

Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V

für das Berichtsjahr 2008



Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 26.08.2009 um 11:09 Uhr erstellt.

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

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

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

Teil 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.....	7
A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	8
A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses	8
A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses.....	9
A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	10
A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V.....	10
A-13 Fallzahlen des Krankenhaus:.....	10
A-14 Personal des Krankenhauses.....	11

Teil B - Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen.. 12

B-[1] Fachabteilung Anästhesie..... 12

B-[1].1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	12
B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte [Anästhesie]	12
B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Anästhesie]	12
B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Anästhesie]	12
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	12
B-[1].6 Diagnosen nach ICD.....	12
B-[1].7 Prozeduren nach OPS.....	12
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	12
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	13
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	13
B-[1].11 Apparative Ausstattung.....	13
B-[1].12 Personelle Ausstattung.....	13

B-[2] Fachabteilung Innere Medizin..... 14

B-[2].1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	14
B-[2].2 Versorgungsschwerpunkte [Innere Medizin]	14
B-[2].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Innere Medizin]	14
B-[2].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Innere Medizin]	14
B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	14
B-[2].6 Diagnosen nach ICD.....	15
B-[2].7 Prozeduren nach OPS.....	16
B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	17
B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	17
B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	17

B-[2].11 Apparative Ausstattung	17
B-[2].12 Personelle Ausstattung	19
B-[3] Fachabteilung Allgemeine Chirurgie	21
B-[3].1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	21
B-[3].2 Versorgungsschwerpunkte [Allgemeine Chirurgie]	21
B-[3].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Allgemeine Chirurgie]	21
B-[3].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Allgemeine Chirurgie]	21
B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	21
B-[3].6 Diagnosen nach ICD	22
B-[3].7 Prozeduren nach OPS	23
B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	24
B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	25
B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	26
B-[3].11 Apparative Ausstattung	26
B-[3].12 Personelle Ausstattung	27
Teil C - Qualitätssicherung	29
C-1 Teilnahme externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)	29
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	29
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	29
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .	29
C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V	29
C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] ("Strukturqualitätsvereinbarung")	29
Teil D - Qualitätsmanagement	30
D-1 Qualitätspolitik	30
D-2 Qualitätsziele	30
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	32
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements	33
D-5 Qualitätsmanagementprojekte	36
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements	37

Einleitung



Ansicht Krankenhaus mit Parkanlage

Seit 2005 gilt für deutsche Krankenhäuser die gesetzliche Verpflichtung, alle zwei Jahre einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V den Krankenkassen zur Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen. Damit ist es möglich, Patienten und deren Angehörige, einweisende Ärzte, kooperierende Kliniken, Kostenträger und die interessierte Öffentlichkeit über die Qualität, das Leistungsspektrum und die Ergebnisse der Arbeit zu informieren.

Das Krankenhaus der Diakonissenanstalt EMMAUS ist ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit 105 Planbetten. Als kleines Haus in ländlicher Umgebung bietet das Krankenhaus der Bevölkerung eine wohnortnahe und zeitgerechte Versorgung mit moderner Diagnostik und Therapie in den Fachgebieten Innere Medizin und Chirurgie.

Der Träger des Krankenhauses, die Diakonissenanstalt EMMAUS, ist eine kirchliche Stiftung bürgerlichen Rechts, die in Geschichte und Gegenwart der Herrnhuter Brüdergemeine eng verbunden ist und auf eine lange Tradition speziell in der Krankenpflege zurückblickt. Am 6. Mai 1866 in Gnadefeld/Oberschlesien gegründet, wurde der Standort 1883 nach Niesky verlegt. 1900 erfolgte die Einweihung des Krankenhauses. Nach Inbetriebnahme des Krankenhausneubaus im Jahr 1995 wurde der historische Altbau zum Altenpflegeheim umgebaut.

Heute bietet die Diakonissenanstalt EMMAUS der Bevölkerung der Region eine geschlossene Versorgungskette: Das Leistungsangebot erstreckt sich von der Kinderbetreuung, den Möglichkeiten der Berufsausbildung über die gesundheitliche Betreuung bis hin zur Altenpflege sowie einem ambulanten Hospizdienst.

Der gesellschaftlichen Verantwortung bezüglich der Ausbildung von Jugendlichen wird die Diakonissenanstalt EMMAUS in hohem Maße gerecht. An zwei Ausbildungsstätten in Niesky und Bautzen werden insgesamt ca. 150 Gesundheits- und Krankenpfleger und Altenpfleger ausgebildet.

Der vorliegende Qualitätsbericht gliedert sich in vier Teile. In den Abschnitten A und B werden neben allgemeinen Struktur- und Leistungsdaten, Versorgungsschwerpunkten und medizinisch-pflegerischen Leistungsangeboten des Krankenhauses auch fachabteilungsspezifische Daten dargestellt. Der Abschnitt C widmet sich der externen Qualitätssicherung. Im Abschnitt D werden die Qualitätspolitik und –ziele sowie der Aufbau eines internen Qualitätsmanagementsystems beschrieben.

Niesky, im August 2008

Der Vorstand

Links:

<http://www.emmaus-niesky.de>

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Dr. Matthias Schröter, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Teil A - Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hausanschrift:

Diakonissenanstalt EMMAUS
Bautzener Str. 21
02906 Niesky

Telefon:

03588 / 264 - 0

Fax:

03588 / 264 - 666

E-Mail:

info@emmaus-niesky.de

Internet:

<http://www.emmaus-niesky.de/>

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

261401278

A-3 Standort(nummer)

00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name:

