetente auf Selbstbestimmung des Patienten ausgerichtete medizinische und pflegerische Behandlung. Unabhängig von Nationalität, Kultur, Alter und Geschlecht achten wir die Würde jedes Menschen. Wir begegnen jedem Patienten und seinen Angehörigen respektvoll, freundlich und offen. Wir planen, dokumentieren und reflektieren unsere Arbeit. Wir kennen die Gefahr, dass jede Art von Hilfe zu Bevormundung führen kann. Wir versuchen dies zu vermeiden, und wo wir selbst Hilfe benötigen, nehmen wir sie in Anspruch. Fachliche Kompetenz, persönliche Zuwendung sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit sind Grundlagen für die hohe Qualität unserer Arbeit.

Wir beziehen Betroffene und Angehörige in die Behandlung und Pflege mit ein. Der Kontakt zu Angehörigen ist uns insbesondere bei Menschen wichtig, die aufgrund des Gesundheitszustandes ihre Interessen nicht mehr selbst wahrnehmen können. Wir schaffen ein Vertrauensverhältnis durch umfassende Information und Aufklärung.

D-1.2.2 Verantwortung und Führung

Als diakonisches Unternehmen haben wir einen Anspruch, der über rein medizinisch-pflegerische Versorgung hinaus geht.

Unsere Führungsgrundsätze orientieren sich an dem Leitsatz des Hessischen Diakonievereins 1. Korinther 12.4: "Es gibt verschiedene Aufgaben, aber nur einen Geist".

Die Führung folgt diesem - auf gegenseitige Achtung - ausgerichteten Grundprinzip. Die unternehmensinterne transparente Kommunikation über angestrebte Ziele ermöglicht die Umsetzung zentraler Sinn- und Wertvorstellungen.

Als Vorgesetzte sind wir Vorbild. Wir arbeiten im Team respektvoll und mit wechselseitiger Anerkennung. Als Verantwortliche setzen wir uns für optimale Arbeitsbedingungen ein, damit Mitarbeitende ihr Engagement, ihre diakonischen und fachlichen Fähigkeiten weiter entwickeln und ihre Aufgaben erfüllen können.

Im Sinne eines zeitnahen Controllings findet monatlich eine Krankenhaus-Leitungskonferenz statt. Mit den nachgeordneten Mitarbeitenden finden in jedem Arbeitsbereich regelhaft implementierte Besprechungen statt, damit diese in das Informations- und Berichtswesen eingebunden sind.

D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung

Teamarbeit ist uns wichtig. Wir streben eine Teamorganisation an, in der jede und jeder – gleich, ob ehrenamtlich oder entgeltlich, seine Verantwortung im Gesamtzusammenhang des Unternehmens wahrnehmen kann. Gegenseitiger Respekt und Anerkennung zeichnet die Zusammenarbeit aus. Mitarbeitenden wird es ermöglicht ihre fachliche und diakonische Kompetenz durch zielorientierte Aus-, Fort- und Weiterbildung zu entwickeln. Sie werden bei Projekten und Arbeitsgruppen aktiv eingebunden. Darüber hinaus setzt sich die Mitarbeitervertretung für die Belange der Mitarbeitenden ein.

D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit

Unser ökonomisches Handeln folgt den Zielen Nachhaltigkeit und Effizienz. Die Unternehmensführung ist ressourcenorientiert und für Geschäftspartner transparent. Sie geht kostenbewusst und ökologisch verantwortlich mit den zur Verfügung stehenden Mitteln um.

Um die ständig steigenden Anforderungen zu bewältigen, ist Lern- und Leistungsbereitschaft von allen notwendig. Als lernende Organisation passen wir unsere inneren Steuerungsinstrumente flexibel und zielgerichtet an neue Herausforderungen und Entwicklungen an. Dafür verwenden wir moderne Methoden der Unternehmensführung und nutzen die neueste Technik, um Mitarbeitende zu entlasten. Bei den dezentral gelegenen Standorten realisieren wir Synergieeffekte durch eine effiziente Vernetzungs-Strategie, die auch weiterführende Vergleiche (Benchmarking) ermöglicht.

D-1.2.5 Prozessorientierung

Die optimale Behandlung unserer Patienten steht im Blickpunkt unseres Tuns. Sämtliche Prozesse werden kontinuierlich verbessert.

Die Prozesse werden in dem standardisierten Verfahren (PDCA) erfasst, analysiert und evaluiert. Mögliche Verbesserungen werden zeitnah focusiert. Ihre Umsetzung wird durch Information, Einweisung der Mitarbeitenden, begleitende Schulungen und durch Qualitätskontrollen sichergestellt. Die Abteilung Qualitätsmanagement unterstützt das Krankenhaus bei der Optimierung von Prozessen.

D-1.2.6 Zielorientierung und Flexibilität

Die Zielplanung dient als Richtungs- und Orientierungshilfe um Prioritäten zu setzen, und die Vorgehensweise bei den anstehenden Aufgaben und Entscheidungen festzulegen.

Flexibilität ist erforderlich, um neue medizinische Erkenntnisse oder Gesetze zu berücksichtigen oder Behandlungsabläufe auf die individuelle Bedürfnislage der Patienten abstimmen zu können. Zielvorgaben und Maßnahmen werden transparent kommuniziert. Durch das systematische Berichtswesen erfolgt eine stetige Überprüfung der Planung.

