



## **Strukturierter Qualitätsbericht 2008**

AMEOS Klinikum Neustadt

*gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über das Berichtsjahr 2008  
erstellt am 27.08.2009*

## Impressum

Krankenhaus: AMEOS Klinikum Neustadt  
Anschrift: Wiesenhof  
23730 Neustadt in Holstein  
Tel. 04561 611 0  
Fax 04561 611 4315  
<http://www.ameos.eu>

**AMEOS Krankenhausgesellschaft Holstein mbH**

**Geschäftsführer:**

Theresia Kleikamp, Michael Dieckmann, Maria Mensen

**Krankenhausdirektor:**

Andreas Tüting

**Qualitätsmanagement:**

Dr. Holger Popp

**Öffentlichkeitsarbeit und Pressesprecher:**

Jan Dreckmann

## Inhaltsverzeichnis

### Einleitung

#### A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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-11.1	Forschungsschwerpunkte
A-11.2	Akademische Lehre
A-11.3	Ausbildung in anderen Heilberufen
A-12	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses
A-14	Personal des Krankenhauses
A-14.1	Ärzte und Ärztinnen
A-14.2	Pflegepersonal

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

<b>B-1</b>	<b>Klinik für Neurologie und Neurophysiologie</b>
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-1.6.1	Hauptdiagnosen nach ICD
B-1.6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen
B-1.7	Prozeduren nach OPS
B-1.7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS
B-1.7.2	Weitere Kompetenzprozeduren
B-1.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-1.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-1.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-1.11	Apparative Ausstattung
B-1.12	Personelle Ausstattung
B-1.12.1	Ärzte und Ärztinnen
B-1.12.2	Pflegepersonal
B-1.12.3	Spezielles therapeutisches Personal
<b>B-2</b>	<b>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie</b>
B-2.1	Name der Organisationseinheit/Fachabteilung
B-2.2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

## Inhaltsverzeichnis

B-2.3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung
B-2.4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung
B-2.5	Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung
B-2.6	Diagnosen nach ICD
B-2.6.1	Hauptdiagnosen nach ICD
B-2.6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen
B-2.7	Prozeduren nach OPS
B-2.7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS
B-2.7.2	Weitere Kompetenzprozeduren
B-2.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-2.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-2.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-2.11	Apparative Ausstattung
B-2.12	Personelle Ausstattung
B-2.12.1	Ärzte und Ärztinnen
	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung
B-2.12.2	Pflegepersonal
B-2.12.3	Spezielles therapeutisches Personal

### C Qualitätssicherung

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 Qualitätsmanagement

D-1	Qualitätspolitik
D-2	Qualitätsziele
D-3	Aufbau des einrichtungswisernen Qualitätsmanagements
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements
D-5	Qualitätsmanagementprojekte
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements

## Einleitung

Das AMEOS Klinikum Neustadt gehört im Krankenhausbereich zu den größten Anbietern psychiatrisch-psychotherapeutischer, psychosozialer und kinder- und jugendpsychiatrischer Dienstleistungen in Schleswig-Holstein.

Für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung seelisch kranker Erwachsener besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung für den südlichen Teil des Kreises Ostholstein und die Stadt Lübeck.

Eng verbunden mit dem Standort in Neustadt ist das erst 2007 eröffnete AMEOS Klinikum Lübeck und die psychiatrische Tagesklinik Ostholstein, an der die AMEOS Krankenhausgesellschaft Holstein mbH zu 50% beteiligt ist.

An den AMEOS Kliniken in Neustadt und Lübeck werden zusätzlich psychiatrische Institutsambulanzen vorgehalten.

Wenn im vorliegenden Bericht vom AMEOS Klinikum Neustadt gesprochen wird, so beinhaltet diese Formulierung auch immer das AMEOS Klinikum Lübeck.

## Teil A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hausanschrift:  
 Wiesenhof  
 23730 Neustadt in Holstein  
 Postanschrift:  
 Postfach: 1442  
 23724 Neustadt in Holstein  
 Telefon: 04561 611 0  
 Fax: 04561 611 4315  
 E-Mail: info@neustadt.ameos.de  
 Internet: <http://www.ameos.eu>

### A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260100659

### A-3 Standort(nummer)

00

### A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: AMEOS Krankenhausgesellschaft Holstein mbH  
 Art: privat

### A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Nein

### A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Trifft nicht zu / entfällt.

### A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung: Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?

Ja

### A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Die Versorgungsschwerpunkte sind bei den einzelnen Fachabteilungen im Teil B aufgeführt.

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

Die medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote sind bei den einzelnen Fachabteilungen im Teil B aufgeführt.