Diakonissenanstalt EMMAUS

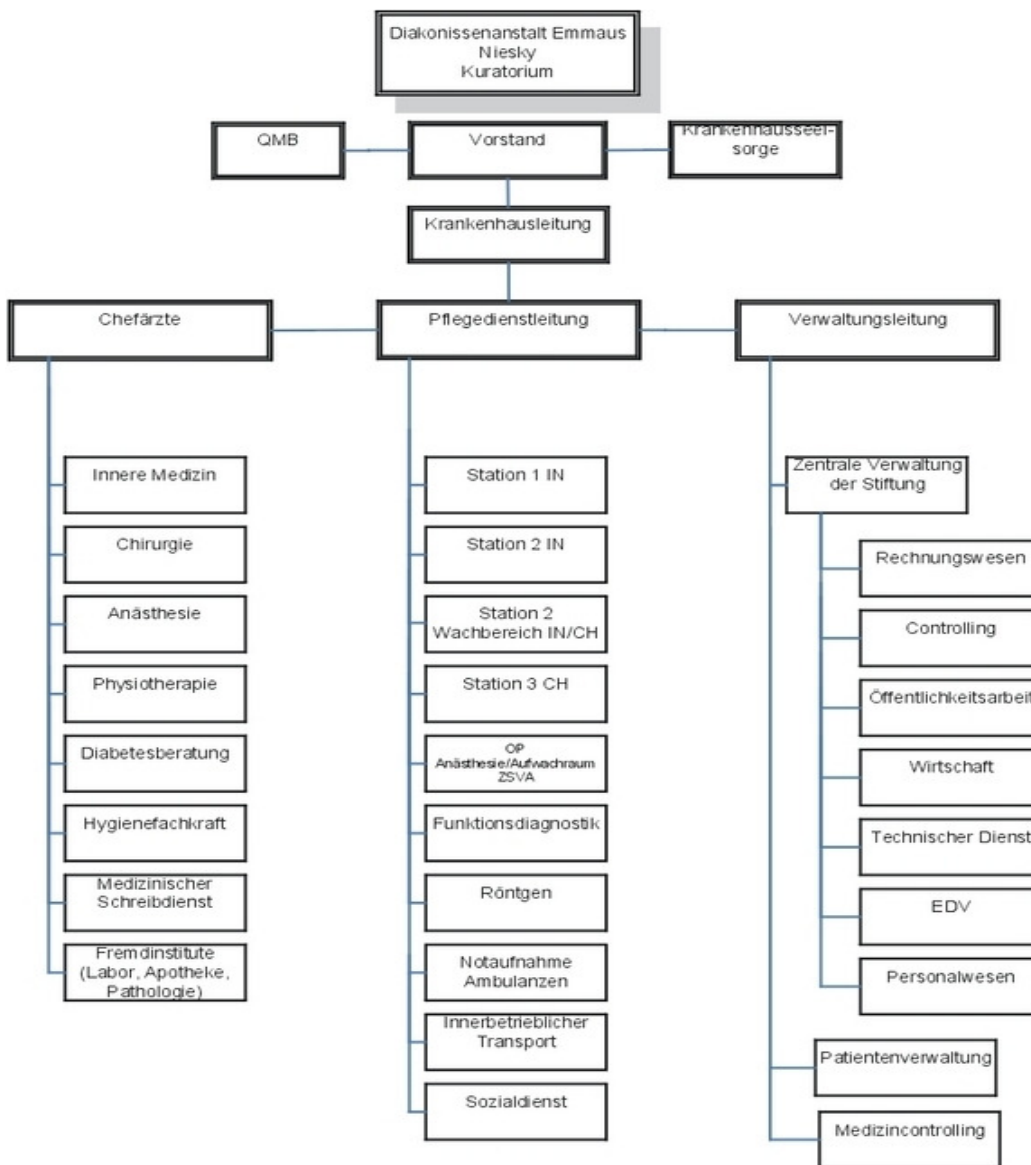
Art:

freigemeinnützig

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

trifft nicht zu / entfällt

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



Organigramm: Krankenhaus der Diakonissenanstalt EMMAUS

Der Träger des Krankenhauses ist die Diakonissenanstalt EMMAUS. Der Kaufm. Vorstand der Stiftung ist in der Krankenhausleitung vertreten und für alle Belange des Krankenhauses zuständig.

Das Krankenhaus ist ein Haus der Regelversorgung mit den Fachabteilungen Chirurgie, Innere Medizin und Anästhesie (nicht bettenführend). Die Abteilung Innere Medizin ist in zwei Chefarztbereiche geteilt, in den Bereich Kardiologie/Allgemeine Innere und den Bereich Diabetologie. Die beiden anderen Fachabteilungen werden ebenfalls durch einen Chefarzt geleitet. Der Pflegedienstleiter ist organisatorisch für das Pflege-, Funktions- und medizinisch-technische Personal auf den Stationen und in den Funktionsbereichen zuständig. Zu der direkt dem Krankenhaus zuzuordnenden Verwaltung gehören die Patientenaufnahme, die Rezeption, das Archiv und das Medizincontrolling.

Alle anderen verwaltungstechnischen Funktionen werden von der Zentralen Verwaltung der Stiftung wahrgenommen.

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP03	Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare	
MP07	Beratung/Betreuung durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Rehaberatung
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Hospizdienst
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	externe Firma
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP35	Rückenschule/ Haltungsschulung	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP63	Sozialdienst	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/ Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- u. Kälteanwendungen	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	
MP51	Wundmanagement	Spezielle Versorgung chron. Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA01	Aufenthaltsräume	
SA12	Balkon/Terrasse	Auf einer Etage eine Dachterasse vorhanden
SA55	Beschwerdemanagement	
SA39	Besuchsdienst/ Grüne Damen	
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA44	Diät-/Ernährungsangebot	
SA41	Dolmetscherdienste Sprache, ggf. Gebärdendolmetscher	vor allem Russisch, Polnisch, Englisch
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Besucher	
SA24	Faxempfang für Patienten	
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	
SA49	Fortbildungsangebote/Informationsveranstaltungen	
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	
SA26	Frisiersalon	150 m im Altenpflegeheim vorhanden
SA46	Getränkeautomat	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	
SA47	Nachmittagstee/-kaffee	
SA33	Parkanlage	
SA56	Patientenfürsprache	
SA52	Postdienst	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA17	Rundfunkempfang am Bett	
SA42	Seelsorge	
SA57	Sozialdienst	
SA54	Tageszeitungsangebot	
SA08	Teeküche für Patienten	
SA18	Telefon	

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA09	Unterbringung Begleitperson	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-11.1 Forschungsschwerpunkte

trifft nicht zu / entfällt

A-11.2 Akademische Lehre

trifft nicht zu / entfällt

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

trifft nicht zu / entfällt

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

105 Betten

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses:

Vollstationäre Fallzahl:

3934

Ambulante Fallzahlen

Patientenzählweise:

6285

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	17,6 Vollkräfte	
davon Fachärzte und Fachärztinnen	14,6 Vollkräfte	

A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	46,5 Vollkräfte	3 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	2,8 Vollkräfte	1 Jahr	

Teil B - Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-[1] Fachabteilung Anästhesie

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

Anästhesie

Art der Abteilung:

Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

Fachabteilungsschlüssel:

3700

Chefärztinnen/-ärzte:

Titel:	Name, Vorname:	Funktion:	Tel. Nr., Email:	Sekretariat:	Belegarzt / KH-Arzt:
Dr.	Wagner, Bernd	Chefarzt Anästhesie	03588/264-506		

B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte [Anästhesie]

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Anästhesie]

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Anästhesie]

trifft nicht zu / entfällt

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

Vollstationäre Fallzahl:

0

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].7 Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].11 Apparative Ausstattung

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].12 Personelle Ausstattung

B-[1].12.1 Ärzte und Ärztinnen:

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	2,6 Vollkräfte	
davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,6 Vollkräfte	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung:

Nr.	Facharztbezeichnung:	Kommentar / Erläuterung:
AQ01	Anästhesiologie	

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ):	Kommentar / Erläuterung:
ZF30	Palliativmedizin	
ZF44	Sportmedizin	

B-[1].12.2 Pflegepersonal:

Kein Pflegepersonal

B-[1].12.3 Spezielles therapeutisches Personal:

keine Angaben

B-[2] Fachabteilung Innere Medizin

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

Innere Medizin

Art der Abteilung:

Hauptabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

0100

Hausanschrift:

Bautzener Str. 21

02906 Niesky

Telefon:

03588 / 264 - 0

Fax:

03588 / 264 - 666

Chefärztinnen/-ärzte:

Titel:	Name, Vorname:	Funktion:	Tel. Nr., Email:	Sekretariat:	Belegarzt / KH-Arzt:
Dr.	Scholze, Uwe	Chefarzt Innere Medizin	03588/264-500 u.scholze@emmaus- niesky.de	03588/264-502	
Dr.	Stengel, Rainer	Chefarzt Innere Medizin / Diabetologie	03588/264-501 r.stengel@emmaus- niesky.de	03588/264-502	