D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

Fehlervermeidung ist oberstes Gebot.

Systematische Kontrollen finden statt. Bei Abweichungen findet eine gezielte Bearbeitung statt.

Ein standardisiertes Meldeverfahren für Fehler oder Beinahe-Vorkommnisse ist eingeführt. Verantwortliche sind gehalten, die Fehler und Auffälligkeiten zu verfolgen, weiterzuleiten und Konsequenzen zu veranlassen. Mit den Verantwortlichen werden Maßnahmen zur Mängelbeseitigung und zukünftigen Fehlervermeidung festgelegt. Eine Überprüfung der Umsetzung erfolgt. Einbezogen in das Fehlermanagement werden die internen sowie externen Qualitätskontrollen, die Rückmeldungen aus der kontinuierlichen Patientenbefragung und aus der Befragung der Mitarbeitenden.

D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Wir arbeiten gemäß der Methode des Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Alle Abläufe werden in einer definierten Vorgehensweise, dem PDCA - Prinzip, bearbeitet und weiterentwickelt:

- P = Planen, Ziel definieren, Problem beschreiben, Sammeln von Informationen, Analyse, Lösungsideen zusammentragen und entscheiden
- D = Durchführung von Maßnahmen, d.h. die Planung umsetzen und dokumentieren
- C = Check, Erfolg prüfen
- A = Ableiten von Verbesserungen

D-1.3 Umsetzung / Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z.B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit).

Maßnahmen und Projekte werden im Rahmen der internen und externen Kommunikation auf unterschiedliche Weise vermittelt, z.B.:

- in regelhaft implementierten Konferenzen
- Öffentlichkeitsarbeit: Gesundheitsforen, Präsentation innovativer Angebote, Patientenakademie mit Forumsveranstaltungen, Einzelberatung und Vortragsveranstaltungen
- Informations-Newsletter für niedergelassene Ärzte
- in der Krankenhaus-Broschüre und Informationsflyern
- auf unserer Homepage
- im Info-Brief: Notizen aus dem HDV
- in der Tages- und Fachpresse.

Der internen Kommunikation dient der HDV weite Schwesternbrief.

D-2 Qualitätsziele

D-2.1 strategische/ operative Ziele

Folgende strategische Ziele sind vom Träger grundlegend definiert:

- Ethisches Handeln im Sinne des diakonischen Auftrags
- Qualifizierte Behandlung
- Wirksamkeit der Maßnahmen
- Kontinuierliche Optimierung der Qualität
- Sicherheit für Patienten und Arbeitssicherheit für Mitarbeitende
- Wirtschaftliches Handeln und kontinuierliche Optimierung der Prozesse

Die Gesamtzielplanung der Geschäftsführung umfasst alle Kernarbeitsbereiche. Die permanent erhobenen Leistungsindikatoren, Kennzahlen und Daten werden durch spezielle Bereiche -wie Controlling, medizinisches Controlling und Qualitätsmanagement - erfasst und ausgewertet. Dies ermöglicht eine ständige Zielerreichungskontrolle. Die erhobenen Daten werden in regelmäßigen Arbeitssitzungen mit der Geschäftsführung und mit den Verantwortlichen evaluiert.

D-2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung

Die Abteilungen Controlling, Medizinisches Controlling und Qualitätsmanagement erstellen systematisch strukturierte Reports und stellen diese den Verantwortlichen zur Verfügung. Kennzahlen sind im Vorfeld erarbeitet und mit den Verantwortlichen abgestimmt. In monatlichen Konferenzen werden die Ergebnisse mit den festgelegten Planwerten verglichen. Abweichungen werden erörtert und Maßnahmen festgelegt.

Im Rahmen der internen und externen Qualitätssicherung geben Daten und Kennzahlen Auskunft über den Zielerreichungsgrad, z.B. die Dokumentationsrate, die statistischen Messgrößen, die prozentuale Zielerreichung in der Gegenüberstellung zum Vorjahr und zu anderen Vergleichskrankenhäusern.

Ergänzend werden qualitative Erhebungen durchgeführt, wie z.B. Befragungen zur Patienten-zufriedenheit, Hygienekontrollen, Dokumentationsprüfungen, etc.
Ein besondere Aufmerksamkeit gilt der Krankenhaushygiene insbesondere dem Wund-management bzw. der Wundprophylaxe.

D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung

Ziele und Zielerreichung werden von der Geschäftsführung und den verantwortlichen Mitarbeitenden regelmäßig kommuniziert. In regelmäßigen QM – Sitzungen wird mit der Geschäftsführung die Entwicklung der Zielerreichung evaluiert. Bei Abweichungen werden Ursachen analysiert. Maßnahmen zur Verbesserung der internen und externen Qualitätssicherung werden festgelegt.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Der Aufbau des Qualitätsmanagements ist auf allen Organisationsebenen detailliert geregelt. Verantwortlichkeiten sind festgelegt. Jeder Mitarbeitende ist zur Qualitätsarbeit verpflichtet. Die leitenden Mitarbeitenden sind für die Umsetzung des Qualitätsmanagements in ihren Bereichen verantwortlich:

in der HDV gemeinnützigen GmbH:

- **Geschäftsführung**

in der Klinik:

- **Krankenhaus-Direktorium:** Ärztlicher Direktor, Pflegedienstleiterin, Verwaltungsleiterin

