

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

Krankenhaus Scharnebeck

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 10.08.2009 um 12:27 Uhr erstellt.

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

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

# Inhaltsverzeichnis

	Einleitung
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses
A-2	Institutionskennzeichen des Krankenhauses
A-3	Standort(nummer)
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus
A-6	Organisationsstruktur des Krankenhauses
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses
A-9	Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses
A-10	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses
A-12	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses
A-14	Personal des Krankenhauses
B-[1]	Allgemeine Chirurgie (importiert am 16.07.2009 16:27)
B-[1].1	Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].6	Diagnosen nach ICD
B-[1].7	Prozeduren nach OPS
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-[1].11	Apparative Ausstattung
B-[1].12	Personelle Ausstattung
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden

## Qualitätssicherung

- C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V
- C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] ("Strukturqualitätsvereinbarung")
- D-1 Qualitätspolitik
- D-2 Qualitätsziele
- D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements
- D-5 Qualitätsmanagement-Projekte
- D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

# Einleitung



Abbildung: Herzlich Willkommen im Krankenhaus Scharnebeck

Die Geschäftsführung des Krankenhaus Scharnebeck freut sich, den dritten strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 SGB V der Öffentlichkeit bekannt zu machen. Der Qualitätsbericht ist nach den gesetzlichen Vorgaben strukturiert. Der Bericht enthält Leistungs- und Strukturdaten des Gesamthauses sowie ausführliche Informationen zur Qualitätspolitik des Hauses und weitere Strukturen des Qualitätsmanagements.

Besonders stolz sind wir auf die erstmalige Begutachtung unseres Management- und Arbeitsschutzsystems durch die DQS, die uns bescheinigt, dass unser Management- und Arbeitsschutzsystem ohne Abweichungen den Anforderungen des internationalen Regelwerks DIN EN ISO 9001:2008 und "MAAS- BGW" entspricht.

Am 03.07.2009 haben wir das Zertifikat nach der DIN EN ISO 9001:2008 und das BGW MAAS- Zertifikat erteilt bekommen.

Gerne stehen wir Ihnen für weitere Detailinformationen zur Verfügung. Ansprechpartner sind die jeweiligen Belegärzte, die QMB sowie die Krankenhausleitung (siehe [www.krankenhaus-scharnebeck.de](http://www.krankenhaus-scharnebeck.de))

Wir hoffen, mit dem Qualitätsbericht gemeinsam mit den Kostenträgern und der Aufsichtsbehörde einen Schritt in die transparente Darstellung der medizinischen Qualität gemacht zu haben.

Für das Krankenhaus Scharnebeck

Mark Schmolke

Geschäftsführer

**Verantwortlich:**

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Mark Schmolke	Geschäftsführer	04136/919-0	04136/919-190	info@krankenhaus-scharnebeck.de

**Ansprechpartner:**

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Sonja Staubach	Qualitätsmanagementbeauftragte	04136/919-171	04136/919-140	staubach@krankenhaus-scharnebeck.de

**Links:**

[www.krankenhaus-scharnebeck.de](http://www.krankenhaus-scharnebeck.de)

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Mark Schmolke, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

# Teil A - Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

## **A-1** Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

### **Hausanschrift:**

Krankenhaus Scharnebeck

Hauptstr. 19

21379 Scharnebeck

### **Telefon:**

04136 / 919 - 0

### **Fax:**

04136 / 919 - 190

### **E-Mail:**

info@krankenhaus-scharnebeck.de

### **Internet:**

<http://www.krankenhaus-scharnebeck.de/>

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

260330474

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

00

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

### **Name:**

Heinrich Krumstroh GmbH&Co. Krankenhausbetriebs KG

### **Art:**

privat

## **A-5** Akademisches Lehrkrankenhaus

trifft nicht zu / entfällt

## A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

### 1.4. Unser Team

#### 1.4.1. Organigramm



Organigramm: das Krankenhaus Scharnebeck

## 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

trifft nicht zu / entfällt

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

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA01	Aufenthaltsräume	Im Aufnahmebereich der Station befindet sich zugleich der Aufenthaltsraum der Patienten. Hier befinden sich zudem Getränkeautomaten und ein Snackautomat.
SA12	Balkon/Terrasse	Unser Krankenhaus bietet für seine Patienten einen sehr schön angelegten Garten, der zu Fuß von allen Zimmern gut erreichbar ist.
SA55	Beschwerdemanagement	Jeder Patient bekommt bei der Aufnahme ins Krankenhaus einen Patientenfragebogen. Auf diesem Fragebogen hat er die Möglichkeit, den Krankenhausaufenthalt auf viele verschiedenen Kriterien hin zu beurteilen. Jeder Mitarbeiter nimmt gerne Beschwerden entgegen, die nach Möglichkeit sofort gelöst und umgesetzt werden. Die Qualitätsmanagementbeauftragte bildet zudem die zentrale Beschwerdestelle und analysiert die Ursache der Beschwerden. In unserer Jahresauswertung 2008 der Patientenfragebögen zeigt sich, dass mehr als 98% unserer Patienten unser Krankenhaus weiterempfehlen würden.
SA39	Besuchsdienst/"Grüne Damen"	Einmal wöchentlich werden unsere Patienten von ehrenamtlichen Damen des Johanniter Ordens mit einer Auswahl von Büchern versorgt. Gerne sind die Damen zu einem Klönschnak aufgelegt.
SA22	Bibliothek	siehe hierzu den Punkt "Besuchsdienst/Grüne Damen"
SA44	Diät-/Ernährungsangebot	Es steht ein ausgewogenes vielfältiges Speisenangebot zur Auswahl. Sie können täglich zwischen verschiedenen Menues wählen und haben die Möglichkeit Wünsche zu äußern.
SA02	Ein-Bett-Zimmer	In unserem Krankenhaus stehen Ihnen Ein-Bett-Zimmer zur Verfügung.
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	In unserem Krankenhaus stehen Ihnen Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle zur Verfügung.
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	Alle unsere Betten im Krankenhaus sind elektrisch verstellbar.
SA40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen	Unser Empfang ist von 07:00h bis 16:30 h besetzt. Danach hilft Ihnen das freundliche Pflegepersonal weiter.
SA14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Jedes Zimmer ist mit einem kostenfreien Fernsehgerät ausgestattet.