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

trifft nicht zu / entfällt

B-[2].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Innere Medizin]

trifft nicht zu / entfällt

B-[2].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Innere Medizin]

trifft nicht zu / entfällt

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

Vollstationäre Fallzahl:

2541

B-[2].6 Diagnosen nach ICD

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10- Ziffer* (3-stellig):	Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	I50	203	Herzschwäche
2	I67	163	Sonstige Krankheit der Blutgefäße im Gehirn
3	E11	103	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
4	J44	85	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
5	I48	76	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
6	I10	71	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
7	I21	70	Akuter Herzinfarkt
7	I63	70	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
9	I64	62	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Blutgefäßverschluss bezeichnet
10	C18	58	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
11	K29	54	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
12	F10	53	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
13	H81	48	Störung des Gleichgewichtsorgans
14	R55	43	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
15	I20	42	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris
16	K25	32	Magengeschwür
17	K52	28	Sonstige Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Darms, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht
18	F41	27	Sonstige Angststörung
19	A08	26	Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Viren oder sonstige Krankheitserreger
19	A41	26	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)
19	I47	26	Anfallsweise auftretendes Herzrasen
22	F45	25	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung
23	G40	24	Anfallsleiden - Epilepsie
23	K70	24	Leberkrankheit durch Alkohol
25	I95	22	Niedriger Blutdruck
25	J18	22	Lungenentzündung
25	K85	22	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse
25	M54	22	Rückenschmerzen
29	C90	21	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)
29	R07	21	Hals- bzw. Brustschmerzen

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

B-[2].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Rang	ICD-10 Ziffer (3-5-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	G45	20	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen
1	K80	20	Gallensteinleiden
3	C20	18	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs

B-[2].7 Prozeduren nach OPS

B-[2].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer (4-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	1-632	416	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
2	3-200	403	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
3	1-650	170	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
4	1-712	144	Messung der Zusammensetzung der Atemluft in Ruhe und unter körperlicher Belastung
5	3-225	113	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
6	6-001	86	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs
7	3-222	82	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
8	8-543	70	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden
9	8-542	56	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut
10	1-275	55	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
11	5-513	38	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung
12	3-202	35	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel
13	3-220	32	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel
14	3-207	26	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel
15	3-226	19	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel
16	8-640	15	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation
16	8-837	15	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)
18	1-279	11	Sonstige Untersuchung an Herz bzw. Gefäßen mit einem eingeführten Schlauch (Katheter)
19	3-203	9	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel
20	3-206	<= 5	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel
20	3-228	<= 5	Computertomographie (CT) der Blutgefäße außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen mit Kontrastmittel

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr:	Art der Ambulanz:	Bezeichnung der Ambulanz:	Nr. / Leistung:	Kommentar / Erläuterung:
AM07	Privatambulanz			Privatliquidation Chefärzte
AM00	Sonstige Ermächtigung	Ermächtigung Chefarzt Dr. Scholze		Echokardiographien
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

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

Rang	OPS-Ziffer (4-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	1-650	393	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie

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

trifft nicht zu / entfällt

B-[2].11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA58	24h-Blutdruck-Messung		Ja	
AA59	24h-EKG-Messung		Ja	
AA38	Beatmungsgeräte/CPAP-Geräte	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	
AA03	Belastungs-EKG/ Ergometrie	Belastungstest mit Herzstrommessung		
AA39	Bronchoskop	Gerät zur Luftröhren- und Bronchienspiegelung	Ja	
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen	Ja	
AA12	Endoskop	Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung	Ja	

Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA46	Endoskopisch-retrograde-Cholangio-Pankreaticograph (ERCP)	Spiegelgerät zur Darstellung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge mittels Röntgenkontrastmittel	Ja	ab 2009 im eignen Haus, bis dahin in Kooperation mit Klinikum Görlitz (20 km entfernt)
AA45	Endosonographiegerät	Ultraschalldiagnostik im Körperinneren	Ja	
AA13	Geräte der invasiven Kardiologie (z.B. Herzkatheterlabor, Ablationsgenerator, Kardioversionsgerät, Herzschrittmacherlabor)	Behandlungen mittels Herzkatheter	Ja	Kardioversionsgerät vor Ort, Herzkatheterlabor-Kooperation mit einer Praxis in Görlitz (20 km entfernt)
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren (Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse)		Nein	im Haus - eigene Praxis eines niedergelassenen Arztes
AA19	Kipptisch (z.B. zur Diagnose des orthostatischen Syndroms)	Gerät zur Messung des Verhaltens der Kenngrößen des Blutkreislaufs bei Lageänderung		
AA52	Laboranalyseautomaten für Hämatologie, klinische Chemie, Gerinnung und Mikrobiologie	Laborgeräte zur Messung von Blutwerten bei Blutkrankheiten, Stoffwechselliden, Gerinnungsleiden und Infektionen	Ja	
AA53	Laparoskop	Bauchhöhlenspiegelungsgerät	Ja	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Nein	in Kooperation mit Radiologischer Praxis
AA27	Röntgengerät/ Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)		Ja	
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall	Ja	
AA31	Spirometrie/ Lungenfunktionsprüfung			

B-[2].12 Personelle Ausstattung

B-[2].12.1 Ärzte und Ärztinnen:

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	9 Vollkräfte	
davon Fachärzte und Fachärztinnen	8 Vollkräfte	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung:

Nr.	Facharztbezeichnung:	Kommentar / Erläuterung:
AQ23	Innere Medizin	
AQ25	Innere Medizin und SP Endokrinologie Diabetologie	
AQ26	Innere Medizin und SP Gastroenterologie	

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ):	Kommentar / Erläuterung:
ZF30	Palliativmedizin	

B-[2].12.2 Pflegepersonal:

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	32,8 Vollkräfte	3 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	2,1 Vollkräfte	1 Jahr	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung:

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

Nr.	Zusatzqualifikation:	Kommentar / Erläuterung:
ZP02	Bobath	
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	

Nr.	Zusatzqualifikation:	Kommentar / Erläuterung:
ZP00	Palliativmedizin	
ZP12	Praxisanleitung	
ZP13	Qualitätsmanagement	

B-[2].12.3 Spezielles therapeutisches Personal:

Für die Organisationseinheit/Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP00	Diabetesassistent und Diabetesassistentin	
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	

B-[3] Fachabteilung Allgemeine Chirurgie

B-[3].1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Allgemeine Chirurgie

Art der Abteilung:

Hauptabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

1500

Hausanschrift:

Bautzener Str. 21

02906 Niesky

Telefon:

03588 / 264 - 0

Fax:

03588 / 264 - 666

Chefärztinnen/-ärzte:

Titel:	Name, Vorname:	Funktion:	Tel. Nr., Email:	Sekretariat:	Belegarzt / KH-Arzt:
Dr.	Georgi, Winfried	Chefarzt	03588/264-503 w.georgi@emmaus- niesky.de	03588/264-505	KH-Arzt

B-[3].2 Versorgungsschwerpunkte [Allgemeine Chirurgie]

trifft nicht zu / entfällt

B-[3].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Allgemeine Chirurgie]

trifft nicht zu / entfällt

B-[3].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Allgemeine Chirurgie]

trifft nicht zu / entfällt

B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:

1393

B-[3].6 Diagnosen nach ICD

B-[3].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10- Ziffer* (3-stellig):	Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	M23	200	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes
2	K80	68	Gallensteinleiden
2	S82	68	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
4	S06	56	Verletzung des Schädelinneren
4	S72	56	Knochenbruch des Oberschenkels
6	K40	54	Leistenbruch (Hernie)
7	E11	49	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
8	S52	46	Knochenbruch des Unterarmes
9	K35	40	Akute Blinddarmentzündung
10	S83	33	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder
11	R10	30	Bauch- bzw. Beckenschmerzen
11	S42	30	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
13	E04	27	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse
13	K57	27	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
15	I83	25	Krampfader der Beine
16	S32	21	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
17	M17	20	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
18	I84	17	Krampfaderartige Erweiterung der Venen im Bereich des Enddarms - Hämorrhoiden
19	L05	16	Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare - Pilonidalsinus
19	M20	16	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen
21	C18	15	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
21	S70	15	Oberflächliche Verletzung der Hüfte bzw. des Oberschenkels
23	E05	14	Schilddrüsenüberfunktion
23	K56	14	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch
25	L89	13	Druckgeschwür - Dekubitus
26	K59	12	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall
26	K85	12	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse
26	L02	12	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen
26	M22	12	Krankheit der Kniescheibe

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

B-[3].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Rang	ICD-10 Ziffer (3-5-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
2	C20	11	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs
3	C16	7	Magenkrebs

B-[3].7 Prozeduren nach OPS

B-[3].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer (4-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	5-812	324	Operation am Gelenknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
2	5-794	85	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
3	5-793	73	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
4	5-893	69	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut
5	5-511	63	Operative Entfernung der Gallenblase
6	5-530	56	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
7	5-470	51	Operative Entfernung des Blinddarms
8	1-650	48	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
9	5-895	46	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut
10	5-892	44	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut
11	5-069	42	Sonstige Operation an Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüsen
12	5-790	41	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
13	5-385	33	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein
14	5-788	32	Operation an den Fußknochen
15	5-063	30	Operative Entfernung der Schilddrüse
16	5-541	29	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes
16	5-813	29	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern im Kniegelenk durch eine Spiegelung
16	5-865	29	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Fußes oder des gesamten Fußes
19	5-455	27	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms
19	5-787	27	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
21	1-632	26	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung

Rang	OPS-301 Ziffer (4-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
21	5-469	26	Sonstige Operation am Darm
21	5-916	26	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz
24	5-786	25	Operative Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
25	1-610	24	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung
26	3-225	23	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
27	5-493	21	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
28	3-200	20	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
29	5-900	18	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht
30	5-820	17	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks

B-[3].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

Rang	OPS-Ziffer (4- 6-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	5-864	14	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Beins oder des gesamten Beins
2	5-454	8	Operative Dünndarmentfernung

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr:	Art der Ambulanz:	Bezeichnung der Ambulanz:	Nr. / Leistung:	Kommentar / Erläuterung:
AM09	D-Arzt- /Berufsgenossenschaftliche Ambulanz			
AM08	Notfallambulanz (24h)			
AM07	Privatambulanz			Privatliquidation Chefarzt Dr. Georgi
AM00	Sonstige Ermächtigung	Ermächtigung Chefarzt Dr. Georgi		
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-Ziffer (4-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	5-492	111	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges
2	5-812	45	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
3	5-787	40	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
4	8-201	28	Nichtoperatives Einrenken (Reposition) einer Gelenkverrenkung ohne operative Befestigung der Knochen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
5	5-399	17	Sonstige Operation an Blutgefäßen
5	5-841	17	Operation an den Bändern der Hand
7	5-859	16	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln
7	8-200	16	Nichtoperatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs ohne operative Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
9	5-056	12	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion
9	5-840	12	Operation an den Sehnen der Hand
11	5-530	7	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
12	5-863	6	Operative Abtrennung von Teilen der Hand oder der gesamten Hand
13	5-041	<= 5	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven
13	5-385	<= 5	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein
13	5-482	<= 5	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After
13	5-493	<= 5	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
13	5-534	<= 5	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)
13	5-611	<= 5	Operativer Verschluss eines Wasserbruchs (Hydrocele) am Hoden
13	5-780	<= 5	Operativer Einschnitt in Knochengewebe bei einer keimfreien oder durch Krankheitserreger verunreinigten Knochenkrankheit
13	5-782	<= 5	Operative Entfernung von erkranktem Knochengewebe
13	5-790	<= 5	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
13	5-793	<= 5	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
13	5-795	<= 5	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen
13	5-796	<= 5	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen
13	5-79b	<= 5	Operatives Einrichten (Reposition) einer Gelenkverrenkung
13	5-810	<= 5	Erneute Operation eines Gelenks durch eine Spiegelung
13	5-811	<= 5	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung
13	5-813	<= 5	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern im Kniegelenk durch eine Spiegelung
13	5-842	<= 5	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern

B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:

Ja

B-[3].11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA58	24h-Blutdruck-Messung			
AA59	24h-EKG-Messung			
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	
AA37	Arthroskop	Gelenksspiegelung		
AA38	Beatmungsgeräte/CPAP-Geräte	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck		
AA03	Belastungs-EKG/ Ergometrie	Belastungstest mit Herzstrommessung		
AA39	Bronchoskop	Gerät zur Luftröhren- und Bronchienspiegelung	Ja	
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen		
AA12	Endoskop	Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung	Ja	
AA46	Endoskopisch-retrograde-Cholangio-Pankreaticograph (ERCP)	Spiegelgerät zur Darstellung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsendgänge mittels Röntgenkontrastmittel	Ja	ab 2009 im eignen Haus, bis dahin in Kooperation mit Klinikum Görlitz (20 km entfernt)
AA45	Endosonographiegerät	Ultraschalldiagnostik im Körperinneren		
AA15	Geräte zur Lungenersatztherapie/-unterstützung (z.B. ECMO/ECLA)		Ja	
AA19	Kipptisch (z.B. zur Diagnose des orthostatischen Syndroms)	Gerät zur Messung des Verhaltens der Kenngrößen des Blutkreislaufs bei Lageänderung		
AA52	Laboranalyseautomaten für Hämatologie, klinische Chemie, Gerinnung und Mikrobiologie	Laborgeräte zur Messung von Blutwerten bei Blutkrankheiten, Stoffwechselleiden, Gerinnungsleiden und Infektionen	Ja	
AA53	Laparoskop	Bauchhöhlenspiegelungsgerät		
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Nein	in Kooperation mit Radiologischer Praxis

Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA55	MIC-Einheit (Minimalinvasive Chirurgie)	Minimal in den Körper eindringende, also gewebeschonende Chirurgie		
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät		Ja	
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall	Ja	
AA31	Spirometrie/ Lungenfunktionsprüfung			

B-[3].12 Personelle Ausstattung

B-[3].12.1 Ärzte und Ärztinnen:

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	6 Vollkräfte	
davon Fachärzte und Fachärztinnen	4 Vollkräfte	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung:

Nr.	Facharztbezeichnung:	Kommentar / Erläuterung:
AQ06	Allgemeine Chirurgie	
AQ62	Unfallchirurgie	
AQ13	Viszeralchirurgie	

B-[3].12.2 Pflegepersonal:

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	13,7 Vollkräfte	3 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0,7 Vollkräfte	1 Jahr	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung:

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

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

B-[3].12.3 Spezielles therapeutisches Personal:

Für die Organisationseinheit/Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP00	Diabetesassistent und Diabetesassistentin	
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	

Teil C - Qualitätssicherung

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

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

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

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

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Die Chirurgische Abteilung nimmt seit 1999 an der bundesweiten Qualitätssicherungsstudie Rektum-Karzinom (AN-Institut Magdeburg) sowie an der bundesweiten Magenkrebsstudie teil.