Verantwortliche Stellen / Beauftragte/ Abteilungen:

Leiterin QM	Die Leiterin QM ist als Stabstelle der Geschäftsführung zugeordnet. Sie pflegt die Zusammenarbeit mit den Führungskräften sowie den bestehenden Kommissionen. Hauptaufgaben sind: Unterstützung der Geschäftsführung bei der Qualitätsplanung, Leitung des Qualitätsmanagements, Weiterentwicklung des Qualitätssicherungssystems, Unterstützung der Mitarbeitenden bei der Umsetzung des QM-Systems, Beratung und Unterstützung bei qualitätsrelevanten Arbeitsvorhaben, Initiierung, Koordinierung und Leitung von Projekten, Führung der QM-Leitungsarbeitsgruppe, Leitung der Arbeitsgruppe Externe Qualitätssicherung, Berichterstattung gegenüber der Geschäftsführung und dem KH-Direktorium, QM-Maßnahmen im Rahmen der internen und externen Qualitätssicherung, Durchführung von Qualitätsprüfungen und Audits, Beratung der Abteilungen in Qualitätsfragen, Bearbeitung und Auswertung des Beschwerdemanagements, Festlegung und Koordinierung des Risiko- und Fehlermeldeverfahren im Rahmen der gesetzlichen und internen Vorgaben, Erstellung von QM - Handbüchern, Konzepten, Leitlinien, Formularen, Erstellung des strukturierten Qualitätsberichts gem. § 137 SGB V Koordination und Erstellung des Bildungsprogramms, Durchführung von Schulungen.
QM-Beauftragte	Die Qualitätsmanagement-Beauftragte ist als Stabstelle dem Krankenhausdirektorium zugeordnet. Sie unterstützt die QM - Maßnahmen durch systematische Planung, Durchführung und Kontrolle. Dienstvorgesetzter der Qualitätsmanagement-Beauftragten innerhalb des Krankenhausdirektoriums ist die Pflegedienstleitung, Fachvorgesetzte die Leiterin Qualitätsmanagement.
Prozess- Verantwortliche	Beauftragte Mitarbeitende nehmen eine verantwortliche Vermittlungsfunktion wahr. Sie stehen direkt im Austausch mit den Kollegen. Sie informieren, schulen die Handlungsanweisungen, überprüfen ggf. Schwachstellen und leiten Schritte der Verbesserung ein.
Datenschutz- Beauftragte	Die Datenschutzbeauftragte ist zuständig für interne Regelungen zur Einhaltung des Bundesdatenschutzgesetz sowie des Datenschutzgesetz der Evangelischen Kirche in Deutschland (DSG-EKD)
Hygiene- verantwortlicher Arzt	Er ist verantwortlich für die Einhaltung der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention.
Hygienebeauftragte	Die Hygienefachkraft ist von der Geschäftsführung beauftragt, die Krankenhaushygiene und die Infektionsprävention sicher zustellen. Sie begleitet

die Hygienekommission, führt Kontrollen durch, leitet hygienerelevante Daten an die externen Behörden weiter. Sie führt die Kommunikation mit den Gesundheitsämtern. Sie arbeitet mit dem vom Träger extern beauftragten Hygieneinstitut zusammen. Das Hygieneinstitut führt regelmäßige Prüfungen durch. Die Ergebnisse werden der Hygienefachkraft und der Geschäftsführung übermittelt. Sie schult die Mitarbeitenden zum Thema Hygiene.

Medizinisches Controlling	Neben den Kernaufgaben im Medizinischen Controlling nimmt die Abteilung die Koordinierung der gesetzlich verpflichtenden externen Qualitätssicherungsverfahren wahr.
---------------------------	--

Verantwortliche Stellen / Beauftragte/ Abteilungen:

Sicherheitsbeauftragte für Brand- und Katastrophenschutz	Die Fachkraft für Arbeitssicherheit ist beauftragt von der Geschäftsführung. Sie überwacht die Umsetzung des Brand- und Katastrophenschutz, beobachtet die betrieblichen Abläufe berät und informiert. Sie führt monatlich sicherheitstechnische Begehungen und führt Gefahrstoffschulungen durch. Sie achtet auf die Vorhaltung der Sicherheitsdatenblätter zum Gesundheitsschutz der Mitarbeitenden, führt die Belehrungen der Mitarbeitenden durch, aktualisiert den Brand- und Katastrophenschutzplan und wird dabei unterstützt durch einen von der Geschäftsführung Beauftragten für die interne Koordinierung.
--	---

Gefahrgutbeauftragte	Von der Geschäftsführung beauftragt - koordiniert er die Überwachung und Sicherheit im Umgang mit Gefahrgut, z.B. infektiöser Abfall. Er führt die Personalschulungen durch.
----------------------	--

Sicherheitsbeauftragte In den einzelnen Arbeitsbereichen des Krankenhauses	Die Sicherheitsbeauftragten unterstützen die Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes; sie sorgen dafür, dass Schutzvorrichtungen und –ausrüstungen vorhanden sind und weisen Kollegen auf sicherheits- oder gesundheitswidriges Verhalten hin. Sie geben Hinweise und Empfehlungen zur sicheren Gestaltung von Arbeitsabläufen und -bereichen.
--	--