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA49	Fortbildungsangebote/Informationsveranstaltungen	Für unsere Mitarbeiter bieten wir auf Grundlage unseres Fortbildungsplanes kontinuierlich weiterführende Fortbildungen an. Informationsveranstaltungen zu z.B. neusten Operationstechniken und zu Indikationen für operative Eingriffe werden von unseren Belegärzten durchgeführt. Termine hierzu finden Sie auf unserer Homepage oder in der Tagespresse.
SA26	Frisiersalon	Fußpflege und Friseur - Auf dem Gelände des Krankenhauses befindet sich ein eigenständiger Friseurbetrieb. Bitte wenden Sie sich an das Pflegepersonal, wenn der Wunsch besteht einen Friseur- oder Fußpflege Termin zu vereinbaren.
SA46	Getränkeautomat	Im Aufenthaltsbereich der Patienten stehen Ihnen Getränkeautomaten für Softdrinks und Kaffee zur Verfügung
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Parkplätze befinden sich in unmittelbarer Nähe des Krankenhauses und stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Die Benutzung ist auf eigene Gefahr.
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung	Auf allen Stationen befinden sich Getränke (Mineralwasser), die für unsere Patienten frei zugänglich sind. Sie haben die Möglichkeit, sich kostenfrei einen frischen Tee aufzubrühen oder sich eine Tasse Kaffee einzuschenken.
SA16	Kühlschrank	In dem Aufenthaltsbereich der Station 1c steht für die Patienten ein eigener Kühlschrank zur Verfügung. Auf Wunsch erhalten unsere Patienten gerne gekühlte Getränke.
SA47	Nachmittagstee/-kaffee	Der Nachmittagskaffee wird Ihnen täglich kostenfrei ans Bett serviert mit einem Stück Kuchen oder Gebäck dazu.
SA33	Parkanlage	Auf der Rückseite des Krankenhauses befindet sich ein wunderschöner Garten, der von unseren Patienten gerne genutzt wird. Hier finden Sie Entspannung und Ruhe. Ruheliegen stehen zur Verfügung.
SA52	Postdienst	Ihre Post können Sie beim Pflegepersonal abgeben. Briefmarken sind in der Verwaltung (Erdgeschoss) erhältlich
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	Rauchen ist ausschließlich in den gekennzeichneten Arealen außerhalb des Krankenhauses gestattet.
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	Selbstverständlich halten wir rollstuhlgerechte Nasszellen vor.
SA42	Seelsorge	Auf Wunsch stellen wir gerne für Sie Kontakt zu den ortsansässigen Seelsorgern her.

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA54	Tageszeitungsangebot	Zeitschriften, Broschüren und die ortsüblichen Tageszeitungen liegen kostenfrei im Aufnahmebereich der Station aus. Auf Wunsch erhalten Sie zusätzliche Zeitschriften, gerne auch auf Ihr Zimmer. Sprechen Sie hierzu das Pflegepersonal an.
SA08	Teeküche für Patienten und Patientinnen	Siehe hierzu den Punkt "Kostenlose Getränkebereitstellung"
SA18	Telefon	Jeder Bettenplatz verfügt über einen Telefonanschluss, der gegen eine Gebühr zu nutzen ist.
SA09	Unterbringung Begleitperson	Die Unterbringung einer Begleitperson ist jederzeit möglich.
SA19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer	Wir bitten Sie, möglichst keine Wertgegenstände mit ins Krankenhaus zu bringen. In Ausnahmefällen besteht die Möglichkeit Wertgegenstände im Safe zu deponieren. Es besteht keine Haftung bei Verlust.
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	In unserem Krankenhaus stehen Ihnen Zwei-Bett-Zimmer zur Verfügung.
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	In unserem Krankenhaus stehen Ihnen Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle zur Verfügung.

## **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

23 Betten

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

### **Vollstationäre Fallzahl:**

1391

### **Ambulante Fallzahlen**

#### **Fallzählweise:**

763

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

### **A-14.1** Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	0,0 Vollkräfte	
<b>davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	0,0 Vollkräfte	
<b>Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)</b>	14 Personen	
<b>Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind</b>	0 Vollkräfte	

### **A-14.2** Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	30,0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen</b>	3,0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Altenpfleger und Altenpflegerinnen</b>	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen</b>	0,0 Vollkräfte	2 Jahre	
<b>Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen</b>	2,0 Vollkräfte	1 Jahr	
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	3,0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
<b>Entbindungspfleger und Hebammen</b>	0,0 Personen	3 Jahre	
<b>Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen</b>	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	

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

## B-[1] Fachabteilung Allgemeine Chirurgie (importiert am 16.07.2009 16:27)

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

Allgemeine Chirurgie (importiert am 16.07.2009 16:27)

#### **Art der Abteilung:**

Belegabteilung

#### **Fachabteilungsschlüssel:**

1500

### **B-[1].2** Versorgungsschwerpunkte [Allgemeine Chirurgie (importiert am 16.07.2009 16:27)]

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Allgemeine Chirurgie (importiert am 16.07.2009 16:27):	Kommentar / Erläuterung:
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Allgemeine Chirurgie (importiert am 16.07.2009 16:27):	Kommentar / Erläuterung:
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	

### **B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Allgemeine Chirurgie (importiert am 16.07.2009 16:27)]**

trifft nicht zu / entfällt

### **B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Allgemeine Chirurgie (importiert am 16.07.2009 16:27)]**

trifft nicht zu / entfällt

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

#### **Vollstationäre Fallzahl:**

1391

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

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

Rang	ICD-10- Ziffer* (3-stellig):	Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	M23	353	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes
2	M75	174	Schulterverletzung
3	M17	115	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
4	S83	96	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder
5	I83	81	Krampfadern der Beine
6	M16	65	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
7	K40	62	Leistenbruch (Hernie)
8	K60	47	Einriss der Schleimhaut (Fissur) bzw. Bildung eines röhrenartigen Ganges (Fistel) im Bereich des Afters oder Mastdarms
9	M20	46	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen

Rang	ICD-10- Ziffer* (3-stellig):	Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
10	E05	21	Schilddrüsenüberfunktion