Die Ergebnisse sind auf Grund der geringen Fallzahl unseres Krankenhauses nur bedingt auswertbar, weichen aber nicht von der mittleren Häufigkeit der Gesamtheit der Häuser ab.

Die Abteilung Innere Medizin nimmt an der externen Qualitätssicherungsmaßnahme "Linksherzkatheteruntersuchungen" teil.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

Teil D - Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Grundlage der Qualitätspolitik in der Diakonissenanstalt EMMAUS und ihrem Krankenhaus ist das Leitbild, welches im Jahr 2006 verabschiedet wurde.

Nach diesem Leitbild kann die Qualitätspolitik für das Krankenhaus der Diakonissenanstalt EMMAUS wie folgt beschrieben werden: Ausgehend vom christlichen Glauben an Gottes Wertschätzung für den Menschen steht die Wertschätzung jedes einzelnen Menschen, der uns begegnet, im Mittelpunkt allen Tuns in Behandlung, Pflege und Verwaltung. Einzigartigkeit und Würde des Menschen sollen in allen Situationen geachtet, geschützt und gefördert werden. Die Haltung der Wertschätzung gilt gegenüber Patienten, die sich uns anvertrauen, wie gegenüber Mitarbeitenden unseres Krankenhauses. Auch die gegenseitige Kritik - im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses ein notwendiges Mittel - soll von dieser Wertschätzung geprägt sein.

Um den Patienten optimal und ganzheitlich zu versorgen setzen die Mitarbeitenden ihre Fachlichkeit, ihre Menschlichkeit und die Möglichkeiten des christlichen Glaubens ein. Mitarbeitende werden in ihrer Verantwortlichkeit ernst genommen und arbeiten über die Grenzen der Fachbereiche hinaus zusammen. Weiterbildung, Supervision und kritische Auseinandersetzung mit neuen Entwicklungen sind Teil des Prozesses der Qualitätssicherung.

Der Vorstand der Diakonissenanstalt, die Krankenhausleitung, sowie alle Hierarchieebenen sind diesem Verbesserungsprozess verpflichtet. Das eingeführte Qualitätsmanagementsystem wird immer wieder den Erfordernissen der Arbeit und den Abläufen im Krankenhaus angepasst. Dabei ist darauf zu achten, dass alle Abteilungen, Bereiche und Professionen einbezogen werden.

Eine solide wirtschaftliche Basis ist Voraussetzung, um dem Versorgungsauftrag als Krankenhaus und der Verantwortung als einer der größten regionalen Arbeitgeber gerecht zu werden. Dafür ist eine vorausschauende Planung und Weiterentwicklung der medizinischen Leistungsangebote, gemessen am Bedarf, mit einer darauf abgestimmten Personalentwicklung und Investitionspolitik, unter Beachtung der strukturellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen notwendig.

D-2 Qualitätsziele

Die grundsätzlichen Ziele der Einrichtung sind im Leitbild der Diakonissenanstalt EMMAUS zusammengefasst. Diese Ziele gelten uneingeschränkt auch für das Krankenhaus. Die Einrichtung stellt sich auch weiterhin der Komplexität aus menschlichem Handeln und sozialen Beziehungen, verbunden mit dem Einsatz erheblicher Ressourcen. Wertschätzung und die Achtung der Einmaligkeit gilt gleichermaßen jedem Beteiligten, ob Patient oder Mitarbeiter. Aus der christlichen Botschaft heraus sich diesen Aufgaben zu stellen, soll auch zukünftig gelebt werden.

Steigerung der Patientenzufriedenheit/Patientenorientierung

Zentrales Ziel des Krankenhauses ist die Zufriedenheit der Patienten und der begleitenden Angehörigen mit der angebotenen ärztlichen und pflegerischen Versorgung, welche geprägt ist von hoher Kompetenz und persönlicher Zuwendung. Die Patientenzufriedenheit wird seit mehreren Jahren im Rahmen einer permanenten Befragung erhoben. Die Ergebnisse werden an die Abteilungen weitergegeben und im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden Schlussfolgerungen für die Arbeit der Abteilungen gezogen. Der Patient wird als mündiger Partner gesehen, es werden seine Aktivitäten gefördert und seine eigenen Ressourcen in den Heilungsprozess mit einbezogen. Für seine Heilung, Pflege und Betreuung arbeiten alle Berufsgruppen im Haus eng zusammen. Der Einsatz Grüner Damen im Krankenhaus erhöht die Qualität der Patientenbetreuung und somit auch die Patientenzufriedenheit. Diese ehrenamtlichen Helferinnen unterstützen die Patienten bei der Organisation ihres Krankenhausaufenthaltes. Ein besonderes Augenmerk gilt

der Tatsache, dass die Patienten immer älter werden. Die reibungslose Organisation der nachstationären Versorgung wird dadurch immer wichtiger. Der Sozialdienst des Krankenhauses ist hier gut aufgestellt und arbeitet stets eng mit den ambulanten Diensten der Region zusammen. Dieser Zusammenarbeit dienen auch die jährlichen Pflegesymposien, die das Krankenhaus der Diakonissenanstalt EMMAUS als Fortbildungsangebot für regionale Pflegedienste ausrichtet. Professionelle Pflege und Therapie schließen auch die individuelle Begleitung des Patienten auf dem Weg zu einem Leben mit Einschränkungen oder auf dem Weg zum Sterben mit ein. Hierfür steht auch der ambulante Hospizdienst der Diakonissenanstalt EMMAUS zur Verfügung.

Sicherstellung einer hohen Qualität der Leistungserbringung

Neben den gesetzlich geforderten externen Qualitätssicherungsmaßnahmen werden interne Verfahren zur Qualitätssicherung geschaffen bzw. vorhandene weiterentwickelt.

Beispiele für die interne Qualitätssicherung sind die Erfassung des Sturzgeschehens und die Erfassung der Dekubitalulzera (Hautschädigungen durch Druck in Folge langen Liegens). Diese Kennzahlen sind Indikatoren für die Qualität der Behandlung und Pflege und dienen der Einleitung von Prophylaxemaßnahmen.

Kontinuierliche Verbesserung und Optimierung der behandlungstechnologischen Abfolge

Ein schneller und störungsfreier Durchlauf durch die diagnostischen und therapeutischen Stationen ist für die Patienten sehr wichtig. Störungen, wie lange Wartezeiten und unnötige Bestellungen zu Untersuchungen führen zu Unzufriedenheit auf der einen Seite und der Verschwendung von Ressourcen auf der anderen.

Um Verbesserungen in den Abläufen und Prozessen zu erlangen, sind die transparente Darstellung und die Diskussion über notwendige Schritte Voraussetzung. Dabei gilt es, das Verbesserungspotential und die Ressourcen in einzelnen Bereichen zu erkennen und in der Folge zu optimieren.