Die Verantwortlichkeiten gemäß der Strahlenschutzverordnung/ StrlSchV sind festgelegt:

Strahlenschutz verantwortlicher	Gesamtverantwortung im Rahmen der Strahlenschutzverordnung
---------------------------------	--

Strahlenschutz-bevolln	Überwachung des Qualitätssicherungs-Systems
------------------------	---

Strahlenschutz-beauftr	Anwender mit spezieller Schulung und Ernennung
------------------------	--

Zur Umsetzung des Medizinproduktegesetzes /MPG und der Medizin-betreiberverordnung sind die Verantwortlichkeiten klar geregelt. In jedem Anwendungsbereich liegt ein MPG - QM - Handbuch vor. Schulungen finden regelmäßig statt. Von der Geschäftsführung ist ein zentraler MPG-Bevollmächtigter beauftragt, dieser koordiniert die Umsetzung des Medizinproduktegesetzes. Die Umsetzung wird gemäß der jeweiligen Prüfvorgabe durch interne Qualitätskontrollen und durch eine extern beauftragte Firma sichergestellt. Folgende Zuständigkeiten festgelegt:

Medizinprodukte-veran	Gesamtverantwortung im Krankenhaus im Rahmen des Medizinproduktegesetz
-----------------------	--

Medizinprodukt-Bevolln	Überwachung und Koordinierung des Qualitätssicherungs-Systems
------------------------	---

MPG-Einweisungs-bez	Ernannte Mitarbeitende mit Einweisungsauftrag nach spezieller Schulung
---------------------	--

Kommissionen:

Ethik-Komitee	Gemäß der Ordnung des Komitees für Seelsorge und Ethik hat das Komitee verschiedene Aufgaben. Beispielsweise berät es zu ethischen Fragen und Grenzsituationen. Dabei ist es sowohl für Patienten und Angehörige als auch für Mitarbeitende Ansprechpartner. Ziele sind die Entwicklung von praxisnahen Konzepten und Empfehlungen. Die Auseinandersetzung erfolgt im Wissen, dass die Entscheidungsfindung in Grenzsituationen, in der Verantwortung des behandelnden Arztes bleibt. Bei Bedarf werden externe Experten hinzugezogen. 2008 wurde schwerpunktmäßig das Thema Palliativbehandlung bearbeitet.
Arbeitssicherheit K.	Aufgabe ist die Umsetzung der Unfallverhütungsvorschriften, der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes
Arzneimittel-K.	Grundlage ist die Apothekenbetriebsverordnung. Die Arzneimittelliste wird aktuell fortgeschrieben. Leitlinien werden erstellt. Ergebnisse und Konsequenzen der Apothekenbegehung werden bearbeitet.
Hygiene-K.	Ziel ist die Umsetzung der Richtlinie zur Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Das Hygiene-Handbuch, Hygienerichtlinien, Hygieneplan, Desinfektionsmittelplan und weitere hygienerelevante Themen werden systematisch bearbeitet. Leiter der Hygienekommission ist der Hygieneverantwortliche Arzt in Kooperation mit der zentralen Hygienefachkraft.

Arbeitskreise/ Projektgruppen:

QM-L_AG	Mitwirkende: QM-Beauftragte der Krankenhäuser im HDV, ggf. Experten zu bestimmten Themen. Ziel: Qualitätsentwicklung und –sicherung. Themen und Abläufe werden systematisch besprochen und analysiert. Konzepte und Verfahrensweisen zur Verbesserung werden entwickelt.
Projekt-Arbeitsgruppen	Im Rahmen von Projekten finden Arbeitsgruppen/ AG statt, z.B. Labor-QM-AG, Zentrale Sterilgut-Versorgungs-QM-AG
Arbeitsgruppen	Themenbezogene interne und externe Qualitätsarbeitskreise
Arbeitsgruppe – Externe Qualitätssicherung	Diese besteht aus einem disziplinübergreifenden Team der Chefärzte, Mitarbeiter der Pflege und QM. Die Ergebnisse der externen vergleichenden Qualitätssicherung werden systematisch ausgewertet. Verbesserungen werden abgeleitet. Moderation, Protokoll und Auswertungsbericht erfolgt durch die QM - Leiterin. Der Bericht wird der Geschäftsführung zugestellt.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Im Qualitätsmanagement werden unterschiedliche Instrumente eingesetzt, beispielsweise:

Internes Melde- und Kontrollsystem:

Die Mitarbeitenden im Pflegedienst erheben bei Patienten systematisch mögliche Risiken, z.B. Mangelernährung, Flüssigkeitsmangel, Dekubitus-, Sturzgefahr. Anhand von standardisierten Risikoerhebungen wird die Gefährdungslage bewertet. Maßnahmen werden gezielt eingeleitet. Darüber hinaus wird die Pflegedienstleitung - im Fall von Risiken und Problemen - durch eine Mitteilung über die "Besonderheiten in der Pflege" informiert. Die Pflegedienstleitung verfolgt die Umsetzung der Maßnahmen, z.B. durch eine Pflegevisite oder durch Berichterstattung der Stationsleitungen.

Instrumente im Rahmen der Dekubitusprophylaxe in der Pflege:

Die Mitarbeitenden erheben anhand der sogenannten Bradenskala, ob die Patienten gefährdet sind. Bei Risiko erfolgen gezielte Maßnahmen, die dokumentiert werden. Im Sinne eines Frühwarnsystems wird die Pflegedienstleitung informiert.