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## B-[1].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

keine Angaben

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

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

Rang	OPS-301 Ziffer (4-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	5-812	319	Operation am Gelenknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
2	5-814	146	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung
3	5-822	82	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks
4	5-813	73	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern im Kniegelenk durch eine Spiegelung
5	5-385	57	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein
6	5-820	55	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
7	5-530	40	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
8	5-493	21	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
8	5-811	21	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung
10	5-842	19	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern

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

keine Angaben

## B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr:	Art der Ambulanz:	Bezeichnung der Ambulanz:	Nr. / Leistung:	Kommentar / Erläuterung:
AM00	Praxis auf dem Krankenhausareal	Ergotherapie		
AM00	Praxis im Krankenhaus	Physikalische Abteilung		

### **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

Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA37	Arthroskop	Gelenksspiegelung		
AA07	Cell Saver	Eigenblutaufbereitungsgerät		
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen		
AA12	Gastroenterologisches Endoskop	Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung	Nein	
AA53	Laparoskop	Bauchhöhlenspiegelungsgerät		
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät		Ja	
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall	Ja	

### **B-[1].12** Personelle Ausstattung

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

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	0 Vollkräfte	
<b>davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	0 Vollkräfte	
<b>Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)</b>	14 Personen	

## B-[1].12.2 Pflegepersonal:

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	30 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenschwester und Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern</b>	3 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Altenpfleger und Altenpflegerinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen</b>	0 Vollkräfte	2 Jahre	
<b>Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen</b>	2 Vollkräfte	1 Jahr	
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	3 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
<b>Entbindungspfleger und Hebammen</b>	0 Personen	3 Jahre	
<b>Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung:

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss:	Kommentar / Erläuterung:
PQ02	Diplom	

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss:	Kommentar / Erläuterung:
PQ00	Klinischer Kodierer	
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ08	Operationsdienst	

Nr.	Zusatzqualifikation:	Kommentar / Erläuterung:
ZP01	Basale Stimulation	
ZP08	Kinästhetik	
ZP10	Mentor und Mentorin	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	

**B-[1].12.3 Spezielles therapeutisches Personal:**Für die Organisationseinheit/Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	
SP32	Bobath-Therapeut und Bobath-Therapeutin für Erwachsene und/oder Kinder	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	

## Teil C - Qualitätssicherung

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

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

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

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Leistungsbereich:	Mindestmenge:	Erbrachte Menge:	Ausnahmetatbestand:	Kommentar/Erläuterung:
Knie-TEP	50	106		

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

trifft nicht zu / entfällt

# Teil D - Qualitätsmanagement

## D-1 Qualitätspolitik

### Leitbild des Krankenhauses:

#### **Wer sind wir?**

Hervorgegangen aus einem Haus für Naturheilkunde gründete 1951 Heinrich Krumstroh Senior das Krankenhaus Scharnebeck und prägte es mit seiner bis heute herzlichen und familiären Atmosphäre. Das Krankenhaus Scharnebeck ist ein chirurgisches Belegkrankenhaus. Wir bieten den Menschen unserer Region eine patientenorientierte Dienstleistung auf hohem Stand der Wissenschaft und Technik. Bequem erreichbar, verfügt es über hochmotivierte und kompetente Mitarbeiter, die für einen angenehmen Aufenthalt und reibungslosen Ablauf sorgen. Ehemalige Oberärzte großer Kliniken haben sich zusammengefunden, um in ca. 1.500 Operationen jährlich ihr Wissen, Können und ihre Erfahrung, eingerahmt im Ambiente des Krankenhaus Scharnebeck, in den Dienst der Gesundheit zu stellen. Sowohl gesetzlich als auch privat versicherte Patienten nutzen diese Vorteile unseres in den Niedersächsischen Krankenhausplan aufgenommenen Hauses.

#### **Für welche Ideen/Werte stehen wir?**

Am Wohl der Patientinnen und Patienten orientiert sich unser Tun und Handeln, unabhängig von religiöser, ethnischer und gesellschaftlicher Herkunft oder Stellung.

#### **Wie arbeiten wir?**

Wir leisten hochwertige, patientenorientierte Arbeit mit verantwortungsbewusstem Ressourcenverbrauch, wir achten unsere eigene Gesundheit und die der Kunden.

#### **Wie ist unser Verhältnis zu den Patienten und Angehörigen?**

Die Basis der Beziehung zu unseren Patientinnen und Patienten und ihren Vertrauenspersonen ist die Schaffung einer Atmosphäre von Offenheit und Geborgenheit. In der Patientenzufriedenheit sehen wir einen wesentlichen Maßstab für unsere Kompetenz.

### **Wie wollen wir miteinander umgehen?**

Wir verstehen uns als Team, in dem Respekt, ehrlicher und kooperativer Umgang sowie gegenseitiger Anerkennung und Wertschätzung an erster Stelle stehen.

### **Wie wollen wir intern kommunizieren und informieren?**

Eine offene Kommunikation und zielgruppenorientierte Information beteiligt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ist die Grundlage eines guten Betriebsklimas.

### **Wie stellen wir uns unseren jetzigen und zukünftigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor?**

Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind Grundlage und Motor unserer Einrichtung. Wir erwarten qualifiziertes Fachwissen und Freundlichkeit und unterstützen berufliches Engagement, Team- und Entwicklungsfähigkeit. Die Umsetzung der Unternehmensziele Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und Umweltschutz liegt in der Verantwortung eines jeden Mitarbeiters. Alle Mitarbeiter sind verpflichtet, zu diesen Zielen beizutragen.

### **Wie lernen wir?**

Wir lernen voneinander und miteinander. Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und eigene Erfahrungen fließen in unser tägliches Handeln ein.

### **Wie führen wir und wie lassen wir uns führen?**

Die komplexen Ansprüche an unser Krankenhaus erfordern einen teamorientierten und kooperativen Führungsstil. Unser Ziel ist es, Entscheidungen transparent und nachvollziehbar zu gestalten und kreative Ideen zu fördern. Vertrauen und Toleranz prägen unsere Unternehmenskultur.

### **Wie wollen wir uns nach außen verhalten?**

Durch unser Verhalten, unsere Gesprächskultur und unser äußeres Erscheinungsbild tragen wir maßgeblich zu einer positiven Außendarstellung des Krankenhauses bei.