Mitarbeiterorientierung

Das wichtigste Kapital eines Krankenhauses sind seine Mitarbeitenden. Um die Mitarbeiterzufriedenheit zu erhöhen, bedarf es der Einbeziehung der Mitarbeitenden in alle Entscheidungs- und Veränderungsprozesse.

In Mitarbeiterversammlungen werden neue Entwicklungen transparent dargelegt und Entscheidungen des Vorstandes erläutert. Auch durch Teilnahme an Dienstbesprechungen auf den Stationen und in den Funktionsbereichen versucht der Vorstand frühzeitig Unzufriedenheit zu erkennen und Vorschläge für Verbesserungen entgegenzunehmen.

Im Berichtsjahr hat sich eine QM-Projektgruppe mit dem Thema "Personalentwicklung/strukturierte Mitarbeitergespräche" beschäftigt. Mitte 2008 wurde ein Konzept zur Durchführung von Mitarbeiterentwicklungsgesprächen verabschiedet und eine entsprechende Verfahrensanweisung eingeführt. Ziel ist, in den darauffolgenden zwei Jahren mit jedem Mitarbeiter im Krankenhaus ein strukturiertes Entwicklungsgespräch zu führen. Durch Fort- und Weiterbildungen werden die fachlichen Qualifikationen, aber auch die sozialen und diakonischen Kompetenzen vertieft. Die ständige Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgt im Rahmen eines internen Fort- und Weiterbildungsplanes. Darüber hinaus erhalten die Mitarbeitenden die Möglichkeit, an externen Weiterbildungsveranstaltungen teilzunehmen. Die finanziellen Mittel dafür werden in einem jährlich neu vereinbarten Budget festgelegt.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Der Vorstand der Diakonissenanstalt EMMAUS legt gemeinsam mit der Krankenhausleitung die Qualitätsphilosophie und -ziele sowie die langfristige Qualitätsstrategie fest.

Nach der erfolgreichen Zertifizierung nach KTQ im Jahr 2005 wurde entschieden, für die Zukunft ein auf DIN ISO gestütztes neues Qualitätsmanagementsystem aufzubauen.

Die Qualitätsmanagementbeauftragte ist verantwortlich für den Aufbau und die Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagementsystems und wird durch einen Lenkungsausschuss unterstützt.

Der Lenkungsausschuss Qualitätsmanagement ist für die Planung, Umsetzung und Evaluation aller Aufgaben, die im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement stehen, verantwortlich und steuert, unterstützt, überwacht und koordiniert den Aufbau und die Umsetzung aller qualitätsrelevanten Aktivitäten.

Zu den Mitgliedern des 6-wöchentlich tagenden Ausschusses gehören neben der Qualitätsmanagementbeauftragten die Oberin, die Verwaltungsleiterin, der Pflegedienstleiter, ein Oberarzt und eine Pflegekraft.

Zu den Hauptaufgaben zählen:

- Erarbeitung und Formulierung der Qualitätsziele
- Einbeziehung aller Mitarbeiter; Sicherstellung, dass den Mitarbeitern Qualitätsziele bekannt sind und dass sie im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten Qualitätsverantwortung übernehmen
- Entwicklung von Qualitätsprojekten bis zur entscheidungsreifen Vorlage beim Vorstand
- Beauftragung der Verantwortlichen für Projekte und Maßnahmen
- Kontrolle der Projektarbeit
- Vorbereitung und Durchführung von internen Audits
- Zusammenstellung der Ergebnisse der Projekt- und Arbeitsgruppen und Erarbeitung einer Entscheidungsvorlage für den Vorstand zur Umsetzung der aus den Projekten entwickelten Verbesserungsmaßnahmen

Zu den Aufgaben der Qualitätsmanagementbeauftragten gehören außerdem:

- Ansprechpartner für Mitarbeiter, Projektleiter und Führungskräfte bzgl. qualitätsrelevanten Fragestellungen und der Qualitätssicherung
- Förderung des Qualitätsbewusstseins von Mitarbeitern
- Aufbau und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagement-Systems einschließlich eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses entsprechend den Vorgaben des angestrebten Zertifizierungsverfahrens
- Koordination der Erstellung, Überwachung und Lenkung des Managementhandbuchs sowie der Dokumente und Aufzeichnungen
- Mitarbeit bei der Entwicklung und Einführung qualitätsbezogener Messmethoden z. B. Befragungen zur Patienten-/Mitarbeiter- und Einweiserzufriedenheit
- Berichterstattung über den Stand im Qualitätsmanagement intern
- Mitarbeit bei der Berichterstattung über den Stand im Qualitätsmanagement nach außen (strukturierter Qualitätsbericht nach § 137)

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Das **interne Audit** ist ein Instrument, um systematisch Schwachstellen und Ineffizienzen in den Abläufen und Prozessen zu ermitteln und die Wirksamkeit der Regelungen zu prüfen. Ziel ist es, den Mitarbeitenden die Notwendigkeit der Verbesserung nahe zu bringen, aber auch Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen zu ermitteln, zu erkennen und zu beurteilen.

Dies erfolgt:

- durch die Einsichtnahme von Aufzeichnungen
- durch Begehungen und Beobachtungen sowie
- durch Befragungen von Mitarbeitern des jeweiligen Organisationsbereiches.

Im Ergebnis stehen Verbesserungsvorschläge, die dann mit den Verantwortlichen des Krankenhauses vereinbart, geplant und umgesetzt werden.

Im Berichtsjahr konnten folgende Maßnahmen unter Begleitung des Lenkungsausschusses vollzogen werden:

- Einführung einer neuen Patientendokumentation
- Umstrukturierung der Stationen zur besseren Patientenversorgung und Optimierung der Patientenströme
- Einführung einer Checkliste zur koordinierten Patientenaufnahme
- Einführung eines überschaubaren Verbandmittelsortiments und Schulung der Mitarbeiter

Ein weiteres Instrument des Qualitätsmanagements ist die **Standardgruppe**, bestehend aus Vertretern des Pflegebereiches und der medizinischen Berufsfachschule, sowie dem Pflegedienstleiter und der Qualitätsmanagementbeauftragten. Dieses Gremium arbeitet regelmäßig an der Umsetzung nationaler Expertenstandards (Pflegestandards), um eine hohe Qualität unserer Arbeit zu garantieren.

- Pflegestandards legen allgemeine Richtlinien fest, die eine Sollqualität vorgeben, an der die erbrachte Pflegequalität gemessen werden kann.
- Pflegestandards sollen die Pflege transparent und beurteilbar machen sowie die Qualität der Pflege sichern. Die Pflegestandards werden aufgrund der Erfahrung und des Wissenstandes der Pflegenden aus der Praxis erstellt. Hierbei sind der Erfahrungsaustausch, die Ausbildung sowie die Pflegepraxis entscheidend.
- In dem Pflegestandard findet die aktuelle Pflege nach dem neusten pflegewissenschaftlichen und medizinischen Stand seine Berücksichtigung (Expertenstandard).
- Die Pflegestandards geben die Basis für die Durchführung der pflegerischen Maßnahmen vor.