Falls Unterstützungsbedarf erforderlich ist, wird sie direkt einbezogen. Bei Wunden/ Dekubitus, wird der Arzt informiert. Unverzüglich erfolgt die schriftliche Meldung an die Pflegedienstleitung. Bedarfsbezogen und stichprobenmäßig führt die Pflegedienstleitung eine Pflegevisite durch. Die Qualität wird durch Audits überprüft (Audit = Anhörung). Dabei werden Mitarbeitende gezielt nach dem Pflegeprozess befragt. Die Durchführung wird kontrolliert und bewertet.

Instrument zur Sturzprophylaxe in der Pflege:

Bei Aufnahme der Patienten wird im Rahmen der Pflege-Anamnese das Sturzrisiko überprüft. Maßnahmen zur Verhinderung eines Sturzes werden darüber hinaus im Laufe des Pflegeprozesses durchgeführt. Falls weitere Interventionen erforderlich sind, werden diese eingeleitet. Im Fall eines Sturzes wird der Arzt informiert und es erfolgt eine Meldung an die Pflegedienstleitung. Diese führt ggf. eine Pflegevisite durch.

Entlassungsmanagement in der Pflege:

Falls ein Patient nach Entlassung weiterer Pflege bedarf, erfolgen pflegerische Interventionen, wie Beratung und Erstellung eines Entlassungsbericht "Pflege" sowie einer Pflegeüberleitung in standardisierter Form. Diese Pflegeüberleitung ist mit den umliegenden Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten und niedergelassenen Ärzten abgestimmt.

Beschwerdemanagement:

Beschwerden von Patienten und deren Angehörigen werden nach einem festgelegten Verfahren systematisch bearbeitet. Mündliche Beschwerden werden mit Zustimmung der Patienten und deren Angehörigen auf einem Beschwerdeformular dokumentiert und an die zuständige Leitung weitergegeben. Sie werden hinsichtlich der Verantwortlichkeit und Ursachen analysiert. Es erfolgt eine direkte Bearbeitung, damit etwaige Mängel behoben werden. Darüber hinaus wird die Kritik an das Krankenhausdirektorium weitergeleitet, dort bearbeitet und verfolgt. Eine Erfolgskontrolle der Beschwerdebearbeitung findet statt.

Fehler- und Risikomanagement:

Ein gezieltes Risikomanagement findet statt. Fehler und Beinah-Vorkommnisse werden an die vom Träger benannten Verantwortlichen gemeldet.

Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen:

Fallbesprechungen hinsichtlich Erkrankung (Morbidität) und Tod (Mortalität) werden von den Chefarzten im Rahmen von ärztlichen Konferenzen durchgeführt. Einzelfallanalysen finden statt.

Patienten-Befragungen:

Eine kontinuierliche Patientenbefragung findet anonym statt. Jeder Patient erhält bei Aufnahme ein Formular zur Zufriedenheitsbewertung. Die Rückmeldung erfolgt freiwillig und anonym. Das QM wertet die eingehenden Rückmeldefomulare aus. Durch die Berichterstattung an das Krankenhausdirektorium fließen Verbesserungsvorschläge in die QM - Arbeit mit ein.

Darüber hinaus findet eine – extern begleitete mündliche Befragung - der Patienten zur Zufriedenheit der Speise- und Getränkeversorgung statt.

Einweiser-Befragungen:

Eine Einweiserbefragung ermöglicht Rückschlüsse auf die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen der Einrichtung und einweisenden Ärzten. Ziel ist es, die Kontinuität der Behandlung für die Patienten vor, während und nach der Entlassung zu fördern.

Maßnahmen zur Patienten-Information und -Aufklärung:

Informationen sind für Patienten, Angehörige und ggf. Bezugspersonen von entscheidender Bedeutung, damit sie am Behandlungsprozess mitwirken können. Autonomie wird so gewahrt. Aufklärungs-, Anleite- und Beratungsgespräche bei vorliegenden Risiken dienen dazu, dass der Patient seine eigenen Entscheidungen fachkundiger treffen kann. Bei Fachfragen, z.B. in Betreuungsangelegenheiten, besteht die Möglichkeit der Hinzuziehung von Fachexperten und externen Dienstleistern.

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit finden Informationsveranstaltungen für Interessierte statt. Fragen können direkt eingebracht werden. Es besteht die Möglichkeit des Austauschs. Die Themen werden entsprechend den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen dargestellt.

Wartezeitenmanagement:

Wartezeitmanagement erfolgt im Rahmen der stationären Behandlung, insbesondere im Aufnahme und OP-Bereich. Darüber hinaus werden die Liegedauer vor Operationen im Rahmen des medizinischen Controllings erfasst und ausgewertet. Maßnahmen zur Verkürzung der präoperativen Liegezeit werden entwickelt.

Hygienemanagement:

Ziel ist die Sicherstellung der Hygienevorschriften und der Infektionsprävention und die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben, wie das Infektionsschutzgesetz und weitere hygienerelevante Richtlinien. Dies gilt insbesondere unter dem Aspekt von MRSA.