### **Wie wünschen wir uns unsere Partner?**

Wir legen Wert auf gute Kooperation, insbesondere mit unseren Belegärzten, aber auch mit anderen niedergelassenen Ärzten, Sozial- und Gesundheitseinrichtungen, Lieferanten und allen sonstigen Partnern. Unterschiedlichen oder gegensätzlichen Erwartungen unserer Partner versuchen wir durch einen fairen Ausgleich zu begegnen.

### **Welche langfristigen Ziele haben wir?**

Wir arbeiten gezielt und kontinuierlich an der Sicherung und Weiterentwicklung unseres hohen fachlichen Standards. Damit wollen wir dauerhaft die Stellung unseres Krankenhauses als angesehenes chirurgisches Zentrum in der regionalen Versorgung erhalten und weiter ausbauen.

### **Woran messen wir unseren Erfolg?**

Wir messen uns am Behandlungserfolg, an der Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten, Partnern, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie am wirtschaftlichen Ergebnis. Effektiver Arbeitsschutz zeigt sich an einer geringen Quote von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.

### **Qualitäts- und Arbeitsschutzpolitik:**

Das Krankenhaus Scharnebeck versteht sich als modern geführtes Dienstleistungsunternehmen. Die Behandlung unserer Patienten wird nach professionellen Standards durchgeführt. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses Scharnebeck stellen in enger Anlehnung an das Leitbild die Gesundheit, die Zufriedenheit und Geborgenheit der Patienten in den Mittelpunkt ihrer täglichen Arbeit. Unsere therapeutischen, pflegerischen und administrativen Serviceleistungen orientieren sich an einer qualitativ hohen, professionellen und bedarfsgerechten Versorgung aller Patientinnen und Patienten unter besonderen Beachtung des Arbeitsschutzes.

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nehmen aktiv an einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess teil. Die gesetzlichen und behördlichen Bestimmungen werden erfüllt. Die Implementierung und Fortschreibung unseres Qualitäts- u. Arbeitsschutzmanagementsystems ist ein zentraler Pfeiler der Qualitäts- u. Arbeitsschutzpolitik des Unternehmens. Die hierzu implementierten Stellen des Qualitätsbeauftragten und des Arbeitsschutzmanagementbeauftragten in seiner Organisation als Stabstelle der Geschäftsführung unterstreicht die außerordentliche Bedeutung.

Unsere Qualitäts- u. Arbeitsschutzpolitik (Unternehmenspolitik) orientiert sich an folgenden Vorgaben:

Die Festlegung der Unternehmenspolitik ist zentrale Leitungsaufgabe, weil damit die für das Handeln unseres Unternehmens konstitutiven qualitätsleitenden Vorstellungen für ihre Arbeit beschreiben werden. Auch angesichts der Einführung von Marktelementen in die soziale Arbeit ist neben der Festlegung wirtschaftlicher Orientierungen die Definition und Verfolgung unternehmenspolitischer Ziele zur Erlangung und Sicherung einer guten Wettbewerbssituation gleichermaßen bedeutsam.

Den Qualitätskriterien sowie den Kriterien bezüglich des Arbeits- u. Gesundheitsschutzes, die sich aus unserem Leitbild ergeben sowie sich zusätzlich aus den Kundenanforderungen und den Erwartungen unserer Mitarbeiter ableiten und in diesem Handbuch eingearbeitet sind, verpflichtet sich unser Unternehmen im Rahmen der Formulierung seiner Unternehmenspolitik.

Damit beschreiben wir die Orientierung für unser unternehmerisches Handeln. Die Unternehmenspolitik bildet den Rahmen zur Festlegung und Bewertung von Qualitäts- u. Arbeits- u. Gesundheitsschutzzielen. Die ständige Weiterentwicklung und Verbesserung unserer Dienstleistungen und der Wirksamkeit unseres QM - Systems mit integrierten Arbeitsschutz sind für uns verpflichtend und ein weiterer, wichtiger Bestandteil unserer Unternehmenspolitik.

Darüber hinaus verfolgen wir gemeinsame und gemeinsam erarbeitete Arbeits- u. Gesundheitsschutzziele mit der Maßgabe der ständigen Verbesserung der Wirksamkeit des auf die Mitarbeiter bezogenen Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der sich daraus ergebenden Arbeitsbedingungen. Jeder Beschäftigte wird dazu angehalten und motiviert durch persönliche Zielsetzung ständig an der Verbesserung der Qualität, der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes mitzuwirken.

Alle Beschäftigten haben eine gemeinsame Verantwortung für die Arbeitssicherheit in ihren Bereichen. Sie sind verpflichtet, Arbeitsschutzvorschriften und Weisungen einzuhalten. Unser Ziel ist es, durch Sicherheit und Gesundheitsschutz Unfälle und arbeitsbedingte Erkrankungen zu vermeiden und die menschengerechte Arbeit zu steigern.

Alle Mitarbeiter sollen in die Gestaltung der Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Die Besorgnisse von Beschäftigten und der Öffentlichkeit sind ernst zu nehmen und bei der Erarbeitung unternehmerische Zielsetzung zu berücksichtigen.

## **D-2 Qualitätsziele**

### Qualitätsziele des Krankenhauses:

**1. Qualitätsziel:** Wir wollen eine hohe Patientenzufriedenheit erreichen

Prozess: Arbeitsanweisung „Patientenbefragung“

Werkzeug: Jeder Patient erhält den von uns entwickelten Patientenfragebogen mit der Bitte, diesen auszufüllen.

Kennzahl: Die Frage „Würden Sie unser Haus weiterempfehlen wird zu 98% mit „JA“ beantwortet

**2. Qualitätsziel:** Wir verbessern die Qualität unserer Arbeit fortlaufend

a) Prozess: Verfahrensanweisungen „Verbesserung“

Werkzeug: Implementierung eines innerbetrieblichen Verbesserungswesen/Ideenmanagement

Kennzahl: Jeder Mitarbeiter reicht pro Jahr mindestens einen Verbesserungsvorschlag ein

b) Prozess: Arbeitsanweisung „Personalentwicklung“

Werkzeug: Innerbetriebliche und außerbetriebliche Fortbildungsmaßnahmen

Kennzahl: Jeder Mitarbeiter nimmt an mindestens einer Fortbildung im Jahr teil

**3. Qualitätsziel:** Wir wollen eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit erreichen

Prozess: Führungsprozess „Personelle Ressourcen“

Werkzeug: Über Qualitätszirkel und Teamsitzungen werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aktiv an der Gestaltung ihrer Arbeitsabläufe und ihres Arbeitsplatzes beteiligt

Kennzahl: Jeder Mitarbeiter nimmt einmal pro Monat an einer Teamsitzung und einem Qualitätszirkel teil.