Kriterien für die Entwicklung von Pflegestandards sind:

1. Zufriedenheit und Sicherheit des Pflegebedürftigen
2. Zufriedenheit und Sicherheit des Pflegenden
3. Wirtschaftlichkeit und Umweltverträglichkeit

Die Standardgruppe hat im Berichtsjahr folgende Pflegestandards überarbeitet bzw. neu erstellt:

- „Vorbereitung ERCP“
- „Vorbereitung Bronchoskopie“
- „PEG Kost“
- „Sauerstoffinsufflation“
- „Ganzkörperwäsche“
- „Rasur“
- „Untersuchungen, allg. Vorbereitung vor und nach Operationen“
- „Venenpunktion zur Blutentnahme“
- „Richten einer Schwerkraftinfusion“
- „Subkutane Injektionen“

- „Intramuskuläre Injektionen"
- „Kapillarblutentnahme"
- „Umgang mit Arzneimitteln"
- „Umgang mit Mehrdosisflaschen"
- „Umgang mit Betäubungsmitteln auf den Pflegestationen"
- „Gewinnung von Mittelstrahlurin"
- „Katheterhygiene"
- „Entfernung des Dauerkatheters"
- „Hautantiseptik vor Biopsien und Punktionen"
- „Katheterisieren - Frau"
- „Katheterisieren - Mann"
- „Suprapubische Blasenpunktion/Blasenfistel"
- „Schilddrüsenzintigraphie"

Die Standards liegen in schriftlicher Form in den einzelnen Bereichen unserer Einrichtung aus und sind jedem Mitarbeiter zugänglich.

Weiterhin entwickelte die Standardgruppe hausinterne Kurvenblätter, wie das „Diabetikerblatt" und die „24 h-Überwachung".

Die Gewährleistung bestmöglicher Sicherheit der uns anvertrauten Patienten geht über den stationären Aufenthalt im Krankenhaus hinaus. Das **Überleitungsmanagement** des Krankenhauses regelt die weitere Betreuung dieser Patienten Klientel. Das Einbeziehen der betroffenen Patienten und deren Angehörige und die Kontaktaufnahme zu den nachfolgenden Pflegeeinrichtungen haben hier oberste Priorität. Einen großen Anteil an dieser Arbeit übernimmt der Mitarbeiter des Sozialdienstes.

Das bestehende innerbetriebliche **Beschwerdemanagement** hat die Aufgabe der Koordinierung, Registrierung und Auswertung von Beschwerden. Alle Beschwerden von Patienten und Angehörigen werden ernst genommen und entsprechend dem festgelegten Ablaufplan für das Beschwerdemanagement bearbeitet. Ziel ist es, dass der Beschwerdeführende zeitnah das von ihm festgestellte Problem durch die Leitung des Hauses geklärt bekommt. Der Umgang mit Beschwerden hat für den Vorstand höchste Priorität und wird deshalb auch von einem Vorstandsmitglied wahrgenommen. Die Bearbeitung und Klärung der Beschwerden erfolgt immer patientenorientiert, fachlich und professionell. Im Berichtszeitraum gingen vier schriftliche Beschwerden ein. Alle vier Fälle beziehen sich auf kommunikative Missverständnisse bei der Behandlung von ambulanten Patienten. In zwei Fällen äußerten Patienten ihren Unmut über das Bestellsystem unserer Ambulanz. In den beiden anderen Fällen gingen die Einschätzungen der Patienten und der Ärzte über mögliche Behandlungen auseinander. In allen vier Fällen ist es zu klärenden Gesprächen gekommen.

Im Krankenhaus werden permanent **Patientenbefragungen** durchgeführt. Jeder Patient hat die Möglichkeit, sich zu seinem Krankenhausaufenthalt zu äußern. In der Regel erhält er ein bis zwei Tage nach seiner Aufnahme durch die Grünen Damen einen entsprechenden Fragebogen mit der Bitte ihn auszufüllen, um ihn dann anonymisiert in einen Briefkasten auf Station einzulegen. Hilfsbedürftige Patienten werden auf Wunsch von den Grünen Damen beim Ausfüllen des Fragebogens unterstützt.

Die Fragebögen werden an zentraler Stelle im Vorstandssekretariat erfasst, ausgewertet und über den Vorstand kommuniziert. Diese Form des Messens der Patientenzufriedenheit hat sich in unserem Haus zu einem unverzichtbaren Steuerungsinstrument entwickelt.

Im Berichtsjahr schätzten die Patienten die Betreuung bzw. Behandlung durch die einzelnen Abteilungen wie folgt ein:

	sehr zufrieden	gut	befriedigend
Patientenaufnahme	83 %	16 %	1 %
Pflegepersonal	92 %	7 %	-
Ärztlicher Dienst	82 %	16 %	2 %
Funktionsabteilung	77 %	14 %	3 %
Physiotherapie	84 %	15 %	-
Transportdienste	76 %	22 %	2 %
Verpflegung	67 %	28 %	2 %

Diese Bewertung deckt sich im Wesentlichen mit den Vorjahren.

Im Folgenden werden die Grundaussagen aus dem sogenannten verbalen Teil des Patientenfragebogens zusammengefasst:

Anerkennend äußerten sich Patienten über die Erweiterung des Leistungsspektrums, z. B. verbesserte Diagnostik mithilfe eines hauseigenen Computertomographen, sowie einer optimalen Versorgung von Diabetikern. Diabetiker wissen es sehr zu schätzen, dass für sie nicht nur ein entsprechender Facharzt zur Verfügung steht, sondern auch in unmittelbarer Nähe des Krankenhauses die ambulante Weiterversorgung angeboten wird.

Besonders angenehm empfinden die Patienten die ruhige Lage am Waldrand inmitten einer parkähnlich gestalteten Grünanlage und den freundlichen Umgangston der Ärzte und Schwestern.

Als Vorteil wird auch die Speiserversorgung über die hauseigene Küche wahrgenommen. So ist es möglich, auf spezielle Patientenwünsche einzugehen. Diesen Service wissen besonders Tumorkranke und deren Angehörige zu schätzen.

Die Kleinheit des Hauses ermöglicht einen sehr individuellen Umgang mit den Patienten.

Verbesserungswürdig ist der Bereich Telefonie und TV. Vor allem die Bedienbarkeit der Geräte bereitet manchen Patienten Probleme.

Vor allem ältere Patienten zeigen an, dass sie Mühe damit haben, Ärzte zu verstehen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist.

Das **Hygienemanagement** erfasst seit Jahren eine interne Registrierung der im Krankenhaus erworbenen Infektionskrankheiten (Nosokomiale Infektionen).

Folgende Häufigkeiten wurden in 2008 erfasst:

Gesamt-Haus	0,23 %	
Innere Medizin	0,15 %	davon: Harnwegsinfektionen 25 % Atemwegsinfektionen 25 % Sonstige 50 %
Chirurgie	0,36%	davon: Wundinfektion 60 % Harnwegsinfektion 40 %

In der Auswertung liegen diese Häufigkeiten deutlich unter dem Durchschnitt der Bundesrepublik, was auf ein gutes Hygienemanagement und hygienegerechtes Verhalten der Mitarbeiter zurückzuführen ist, sowie auf die strikte Trennung zwischen kontaminierten und nicht kontaminierten Patienten.

D-5 Qualitätsmanagementprojekte

Das Ziel der Projektarbeit im Qualitätsmanagementprozess ist die kontinuierliche Weiterentwicklung und Optimierung der ärztlichen und pflegerischen Versorgung der Patienten und somit das gemeinsame Bestreben einer ständigen Qualitätsverbesserung der Patientenversorgung im diakonischen Auftrag.