Organisation:

Das Hygienemanagement wird geleitet durch die zentrale Hygienefachkraft. Sie arbeitet zusammen mit dem Hygieneverantwortlichen Arzt und den Mitgliedern der Hygienekommission innerhalb der Einrichtung. Das beauftragte Hygiene - Institut und ein externer Hygienefacharzt sind für die externe Qualitätssicherung zuständig. Instrumente:

- Regelmäßige Kontrollen und Untersuchungen
- Erstellung von Prüfberichten an die Verantwortlichen
- Statistische Auswertungen
- Schulungen der Mitarbeitenden
- Hygienekommissionssitzungen, in vierteljährlichen Abständen. Ein Protokoll wird von jeder Sitzung erstellt. Die Abteilungen werden in schriftlicher Form informiert.
- für Mitarbeitende werden regelmäßig die Handlungsanweisungen aktualisiert.
- Fortschreiben der Hygieneunterlagen. Für das Krankenhaus ist ein Hygiene-Handbuch erstellt, dass auf allen Stationen und Funktionsabteilungen vorhanden ist.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Projekt: Schmerztherapie

Hintergrund des Projekts:

Die standardisierte Dokumentation der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie (DGS) ermöglicht dem Patienten eine fortlaufende differenzierte Schmerzeinschätzung. Der Nationale Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“ legt die Anforderungen des Schmerzmanagements fest.

Ausmaß des Projekts:

Die Anforderungen an die Schmerztherapie sind umfangreich und interdisziplinär zu bearbeiten, damit die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität optimal ist.

Zielformulierung

- Umsetzung eines standardisierten Behandlungsverfahrens mit Nutzung der Fragebögen und Schmerztagebücher der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie.
- Die Behandlung wird auf die Schmerzeinschätzung des Patienten abgestimmt.
- Die Wirksamkeit der Schmerztherapie wird fortlaufend überwacht.

Maßnahmen und deren Umsetzung:

- Entwicklung und Umsetzung des standardisierten Behandlungsverfahrens mit Anpassung der Formulare sowie Einführung des Schmerztagebuchs der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie (DGS)
- systematische Schulung der Mitarbeitenden, damit das standardisierte Behandlungsverfahren sichergestellt und folgende Punkte beachtet werden:
 - Einweisung des Patienten in die standardisierte Schmerzerhebung
 - Der Patient wird bei Aufnahme, in jeder Schicht sowie bei Entlassung nach seinen Schmerzen befragt
 - Zweimal täglich stattfindende Schmerzvisiten bei Schmerz-Katheterbehandlung
- Regelmäßige Schulung der Mitarbeitenden zum Thema Schmerz

Evaluation der Zielerreichung

Das standardisierte Behandlungsverfahren wurde in einer Arbeitsgruppe entwickelt. Die Schulungen der Mitarbeitenden fanden statt.

Projekt: Teilnahme an der Aufklärungskampagne /“so schläft Ihr Baby am sichersten“

Hintergrund des Projekts:

2008 entstand die Selbsthilfeorganisation „Gemeinsame Elterninitiative Plötzlicher Säuglingstod“ (GEPS) Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Saarland e. V. durch Verschmelzung der bisher eigenständigen Landesverbände Rheinland-Pfalz/Saarland und Baden-Württemberg. Ziel der Kampagne ist die umfassende präventive Aufklärung zur Vermeidung des plötzlichen Kindstods.

Ausmaß des Projekts:

Der Sicherheit für Säuglinge wurde bereits in der Klinik durch umfangreiche Maßnahmen umgesetzt, wie spezielle Kleidung, Decken, Sauger, etc. Die Anleitung der Mütter/ Eltern erfolgte bereits von geschulten Mitarbeitenden.

Zielformulierung:

Umfassende Information über die Problematik und die Risiken des Plötzlichen Säuglingstodes mit Nutzung der vom Ministerium in Rheinland-Pfalz bereitgestellten Broschüren

Maßnahmen und deren Umsetzung:

- Organisation von Aufklärungsmaterialien und der Broschüre „so schläft ihr Baby am sichersten“.
- Schulung aller Mitarbeitenden

Evaluation:

Das Aufklärungsangebot wurde von den Müttern/ Eltern angenommen. In der kontinuierlichen Patientenbefragung wurde rückgemeldet, dass die Beratung und die eingesetzten Aufklärungsbroschüren sehr hilfreich sind.

QM- Projekt: Labor II

Aktualisierung des Qualitätssicherungs-Systems im Labor gemäß RiliBÄK 04/ 2008

Hintergrund des Projekts:

Seit 01.04.2008 ist die neue Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiliBÄK) in Kraft getreten.

Ist- Analyse:

Die neue RiliBÄK beinhaltet neue Anforderungen an die Qualitätssicherung aller labormedizinischen Untersuchungen. Die Umsetzung ist durch die Bundesärztekammer stufenweise vorgesehen. Bei Abgleich der Anforderungen wurde festgestellt, dass die durchgeführten externen Ringversuche bereits der neuen RiliBäk entsprachen.

Ziele

Aktualisierung des Qualitätssicherungs-Systems im Labor gemäß RiliBÄK 04/ 2008

Maßnahmen und deren Umsetzung:

- Qualifizierung der Mitarbeitenden durch Teilnahme an externen Fortbildungen
- Organisation und Durchführung von internen Schulungen
- Erstellung eines Projektplans des QS-Systems gemäß RiliBÄK 04/ 2008
- Erarbeitung des QM-Handbuchs gemäß der RiliBÄK in der QM-LaborArbeitsgruppe mit externer Beratung und Begleitung durch die QM-Leitung.