**4. Qualitätsziel:** Wir halten alle gesetzlichen und behördlichen Bestimmungen ein

Prozess: Verfahrensanweisung „Ermittlung und Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften und Regeln sowie behördlicher Anordnungen“

Werkzeug: Alle Mitarbeiter haben Kenntnis der einschlägigen Rechtsverordnungen und Gesetze

Kennzahl: Die Einarbeitungsnachweise neuer Mitarbeiter beinhalten die Information über die gesetzlichen Bestimmungen. Sie werden zu 100% geführt.

**5. Qualitätsziel:** Das Krankenhaus Scharnebeck verfügt über ein implementiertes und evaluiertes Qualitätsmanagementsystem

Prozess: Führungsprozess „Qu. int. as“

Werkzeuge:

1. Einführen und „mit Leben erfüllen“ des Qualitätsmanagementsystems ISO 9001:2008 und BGW MAAS
2. Erstellen eines zweijährlichen strukturierten Qualitätsberichts

Kennzahl:

1. Zertifizierung nach ISO 9001:2008 und BGW MAAS im Mai 2009, dann zweijährige Überprüfung und fortlaufende Zuerkennung des Zertifikates nach ISO 9001:2008 und BGW MAAS

2. Veröffentlichung des strukturierten Qualitätsberichts bis zum 31.08.2009, danach im 2- Jahresrhythmus jeweils bis zum 31.08. des Jahres

**6. Qualitätsziel:** Unsere Leistungen erbringen wir wirtschaftlich und nachhaltig. Wir sichern durch ein positives wirtschaftliches Ergebnis den Fortbestand unseres Hauses.

Prozess: Führungsprozess „Unternehmenspolitik“

Werkzeuge:

1. Bindung unserer Belegärzte als Zuweiser
2. Kostenbewußter Einsatz von Mitteln durch alle Mitarbeiter

Kennzahl:

1. Mindestens 1400 stationäre Operationen im Jahr
2. Betriebsergebnis ist nach Abzug von Steuern, Abschreibungen und Investitionen ausgeglichen

#### **Qualitätsziele Verwaltung:**

**1. Qualitätsziel:** Fertigstellung des Archivs, d.h. Einsortierung der Alt-Akten in die entsprechenden Archivordner und Aufrechterhaltung der Ordnung im Archiv

Prozess: Verfahrensanweisung „Ermittlung und Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften und Regeln sowie behördlicher Anordnungen“

Werkzeug: Arbeitsanweisung „Archivordnung“

Kennzahl: Keine Akten mehr auf dem Boden stehend, alle Akten im Ordner

**2. Qualitätsziel:** Verwaltungstechnisch sichergestellter reibungsloser Jahreswechsel

Prozess: Verwaltung

Werkzeug: Checkliste, die erstellt wird durch die TL Verwaltung

Kennzahl: Checkliste ist abgearbeitet (ja/nein), Fehlerfreier Jahreswechsel

### Qualitätsziele Reinigungsdienst:

**1. Qualitätsziel:** Zufriedenheit der Mitarbeiter steigern, Schnittstellenproblematik beseitigen

Prozess: Hygiene

Werkzeug: Jahreskalender mit einer Übersicht der anfallenden Arbeiten erstellen durch die TL Reinigung

Kennzahl: 100% Erfüllung aller Tätigkeiten eigenverantwortlich in dem jeweiligen Bereich

**2. Qualitätsziel:** Schulung zum Thema Grundreinigung aller Mitarbeiter im Reinigungsdienst im Jahr 2009

Prozess: Hygiene

Werkzeug: Erstellen eines Fortbildungsplans durch die TL Reinigungsdienst

Kennzahl: 100% aller Mitarbeiter im Reinigungsdienst sind bis zum 31.12.2009 im Thema Grundreinigung geschult

### Qualitätsziele Ergotherapie:

**1. Qualitätsziel:** Steigerung der Behandlungszahlen

Prozess: Führungsprozess „Unternehmenspolitik“

Werkzeug: Werbung durch den Ergotherapeuten

Kennzahl: Mindestens 35 Einheiten/Woche, wöchentliches Auszählen (ausgehend von 1 Behandelnder mit 30 Wochenstunden)

**2. Qualitätsziel:** Sicherung und Verbesserung der Arbeitsabläufe

Prozess: QM, Verfahrensanweisung „Ermittlung und Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften und Regeln sowie behördlicher Anordnungen“, FB Fehler, Korrektur, Vorbeugung und Verbesserung durch den Ergotherapeuten

Kennzahl: Jährliche Überprüfung und Anpassung des QMS (AA, Standards, FB, etc.) und deren Evaluation

### Qualitätsziele Physiotherapie:

**1. Qualitätsziel:** Patientenzufriedenheit

Prozess: Arbeitsanweisung „Patientenbefragung“

Werkzeug: Patientenfragebogen Physiotherapie

Kennzahl: Durchschnittsnote der Patientenbefragung liegt bei 1,5

**2. Qualitätsbericht:** gleichmäßige Auslastung der Mitarbeiter in der Physiotherapie

Prozess: Führungsprozess „Personelle Ressourcen“

Werkzeug: Statistik „Erfassung der Behandlungen pro Mitarbeiter“

Kennzahl: 90% Auslastung aller Mitarbeiter im Jahresdurchschnitt

### Qualitätsziele Haustechnik:

**1. Qualitätsziel:** Senkung der Reparaturkosten

Prozess: Arbeitsanweisung „Kontrollen“

Werkzeug: Erhöhung der Kontrollen und Prüfungen durch die TL Haustechnik

Kennzahl: 5% Kosteneinsparungen im Jahr 2009 im Vergleich zum Vorjahr

**2. Qualitätsziel:** Kostensenkung im Fuhrpark

Prozess: Arbeitsanweisung „Umgang mit Dienstfahrzeugen“

Werkzeug: Optimierung der notwendigen Touren, bessere Absprache mit der TL Pflege durch die TL Haustechnik