## Teil A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

Die nicht-medizinischen Serviceangebote sind bei den einzelnen Fachabteilungen im Teil B aufgeführt.

### A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

#### 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

256

### A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fallzahl: 3812

Ambulante Fallzahl:

Quartalszählweise: 1922

### A-14 Personal des Krankenhauses

#### A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar / Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	27,4 Vollkräfte	
– davon Fachärzte und Fachärztinnen	11,0 Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0 Personen	
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	1,0 Vollkräfte	

## Teil A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-14.2

#### Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	87,0 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	2,0 Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0,0 Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	28,6 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	1,2 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
Entbindungspfleger und Hebammen	0,0 Personen	3 Jahre	
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	



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

---

**B-1**              **Klinik für Neurologie und Neurophysiologie**

**B-2**              **Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie**

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

### B-1 Klinik für Neurologie und Neurophysiologie

#### B-1.1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

##### Klinik für Neurologie und Neurophysiologie

Fachabteilungsschlüssel: 2800

Name des Chefarztes oder der Chefarztin: Brogmus

Hausanschrift:

Wiesenhof

23730 Neustadt in Holstein

Postanschrift:

Postfach: 1442

23724 Neustadt in Holstein

Telefon: 04561 611 4600

Fax: 04561 611 4773

E-Mail: [info@neustadt.ameos.de](mailto:info@neustadt.ameos.de)

Internet: <http://www.ameos.eu>

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung: Hauptabteilung

#### B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte	Kommentar / Erläuterung
VN00	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens	
VN00	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Muskulatur	
VN00	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VN00	Vorstationäre Behandlungen	
VN00	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	

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

Nr.	Versorgungsschwerpunkte	Kommentar / Erläuterung
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	Unser Leistungsspektrum beinhaltet nur die Notfallmedizin.
VN20	Spezialsprechstunde	
VN21	Neurologische Frührehabilitation	
VN23	Schmerztherapie	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	

### B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung / -beratung / -seminare	

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

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP06	Basale Stimulation	
MP07	Beratung / Betreuung durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen	
MP10	Bewegungsbad / Wassergymnastik	
MP11	Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und / oder Kinder)	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassungsmanagement / Brückenpflege / Überleitungspflege	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining / Inkontinenzberatung	
MP31	Physikalische Therapie / Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie / Krankengymnastik als Einzel- und / oder Gruppentherapie	
MP37	Schmerztherapie / -management	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie / Logopädie	
MP45	Stomatherapie / -beratung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln / Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	
MP51	Wundmanagement	
MP52	Zusammenarbeit mit / Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

### B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Serviceangebot	Kommentar / Erläuterung
SA36	Schwimmbad / Bewegungsbad	
SA44	Diät- / Ernährungsangebot	
SA47	Nachmittagstee / -kaffee	
SA51	Orientierungshilfen	
SA52	Postdienst	

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

Nr.	Serviceangebot	Kommentar / Erläuterung
SA55	Beschwerdemanagement	
SA57	Sozialdienst	

### B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 416

### B-1.6 Diagnosen nach ICD

#### B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10-Ziffer (3-stellig)	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	G20.1	39	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung
2	I67.3	29	Progressive subkortikale vaskuläre Enzephalopathie
3	G40.2	24	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen
4	G30.1	14	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn
5	G35.3	13	Multiple Sklerose mit sekundärchronischem Verlauf
6	F06.7	12	Leichte kognitive Störung
7	G35.2	11	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf
8	G20.2	11	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung
9	G62.9	9	Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet
10	M54.1	8	Radikulopathie

#### B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Trifft nicht zu / entfällt.

### B-1.7 Prozeduren nach OPS

#### B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-Ziffer (4-stellig)	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-207.0	508	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)

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

Rang	OPS-Ziffer (4-stellig)	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
2	1-206	291	Neurographie
3	8-561.1	164	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie
4	1-208.2	154	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch (SSEP)
5	3-200	110	Native Computertomographie des Schädels
6	1-204.2	96	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme
7	1-205	93	Elektromyographie (EMG)
8	3-800	32	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
9	1-208.4	30	Registrierung evozierter Potentiale: Motorisch
10	1-208.6	26	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell (VEP)

### B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

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

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

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

### B-1.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit	Kommentar / Erläuterung
-----	-------------------	--------------------------------	--------------------------	-------------------------

AA00 Langzeitblutdruckmessung

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

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit	Kommentar / Erläuterung
AA00	Transcranielle Magnetstimulation (TCMS)			
AA00	Langzeit-EKG			
AA03	Belastungs-EKG / Ergometrie	Belastungstest mit Herzstrommessung		
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung		
AA11	Elektromyographie (EMG) / Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit	Messung feinsten elektrischer Ströme im Muskel		
AA12	Gastroenterologisches Endoskop	Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung		
AA27	Röntgengerät / Durchleuchtungsgerät			Es steht ausschließlich ein Röntgengerät zur Verfügung.
AA29	Sonographiegerät / Doppler-sonographiegerät / Duplex-sonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall		
AA31	Spirometrie / Lungenfunktionsprüfung			