Evaluation der Zielerreichung:

Die festgelegten Schritte wurden in 2008 eingehalten. Die Ergebnisse wurden durch die QM-Leitung evaluiert.

Projekt: QS-Sicherungssystem in der Zentrale Sterilgut-Versorgung / ZSVA

Hintergrund des Projekts:

Das dritte Medizinprodukte - Änderungsgesetz ist seit Ende 2007 in Kraft getreten. Damit sind weitere Regelungen und Vorschriften zur hygienischen Aufbereitung von Medizinprodukten verbunden. Das Qualitätssicherungs-Systems in der Klinik ist anzupassen.

Ist- Analyse:

- Die Qualifizierung der Mitarbeitenden durch die Teilnahme an externen Lehrgängen, je nach Aufgabe Sterilisationslehrgang I–III, war bereits umgesetzt. Für noch nicht geschulte Mitarbeitende lag eine Weiterbildungsplanung von der Pflegedienstleitung vor.
- Arbeitsanweisungen lagen vor und die Mitarbeitenden waren bereits eingewiesen.
- Das QM - Handbuch der ZSVA fehlte.

Ziel:

Erarbeitung des QM-Handbuchs für die Zentralen-Sterilgut-Versorgung

Maßnahmen und deren Umsetzung:

- Erstellung eines Maßnahmenkatalogs mit den Verantwortlichen
- Entwicklung des ZSVA-QM-Handbuchs mit Aktualisierung der Arbeitsanweisungen in der QM-ZSVA-Arbeitsgruppe
- Anpassung der internen und externen Kontrollen
- Einweisung der Mitarbeitenden in das Qualitätssicherungs-System

Evaluation der Zielerreichung:

Interne und externe Hygienekontrollen fanden statt. Die für 2008 festgelegten Maßnahmen wurden laut Plan umgesetzt.

QM- Projekt: Teilnahme an der „Aktion saubere Hände“ im Rahmen eines QM-Projektes

Hintergrund des Projekts:

Das Bundesgesundheitsministerium hat zur „Aktion saubere Hände“ aufgerufen. Ziel dieser Aktion ist es, die Maßnahmen der Händedesinfektion in deutschen Krankenhäusern deutlich und nachhaltig zu verbessern. Das Aktionsprogramm ist in mehreren Schritten aufgebaut.

Ist- Analyse:

Der Händehygiene wurde in unseren Kliniken schon immer eine große Bedeutung beigemessen. Gezielte Maßnahmen wurden durchgeführt, wie z.B.:

1. Fortbildungen und Unterweisungen
2. Aushänge in den Arbeitsbereichen zur Durchführung der Händedesinfektion
3. Beschreibungen zur Durchführung der Maßnahmen im Hygiene-Handbuch
4. Dienstanweisung für alle Mitarbeitenden zur Personalhygiene und zum äußeren Erscheinungsbild - seit 2000
5. Hygiene-Kontrollen in den Arbeitsbereichen

Ziele:

- Einhaltung der korrekten Händedesinfektion
- Die Wichtigkeit der Händedesinfektion wird von den Mitarbeitenden beachtet

Maßnahmen und deren Umsetzung:

Die Teilnahme und der Umfang der Maßnahmen wurden mit der Geschäftsführung festgelegt:

- Durchführung eines Aktionstages im Krankenhaus. Im Eingangsbereich wurde ein Infostand eingerichtet. Alle Mitarbeitenden, interessierte Patienten und Besucher konnten sich in dieser Zeit bei der Hygienefachkraft und einem Mitarbeitenden des Desinfektionsmittelherstellers über den korrekten Durchführung der Händedesinfektion und Hautpflege informieren. Die Wirksamkeit der sachgemäßen Händedesinfektion wurde mittels UV-Lampe demonstriert

Evaluation der Zielerreichung:

Die festgelegten Maßnahmen wurden erfolgreich umgesetzt. Der Aktionstag fand wie geplant statt. Viele Mitarbeitende nahmen teil. Das Projekt wurde in der Tagespresse veröffentlicht.

Projekt: Mutter-Kind-Dokumentation

Hintergrund des Projekts:

Im Rahmen der internen und externen Qualitätssicherung nimmt die zu dokumentierende Datenmenge zu. Die Dokumentation ist gesetzlich notwendig, bindet die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitenden zeitlich ein.

Ist- Analyse:

Die integrierte Wochenbettpflege wurde bereits teamübergreifend umgesetzt.
Die Dokumentation erfolgte auf zwei getrennten Kurvenblättern.

Ziel:

- Zusammenfassung der Dokumentation auf einem Mutter-Kind-Formular
- Schnelle Übersicht über relevante Daten
- Vereinfachung der Schreibearbeit durch Checklisten, um die QS- und Leistungsrelevante
- Dokumentation sicherzustellen

Maßnahmen:

- Formularentwicklung im Rahmen eines HDV-übergreifenden QM-Geburtshilfe-Projekts
- Schulung der Mitarbeitenden in das Formular
- Überprüfung der Umsetzung

Projekt – Thema: Neugeborenen Hörscreening

Hintergrund des Projekts:

Das Hörscreening setzt ein Projekt der Landesregierung um, nach dem ein universelles, qualitätsgesichertes Neugeborenen – Hörscreening für eine flächendeckende Früherkennung und –versorgung von hörgeschädigten Neugeborenen, orientierend am medizinischen Fortschritt durchgeführt werden soll.