Kennzahl: 10% Kosteneinsparungen im Jahr 2009 im Vergleich zum Vorjahr

### Qualitätsziele Pflege:

**1. Qualitätsziel:** Höhere Mitarbeiterzufriedenheit erreichen: Im Jahr 2009 sollen pro Mitarbeiter höchstens 50 Dienste aufgrund von Anpassungsmaßnahmen (verändertes Arbeitsaufkommen) verändert werden

Prozess: Führungsprozess „Personelle Ressourcen“

Werkzeug: Erstellen einer Statistik pro Mitarbeiter durch die TL Pflege

Kennzahl: Zum Jahreswechsel (31.12.09) wird die Statistik ausgewertet mit dem Ziel weniger als 50 Dienstplanveränderungen pro Mitarbeiter

**2. Qualitätsziel:** genaue Analyse der Stürze und eine entsprechende Schulung der Mitarbeiter

Prozess: Teilprozess "Prä- und postoperative Versorgung"

Werkzeug: Auswertung und Statistik über Stürze

Kennzahl: Weniger als 8 Stürze im Jahr 2009, 80% der Mitarbeiter sind in der Thematik Sturzprophylaxe geschult, Pflegestandard Sturzprophylaxe ist bis zum 31.12.09 überarbeitet

### Qualitätsziele OP:

**1. Qualitätsziel:** Zufriedenheit der Mitarbeiter steigern durch Teambildungsprozess

Prozess: Führungsprozess „Personelle Ressourcen“

Werkzeug: Mitarbeiterfragebogen wird erstellt durch die TL OP

Kennzahl: 85% der Mitarbeiter bewerten den Fragebogen mit einem „gut“

**2. Qualitätsziel:** Zufriedenheit der Mitarbeiter steigern durch das Angebot von Schulungen

Prozess: Führungsprozess „Personelle Ressourcen“

Werkzeug: Fortbildungsplan

kennzahl: 100% der Mitarbeiter sollten an einer Schulung teilgenommen haben

### Qualitätsziele Arbeitsschutz:

**1. Qualitätsziel:** Betriebsunfälle ohne Wegeunfälle und Verbandbucheintragungen gering halten

Prozess: Führungsprozess „Qu. int. as“

Werkzeug: Verbandbuch und Meldungen an die BG

Kennzahl: Weniger als 12 Unfälle und Verbandbucheintragungen bis zum 31.12.2009

**2. Qualitätsziel:** Begehung durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit in jedem Bereich

Prozess: Führungsprozess „Qu. int. as“

Werkzeug: Gefährdungsbeurteilungen, Begehungsprotokolle

Kennzahl: 100% überarbeitete, aktualisierte Gefährdungsbeurteilungen in jedem Bereich

**3. Qualitätsziel:** Unterweisungen in die Gefahrstoffe, Brandschutz, Infektionsschutzgesetz §43, TRBA 250, Arbeitsschutz, etc. durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit

Prozess: Führungsprozess „Qu. int. as

Werkzeug: Unterweisungsprotokolle

Kennzahl: 80% aller Mitarbeiter sind unterwiesen

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

**QM-Strukturen (z.B. Organigramm / zentrales QM, Stabsstelle, Kommission, Konferenzen, berufsgruppenübergreifende Teams):**

#### Tätigkeitsfelder des Krankenhauses Scharnebeck

Das Krankenhaus Scharnebeck ist ein Belegkrankenhaus. Das Kerngeschäft ist die Planung, Vorbereitung, Assistenz und Nachbereitung von Operationen.

Dieses Kerngeschäft (Kernprozess) ist weiter unten beschrieben.

Ein Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN Iso 9001:2008 verlangt neben der Darstellung des Kernprozesses auch die Darstellung anderer Tätigkeiten, die nicht zum Kerngeschäft gehören, aber zur Erbringung des Kerngeschäftes notwendig sind (z. B. Verwaltung, Beschaffung etc.). Diese Tätigkeiten nennen wir Führungs- und Unterstützungsprozesse.

Wir unterscheiden somit zwischen Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozessen.

#### **Führungsprozesse**

Führungsprozesse haben vor allem steuernde und koordinierende Funktion für die Kernprozesse und Unterstützungsprozesse.

Als Führungsprozesse definieren wir:

- Führungsprozess 1 : Unternehmenspolitik / Unternehmensziele
- Führungsprozess 2 : Personelle Ressourcen

- Führungsprozess 3 : Qualitätsmanagementsystem (qu.int.as)

## **Kernprozesse**

Kernprozesse sind die wertschöpfenden Prozesse und dienen der Erbringung von Dienstleistungen, für die ein Kunde zu zahlen bereit ist.

Unser Kernprozess ist die Vor- und Nachbereitung und OP-Assistenz von stationären und ambulanten Operationen.

Um diese Kernprozesse überschaubar und handhabbar zu gestalten, haben wir sie in folgende Teilprozesse zerlegt:

- Teilprozess 1 : OP Planung
- Teilprozess 2 : Prä- und postoperative Versorgung
- Teilprozess 3 : Leistungen im OP- Bereich
- Teilprozess 4 : Physiotherapie
- Teilprozess 5 : Ergotherapie

## **Unterstützungsprozesse**

Unterstützungsprozesse sind wertsichernde Prozesse. Sie sichern den Wert bzw. die Existenz des Unternehmens, ohne jedoch eine Wertschöpfung herbeizuführen.

Als Unterstützungsprozesse definieren wir:

- Unterstützungsprozess 1 : Reinigungsdienst
- Unterstützungsprozess 2 : Haustechnik
- Unterstützungsprozess 3 : Verwaltung
- Unterstützungsprozess 4 : Beschaffung
- Unterstützungsprozess 5 : Speisenversorgung

Alle Prozesse sind entweder in Form von Verfahrensanweisungen oder Arbeitsanweisungen dokumentiert.

## **Einbindung in die Krankenhausleitung:**

Die Beauftragten der obersten Leitung ((Qualitätsbeauftragter, QB); Arbeitsschutzmanagementbeauftragter (ASMB)) sind benannt und sind dem Organigramm zu entnehmen.

Der QB und der ASMB sind Stabsstellen der Geschäftsführung und sind in dieser Funktion von anderen Verantwortungen unabhängig und nur der Qualitäts- bzw. Arbeitsschutzpolitik verpflichtet.