### B-1.12 Personelle Ausstattung

#### B-1.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar / Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	2,0 Vollkräfte	
– davon Fachärzte und Fachärztinnen	1,0 Vollkräfte	

#### B-1.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	7,1 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	

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

	Anzahl	Ausbildungs- dauer	Kommentar / Erläuterung
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0,0 Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	3,5 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0,5 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
Entbindungspfleger und Hebammen	0,0 Personen	3 Jahre	
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	

### B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar / Erläuterung
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin / Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
SP15	Masseur / Medizinischer Bademeister und Masseurin / Medizinische Bademeisterin	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP23	Psychologin und Psychologin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	



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

### B-2 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

#### B-2.1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

**Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie**

Fachabteilungsschlüssel: 2900

Name des Chefarztes oder der Chefarztin: Wachholz

Hausanschrift:

Wiesenhof

23730 Neustadt in Holstein

Postanschrift:

Postfach: 1442

23724 Neustadt in Holstein

Telefon: 04561 611 4610

Fax: 04561 611 4153

E-Mail: [info@neustadt.ameos.de](mailto:info@neustadt.ameos.de)

Internet: <http://www.ameos.eu>

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung: Hauptabteilung

#### B-2.2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte	Kommentar / Erläuterung
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	

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

Nr.	Versorgungsschwerpunkte	Kommentar / Erläuterung
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter	AMEOS Psychiatrische Institutsambulanz für Kinder- und Jugendliche

### B-2.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung / -beratung / -seminare	
MP06	Basale Stimulation	
MP07	Beratung / Betreuung durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen	
MP10	Bewegungsbad / Wassergymnastik	
MP11	Bewegungstherapie	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassungsmanagement / Brückenpflege / Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie / Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement / Case Management / Primary Nursing / Bezugspflege	Bezugspflege
MP22	Kontinenztraining / Inkontinenzberatung	
MP27	Musiktherapie	
MP31	Physikalische Therapie / Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie / Krankengymnastik als Einzel- und / oder Gruppentherapie	
MP35	Rückenschule / Haltungsschulung / Wirbelsäulengymnastik	
MP37	Schmerztherapie / -management	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	

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

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP44	Stimm- und Sprachtherapie / Logopädie	
MP45	Stomatherapie / -beratung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln / Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	
MP51	Wundmanagement	
MP52	Zusammenarbeit mit / Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

### B-2.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Serviceangebot	Kommentar / Erläuterung
SA36	Schwimmbad / Bewegungsbad	
SA44	Diät- / Ernährungsangebot	
SA47	Nachmittagstee / -kaffee	
SA51	Orientierungshilfen	
SA52	Postdienst	
SA55	Beschwerdemanagement	
SA57	Sozialdienst	

### B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 3396

### B-2.6 Diagnosen nach ICD

#### B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10-Ziffer (3-stellig)	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F10.0	883	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
2	F20.0	373	Paranoide Schizophrenie
3	F10.2	249	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom
4	F60.3	187	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
5	F33.2	166	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome

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

Rang	ICD-10-Ziffer (3-stellig)	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
6	F43.2	165	Anpassungsstörungen
7	F32.2	152	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
8	F05.1	92	Delir bei Demenz
9	F32.1	87	Mittelgradige depressive Episode
10	F33.1	86	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

### B-2.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Trifft nicht zu / entfällt.

### B-2.7 Prozeduren nach OPS

#### B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu / entfällt.

#### B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

Trifft nicht zu / entfällt.

### B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr. der Ambulanz	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	AMEOS Psychiatrische Institutsambulanz am Standort Lübeck		
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	AMEOS Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanz		
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	AMEOS Psychiatrische Institutsambulanz am Standort Neustadt		

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

### B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu / entfällt.

### B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

### B-2.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit	Kommentar / Erläuterung
AA00	Elektrokrampftherapie			
AA00	Langzeit-EEG			
AA00	Langzeitblutdruckmessung			
AA00	Langzeit-EKG			
AA03	Belastungs-EKG / Ergometrie	Belastungstest mit Herzstrommessung		
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung		
AA11	Elektromyographie (EMG) / Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit	Messung feinsten elektrischer Ströme im Muskel		
AA12	Gastroenterologisches Endoskop	Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung		
AA27	Röntgengerät / Durchleuchtungsgerät			Es steht ausschließlich ein Röntgengerät zur Verfügung.
AA29	Sonographiegerät / Doppler-sonographiegerät / Duplex-sonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall		
AA31	Spirometrie / Lungenfunktionsprüfung			