Im Zuge der Fortführung des Qualitätsmanagementprozesses und der Vorbereitung einer Zertifizierung im Jahr 2010 fanden im Berichtsjahr mit Unterstützung einer externen Beratungsfirma Überprüfungen der aus der Projektarbeit der letzten Jahre abgeleiteten Verfahrensanweisungen und Regelungen statt. Umfassend wurde die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems beraten und neue Projekte festgelegt.

Als wichtigste Aufgabe wurden der Aufbau eines elektronischen **Managementhandbuches** und der Ausbau des Intranets gesehen. Mit Beginn des Jahres 2009 wurden die Rahmenbedingungen geschaffen und die ersten Kapitel des Handbuches im Lenkungsausschuss verabschiedet. Das Managementhandbuch wird allen Mitarbeitern den Zugang zu den Dokumenten, wie Dienstanweisungen, Standards und Organisationsanweisungen erleichtern und entscheidend zur Qualitätssicherung beitragen.

Im Berichtsjahr wurden wichtige **Kennzahlen zur Qualitätssicherung** eingeführt:

Die kontinuierliche **Erfassung des Sturzgeschehens** und vor allem die detaillierte Auswertung dieser Vorgänge in den betroffenen Bereichen tragen wesentlich zur Erhöhung der Patientensicherheit bei. Ziel ist die Beseitigung von Unfallquellen, aber auch das Erkennen von Vorbeuge- und Korrekturmaßnahmen im Umgang mit sturzgefährdeten Patienten. Das Sturzprotokoll, welches bei jedem Sturz von dem zuständigen Mitarbeiter ausgefüllt und zur Erfassung an den Pflegedienstleiter weitergeleitet wird, bildet die Grundlage für diesen Prozess.

Die Mitarbeiterschaft hat erkannt, dass die Analyse dieser Ereignisse und die daraus abgeleiteten Maßnahmen den Patienten oft zusätzliches Leid erspart und somit eine große Motivationsgrundlage für die Pflegekräfte darstellt.

Eine weitere wichtige Maßnahme zur Messung der Qualität ist das im Jahr 2008 eingeführte **Dekubitusprotokoll**. Durch kontinuierliche Erfassung der Dekubitalulzera 3. und 4. Grades konnten aussagekräftige Analysen erstellt werden. Die gezielte Anschaffung fachgerechter Matratzen bzw. Auflagen für unsere Patienten und die Pflichtschulung der Mitarbeiter ist Teil des Qualitätsmanagements.

Ein umfangreiches Projekt unseres Qualitätsmanagements war 2008 die Umstellung der gesamten **Patientendokumentation** auf ein System, welches auf einem klar strukturierten, einheitlichen und berufsgruppenübergreifenden Patientendokumentationskonzept beruht.

In der Projektgruppe arbeiteten die Qualitätsmanagementbeauftragte, jeweils ein Vertreter des ärztlichen Dienstes der beiden Fachabteilungen, eine Sekretärin und Mitglieder der Standardgruppe mit. Der Projektgruppe ist es gelungen, die enorme Bedeutung der Patientendokumentation klarzustellen und durch die Einführung einer neuen, zeitgemäßen Patientendokumentation die Qualität der Dokumentation im Krankenhaus wesentlich zu verbessern. Im Vordergrund stehen die gesetzlichen Anforderungen nach vollständiger, verständlicher, korrekter, nachvollziehbarer und zeitnaher Patientendokumentation.

Mit einer ganztägigen Pflichtschulung wurde das neue Dokumentationssystem den Mitarbeitern vorgestellt und im Anschluss die Einführung auf den Stationen von fachkundigem Personal begleitet. Im Vorfeld wurden Dokumentationsverantwortliche der Abteilungen ernannt und geschult, die dann als Multiplikator fungierten. Notwendige Änderungen, die sich nachträglich hausspezifisch ergeben, werden von der Standardgruppe analysiert und eingearbeitet.

Ein weitere Projektgruppe befasste sich mit dem **Wundmanagement**. Verschiedene Verbandsmaterialien wurden einer Testphase unterzogen und miteinander verglichen. Daraus abgeleitet wurde in Zusammenarbeit von chirurgischen Ärzten, Pflegern und der Verantwortlichen für das medizinische Lager ein Grundsortiment an Verbandstoffen festgelegt.

Das Personal wurde in einer Fortbildung über den Umgang mit diesen Materialien geschult, so dass jeder Mitarbeiter über den gleichen Wissenstand verfügt und die Qualität der Verbände deutlich verbessert werden konnte.

Gleichzeitig wurde für jede Station eine Digitalkamera angeschafft, um die Wunddokumentation mit Bildmaterial zu ergänzen bzw. den oft langwierigen Wundheilungsprozess im Bild festzuhalten. Dadurch kann dieser genauer verfolgt und beurteilt werden.

Im ersten Halbjahr 2008 wurde eine **Umstrukturierung der Stationen** durch einen räumlichen Austausch zweier Stationen vollzogen. Die Arbeitsgruppe „Umzug“, unter deren Leitung dieses Projekt stand, traf alle Vorbereitungen und gewährleistete, neben vielen Helfern, einen reibungslosen Ablauf.

Ziel dieser Aktion war, die räumlichen Gegebenheiten im Krankenhaus besser ausnutzen und zu erwartende Patientenströme noch besser lenken zu können.

Die QM-Projektgruppe „**Mitarbeiterentwicklungsgespräche**“ unter der Leitung eines Vorstandsmitgliedes, sowie der Mitarbeit eines Chefarztes, des Pflegedienstleiters, einer Stationsleiterin, einem Vertreter der Mitarbeitervertretung (MAV) und eines Mitarbeiters des administrativen Bereiches hat im Berichtsjahr 2008 dieses Projekt zum Abschluss gebracht. Seit dem 01.08.2008 ist die Verfahrensanweisung zum „Führen von Mitarbeiterentwicklungsgesprächen“ in Kraft gesetzt und in allen Bereichen eingeführt. Innerhalb der nächsten zwei Jahre wird mit jedem Mitarbeiter ein Gespräch geführt.

Mitarbeiterentwicklungsgespräche sind ein wichtiges Führungsinstrument und dienen der gezielten Förderung der Potentiale und Qualifikationen der Mitarbeitenden.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Nach der Zertifizierung nach dem Verfahren der Kooperation für Transparenz und Qualität (KTQ) im Jahr 2005 bereitet sich das Krankenhaus der Diakonissenanstalt EMMAUS auf die nächste Zertifizierung vor.

Notwendig dafür ist der weitere kontinuierliche Aus- und Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems. Dieses soll an das KTQ-Verfahren angelehnt sein, aber auch zunehmend Elemente der DIN ISO (u. a. Interne Audits, Qualitätsmanagementhandbuch) integrieren.

Grundlagen dafür werden durch Eigen- und Fremdanalysen der vorhandenen Organisationsstrukturen, Verfahren und Ressourcen des Krankenhauses in berufsgruppen- und hierarchieübergreifenden Projekten und Arbeitsgruppen geschaffen.

Durch interne Audits soll fortlaufend die Qualität der Arbeit in den einzelnen Bereichen überprüft und Verbesserungspotentiale aufgespürt werden.