## **QM-Aufgaben:**

Die Schaffung der Position eines Qualitätsbeauftragten ist eine wichtige Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement. Der Qualitätsbeauftragte hat die Aufgabe, Führungskräfte in fachlicher Hinsicht zu entlasten und zu unterstützen. Der Qualitätsbeauftragte vertritt die Einrichtung in allen Belangen der Qualität nach außen, koordiniert und moderiert intern die Arbeit der Qualitätszirkel und sorgt für die Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen in die Praxis.

Die Qualitätsbeauftragte ist für die Planung, Organisation und Kontrolle aller Prozesse zuständig, die die Aufrechterhaltung und die Weiterentwicklung der Qualität zum Ziel haben. Unterstützt wird er von allen Teamleitungen sowie allen beteiligten Mitarbeitern. Die Stelle der Qualitätsbeauftragten ist eine Stabsstelle der Geschäftsführung.

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

### **Interne Auditinstrumente zur Überprüfung der Umsetzungsqualität nationaler Expertenstandards (z. B. Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz):**

Durch interne Audits stellen wir sicher, dass die Ablauf- und Aufbauorganisation (Prozesse, Verfahren, Arbeitsanweisungen) auf ihre Aktualität und Angemessenheit hin überprüft und ggf. angepasst werden. Als Maßstab gilt auch hier, in welchem Maße die Forderungen der Kunden und weitere Qualitäts-, Arbeits- und Gesundheitsschutzziele erreicht wurden.

Wir stellen zudem fest, ob unser QM- System normenkonform zu der DIN EN ISO 9001:2008 arbeitet und den berufsgenossenschaftlichen Anforderungen der MAAS-BGW entspricht und passen es ggf. an.

Im Zuge der jährlichen Managementbewertung wird der Auditjahresplan für das Folgejahr festgelegt.

Die Auditierung der Einhaltung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes wird im Rahmen der internen Audits auf allen Ebenen integriert durchgeführt. Hierzu tragen auch sicherheitstechnische Begehungen bei.

Vorgaben und Handlungsrichtlinien aus den internen Audits sind durch uns ausschließlich

- personalisiert (wer ist verantwortlich?) und
- terminiert (bis wann ist etwas zu erledigen?)

verfasst.

Die Ergebnisse fließen in die Managementbewertung ein.

### **Beschwerdemanagement:**

Siehe Punkt: "Maßnahmen zur Patienten-Information und -Aufklärung"

### **Fehler- und Risikomanagement (z.B. Critical Incident Reporting System (CIRS), Maßnahmen und Projekte zur Erhöhung der Patientensicherheit):**

Korrekturmaßnahmen ergeben sich aus Kundenreklamationen, Reklamationen der Mitarbeiter, Fehler im Arbeits- und Gesundheitsschutz oder Reklamationen der interessierten Parteien.

Korrekturmaßnahmen setzen wir in folgender Reihenfolge um:

- Bewertung des Fehlers
- Feststellung der Fehlerursache
- Festlegung des Handlungsbedarfes
- Umsetzung der Maßnahme
- Beurteilung der Wirksamkeit

Ziel einer Korrekturmaßnahme ist immer die Vermeidung der Wiederholung eines Fehlers oder einer arbeitsbedingten Gefährdung oder Unfalls.

Jede beschlossene Korrekturmaßnahme wird durch uns ausschließlich

- personalisiert (wer ist verantwortlich?) und
- terminiert (bis wann ist etwas zu erledigen?)

auf einem Formblatt verfasst.

### **Patienten-Befragungen:**

Monatlich wird die Zufriedenheit unserer Kunden durch eine Patientenbefragung gemessen. Dazu dient das Formblatt Patientenfragebogen. Die Messung wird kontinuierlich durchgeführt und die Fragebögen werden quartalsweise ausgewertet.

Diese Befragung beinhaltet auch relevante Themen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Die Ergebnisse fließen in die Managementbewertung ein.

## **Mitarbeiter-Befragungen:**

Mindestens einmal im Jahr wird die Mitarbeiterzufriedenheit auch bezüglich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes durch eine Befragung gemessen.

Die Mitarbeiter erhalten 8 Wochen nach Rücklauf der Befragung eine Rückmeldung. Die Rückmeldung beinhaltet neben der Auswertung der Ergebnisse auch die Nennung eventueller Korrektur- oder Verbesserungsmaßnahmen.

## **Einweiser-Befragungen:**

Einmal jährlich werden alle zugelassenen Lieferanten, die sich auf der Lieferantenliste befinden, von den jeweiligen Teamleitungen bewertet. Fällt die Lieferantenbewertung für einen bestimmten Lieferanten unbefriedigend aus, wird der „Mitarbeiter Beschaffung“ einen neuen Lieferanten akquirieren.

## **Maßnahmen zur Patienten-Information und -Aufklärung:**

Die Kommunikation mit dem Kunden ist ein fester Bestandteil der täglichen Dienstleistungen.

So beginnt die Kommunikation mit unseren Patienten bei Aufnahmegesprächen und führt über Gespräche bei ärztlichen Visiten, während der Grund- und Behandlungspflege und während der physio- und ergotherapeutischen Behandlung bis hin zu Entlassungsgesprächen. Darüber hinaus stehen wir als Ansprechpartner jederzeit zur Verfügung. Über unser hausinternes Beschwerde- und Verbesserungsmanagement haben unsere Patienten die Möglichkeit uns Anregungen und Kritik mitzuteilen.

Die Kommunikation mit den Ärzten erfolgt während der ärztlichen Visitenzeiten, während der OP Zeiten und telefonisch.

Nach außen präsentiert sich unsere Einrichtung mit Information über unser Angebot in Form von Flyern. Für die Patienten in unserem Haus liegen Patienteninformationen aus.

## **Wartezeitenmanagement:**

In unserem Patientenfragebogen erfassen wir auch das Wartezeitenmanagement.

## **Hygienemanagement:**

Unsere externe Fachkraft für Hygiene erarbeitete für uns den nach dem Infektionsschutzgesetz notwendigen Hygieneplan und hält diesen auf dem aktuellen Stand. Weiterhin führt die externe Fachkraft jährlich Hygieneschulungen für unsere Mitarbeiter durch. Im Jahr werden zwei Krankenhausbegehungen im Bereich Hygiene durchgeführt zusammen mit dem internen Hygienebeauftragten.