Unsere Klinik nahm bereits an dem Programm teil und ist in die zentrale Programmstruktur mit eingebunden.

Ausmaß des Problems:

Bis jetzt nahm unsere Klinik aufgrund fehlender Geräteausstattung nur an einer von 2 möglichen Messungen teil.

Zielformulierung

Unser Ziel ist es, eine möglichst frühe Erkennung und Behandlung konnataler Hörschäden, vor Abschluss der sensiblen Reifungsphasen der Hörbahn, zu unterstützen und eine optimale, qualitätsgesicherte Früherkennung bei allen Neugeborenen durchzuführen.

Maßnahmen und deren Umsetzung

Gemeinsam mit dem Leiter des Hörscreening – Zentrums wurde die Anschaffung einer neuen Meßsonde geplant.

Das gesamte am Screening beteiligte Personal wurde in einer 16 – stündigen Schulung umfassend fortgebildet.

Evaluation der Zielerreichung

Seit Inbetriebnahme der neuen Meßsonde nimmt die Klinik erfolgreich komplett am qualitätsgesicherten Hörscreening teil.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Die Bewertung des Qualitätsmanagements richtet sich nach den verschiedenen Aspekten, z.B.:

Bewertung des Behandlungsprozesses durch Patienten

Mittels eines Patientenbefragungsbogens wird ein kontinuierlicher Rücklauf der Zufriedenheit erhoben. Die Prinzipien Freiwilligkeit und Anonymität werden dabei gewahrt. Die Rückmeldungen werden vom QM ausgewertet und dem Krankenhausdirektorium zur weiteren Bearbeitung übermittelt. Optimierungsvorschläge werden im Bedarfsfall abgeleitet und in die Zielplanung des QM's eingebunden. Dieser Informationsfluss fördert die kontinuierliche Qualitätsverbesserung. Die Geschäftsführung erhält rückwirkend eine Jahresauswertung.

Management- und die Entwicklungsbewertung, erfolgt durch die Geschäftsführung an die übergeordnete Instanz die Gesellschafterversammlung der HDV gemeinnützigen GmbH. Die Umsetzung der Unternehmens- und Qualitätspolitik wird reflektiert und bewertet. Ergebnisse werden mit den festgelegten Zielsetzungen verglichen.

Bei Abweichungen werden Verbesserungspotentiale gesucht, Maßnahmen geplant und veranlasst. Die Durchführung wird von der Geschäftsführung überprüft.

Darüber hinaus finden interne Selbstbewertungen statt, z.B. folgende:

Arbeitssicherheit für Mitarbeitende:

Der externe Sicherheitsbeauftragte überprüft in festgelegten Abständen die Einrichtung. Die Einhaltung der Sicherheitsvorschriften wird bewertet. Im Rahmen der Arbeitssicherheitskommission werden die Bewertungen an die Verantwortlichen rückgemeldet. Es erfolgt der Bericht an die Geschäftsführung. Fortlaufend wird die Umsetzung der Abläufe überwacht und einer kritischen Bewertung unterzogen.

Hygiene:

Interne und externe Kontrollen finden statt. Die Umsetzung und die Einhaltung Hygienerichtlinien werden in regelmäßigen Begehungen überwacht und hinsichtlich der Wirksamkeit der Maßnahmen bewertet. Schriftliche Berichte erfolgen an die Verantwortlichen, die Hygienekommission, das Krankenhausdirektorium und die Geschäftsführung.

Audits:

Durch systematische Qualitätsprüfungen wird sichergestellt, dass unsere Mitarbeitenden Vorgaben und festgelegte Prozesse im Rahmen des Qualitätsmanagements umsetzen. Dabei werden sie hinsichtlich ihrer Kenntnisse befragt; die Umsetzung wird stichprobenartig kontrolliert.

Statistische Auswertungen:

von vorliegenden Daten der Leistungserbringung im Rahmen des Behandlungsprozesses, insbesondere nach § 301, SGB V - wie Diagnosen, operative Eingriffe, Zweiteingriffe, Verweildauer - werden in monatlichen Sitzungen mit der Geschäftsführung, dem Med. Controlling, dem Controlling und Verantwortlichen der Einrichtung erörtert. Auf der Basis vereinbarter Kennzahlen und der bisherigen Ergebnisse erfolgt eine Bewertung. Abweichungen von Zielgrößen werden bewertet und wenn nötig Maßnahmen geplant.

Ergebnisse der externen vergleichenden Qualitätssicherung:

Die Ergebnisse werden in der disziplinübergreifende Arbeitsgruppe „AG Externe QS“ besprochen. Die Mitglieder sind durch Krankenhausdirektorium benannt und von der Geschäftsführung beauftragt worden. Anhand der - vom QM vorstrukturierten Auswertung - erfolgt in der Arbeitsgruppe eine differenzierte Auseinandersetzung. Optimierungsmaßnahmen werden abgeleitet. Ein durch das QM verfasster „Jahresbericht - Externe vergleichende QS“ enthält in komprimierter Form die Bewertungen und Vorschläge der Arbeitsgruppe. Dieser wird an die Geschäftsführung für weitere Zielplanungen übermittelt.