Durch die Zusammenarbeit einer Vielzahl von Menschen in unserem Krankenhaus haben Hygienemaßnahmen eine besondere Bedeutung, besonders im Hinblick auf Infektionskrankheiten. Die Verantwortung für die Sicherung der hygienischen Erfordernisse trägt die Geschäftsführung. Unsere Geschäftsführung arbeitet im Bereich der Hygiene eng zusammen mit den behandelnden Ärzten und dem zuständigen Gesundheitsamt.

Für den Bereich der Krankenhaushygiene trägt der Hygienebeauftragte Arzt die Verantwortung. Er wird unterstützt von der externen Hygienefachkraft und dem Hygienebeauftragten.

Ferner ist eine Hygienekommission gebildet worden. Sie wird einmal im Jahr bzw. aus akuten Anlässen unverzüglich einberufen. Einer der Hauptaufgaben der Hygienekommission ist die permanente Aktualisierung unseres Hygieneplans.

## **D-5 Qualitätsmanagementprojekte**

Siehe hierzu den Punkt Qualitätsziele.

Zu jedem dieser Qualitätsziele haben sich verschiedene Projektgruppen gebildet.

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

### **Allgemeine Zertifizierungsverfahren:**

Im Mai 2009 fand die erstmalige Begutachtung unseres Management- und Arbeitsschutzsystems durch die DQS statt, die uns bescheinigt, dass unser Management- und Arbeitsschutzsystem ohne Abweichungen den Anforderungen des internationalen Regelwerks DIN EN ISO 9001:2008 und "MAAS- BGW" entspricht.

### **Managementbewertung Nr. 1 für das Beurteilungsjahr 2008 vom 06. Mai 2009**

Im Vorfeld der Managementbewertung fand eine Datenanalyse entsprechend der DIN EN ISO 9001:2000 und das Regelwerk MAAS-BGW durch die Qualitätsmanagementbeauftragte und dem Geschäftsführer statt. In unserem noch jungen Qualitätsmanagementsystem findet nunmehr erstmals für das Kalenderjahr 2008 eine Managementbewertung statt. Uns ist bewusst, dass sich diese Managementbewertung allein an den nachfolgend aufgestellten Kriterien orientiert. Verbindliche Ziele für das Jahr 2008 waren insofern noch nicht festgelegt. Die Erfahrungen aus dem Jahr 2008 und letztendlich die Ergebnisse dieser Managementbewertung führten aber zur Festlegung der Unternehmensziele und Teilziele für das Jahr 2009.

### **Managementbewertung:**

#### **1. Auditberichte über externe Audits**

- 1.1. Am 18. Juni 2008 externe Auditierung des QMS durch die Firma arvamed. Es wurden umfangreiche Maßnahmenpläne zur Verbesserung des QMS erstellt und vollständig umgesetzt.
- 1.2. Am 27.10.2008 externes Audit durch die Firma arvamed zum Themenbereich QMS und schwerpunktmäßig MAAS-BGW: Das vorhandene QMS wurde nochmals auditiert, Veränderungen wurden im Maßnahmenplan festgelegt und vollständig umgesetzt. Der Weg für eine Zertifizierung nach MAAS-BGW wurde aufgezeigt, ein Maßnahmenplan dessen Umsetzung bis zum März 2009 zu erfolgen hat, wurde festgelegt. Zum Zeitpunkt der Managementbewertung war dieser Maßnahmenplan abgearbeitet und erledigt.

- 1.3. Externes Audit durch die Hygienefachkraft Frau Osswald. Zur Verbesserung unseres Hygienemanagements wurde im Jahr 2008 eine externe Hygienefachkraft beauftragt. Diese führte mehrere Audits durch und erstellte einen umfangreichen Maßnahmenplan, insbesondere wurde für das Krankenhaus Scharnebeck ein völlig neuer Hygieneplan erstellt, die Umsetzung des Hygieneplans wurde durch die Hygienefachkraft geschult. Die bei den Audits festgestellten Verbesserungsbedarfe wurden in einem Maßnahmenplan zusammengefasst und bis zum 15. Januar 2009 umgesetzt. Ein erneutes Hygieneaudit wurde für den September 2009 vereinbart.

## **2. Interne Audits**

Die Einhaltung des Datenschutzes und der damit verbundenen Regelungen und Bestimmungen hat in unserem Hause einen hohen Stellenwert. Der Datenschutzbeauftragte hat im Jahr 2008 quartalsweise das gesamte Krankenhaus auditert und jeweils einen Datenschutzreport erstellt. Er hat ferner für das Jahr 2008 einen Jahresbericht erstellt. Im Jahr 2008 haben sich zunächst noch erhebliche Defizite gezeigt. Diese sind im Laufe des Jahres durch den dem Auditbericht anhängendem Maßnahmenplan weitestgehend abgestellt worden. Auch im Jahr 2009 wird zur Verfestigung eines exzellenten Datenschutzes eine regelmäßige Auditierung durch den Datenschutzbeauftragten fortgeführt.

## **3. Arbeitsschutz**

- 3.1. Die Arbeitsausschusssitzungen wurden im Jahre 2008 vollständig durchgeführt. Die Fachkraft für Arbeitssicherheit hat umfangreiche Begehungen durchgeführt. Es wurden nur wenige Beanstandungen festgestellt. Diese wurden in Maßnahmenplänen erfasst und umgehend abgestellt.
- 3.2. Gefährdungsbeurteilungen: Alle Gefährdungsbeurteilungen wurden im Jahr 2008 überarbeitet und aktualisiert.
- 3.3. Einschätzung zur Wirksamkeit des Arbeitsschutzes

Die Geschäftsführung sieht aufgrund der durchgeführten Schulungen, des außerordentlichen Engagement der Sicherheitsbeauftragten und der Aktualisierung aller Gefährdungsbeurteilungen unter Berücksichtigung des relativ geringen Stand an Arbeitsunfällen und Verbandbucheintragungen, den Arbeitsschutz in unserem Betrieb als wirksam an, jedoch bleibt eine stetige Verbesserung Ziel und Bestreben, auch der Geschäftsführung.