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

### B-2.12 Personelle Ausstattung

#### B-2.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar / Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	25,4 Vollkräfte	
– davon Fachärzte und Fachärztinnen	10,0 Vollkräfte	

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung	Kommentar / Erläuterung
AQ23	Innere Medizin	
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ52	Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)	Kommentar / Erläuterung
ZF36	Psychotherapie	

#### B-2.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	79,9 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	2,0 Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0,0 Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	25,1 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0,7 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
Entbindungspfleger und Hebammen	0,0 Personen	3 Jahre	

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

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	

### B-2.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar / Erläuterung
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin / Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
SP15	Masseur / Medizinischer Bademeister und Masseurin / Medizinische Bademeisterin	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP23	Psychologe und Psychologin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	

## Teil C Qualitätssicherung

- C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)**  
Entfällt / die Daten liegen zum Veröffentlichungszeitpunkt noch nicht vor.
- 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**  
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

Das Qualitätsmanagement im AMEOS Klinikum Neustadt umfasst alle Bereiche des Krankenhauses. Dadurch stellt die Förderung des Qualitätsbewusstseins einen konstanten und integralen Faktor der täglichen Praxis dar.

Dieser Ansatz lässt sich als Total Quality Management (TQM) zusammenfassen und ist bestrebt, sämtlichen internen und externen Interessensgruppen bestmögliche Ergebnisse anzubieten.

Der TQM-Ansatz beinhaltet drei dafür wichtige Grundsätze:

- "Total" beschreibt die Ausdehnung dieses Prinzips auf alle Bereiche des Krankenhauses und alle beteiligten Interessensvertreter. Für diese Realisierung wird ausdrücklich ein standort-, fach-, berufsgruppen-, hierarchie- und abteilungsübergreifender Ansatz präferiert und langfristige Bindungen und Kooperationen mit unseren PartnerInnen gewünscht und realisiert.
- "Quality" sagt etwas über die zentrale Aussage und Aufgabe des AMEOS Klinikums Neustadt aus. Es ist unser nachhaltiges Bestreben und damit der wichtigste Grundsatz unserer Unternehmenspolitik, eine Leistungserstellung zu realisieren, die zu einer maximalen Zufriedenheit aller Beteiligten führt. Dies ist der Maßstab, an dem wir uns messen lassen möchten. Qualitativ hochwertige Dienstleistungen stellen nämlich unsere Existenzberechtigung dar und sind Ausdruck unserer hohen Verantwortlichkeit gegenüber jedem Einzelnen und der Gesellschaft.
- "Management" meint in diesem Zusammenhang die größtmögliche Vernetzung von Qualitäts- und Unternehmenspolitik, die von der obersten Leitungsebene beispielhaft vorgelebt wird und fördernd und motivierend auf die nachgeordneten MitarbeiterInnen wirkt. Gleichzeitig findet über das Management eine Integration der MitarbeiterInnen in diese Grundsätze statt. Nur durch motivierte und hochqualifiziert ausgebildete MitarbeiterInnen können Aufgaben adäquat delegiert werden und Möglichkeiten der Partizipation an der Unternehmensentwicklung erfolgreich stattfinden. Diese Orientierung an unseren MitarbeiterInnen basiert auf den uns gestellten Anforderungen durch die PatientInnen. Unsere erstklassige Ergebnisqualität wird durch eine bestmögliche Struktur- und Prozessqualität gewährleistet.

Nach unserer Überzeugung beinhaltet die Etablierung eines TQM-Ansatzes eine strategische Ausrichtung, die geprägt ist von einer langfristigen Positionierung. Nur auf diese Weise manifestiert sich die Bedeutung einer kontinuierlichen Qualitätsförderung, die damit zu einer wichtigen Variante der Unternehmenspolitik wird. Ein nur zeitlich befristetes Qualitätsprogramm in Form von rein operativen Umsetzungen wird dem Grundgedanken nicht gerecht.

Durch die Qualitätspolitik werden Prozesse hinterfragt, analysiert und stetig verbessert, Arbeitsabläufe optimiert und kontinuierliche Verbesserungen realisiert. Über unser Qualitätsmonitoring werden Ergebnisse ermittelt, die Auskunft über die Zielerreichung und damit über den weiteren Handlungsbedarf geben. Das übergeordnete und damit handlungsleitende Ziel besteht in der dauerhaften Förderung der Zufriedenheit aller Interessensgruppen.

Eng damit verbunden ist der offene Informationsfluss, die transparente Kommunikation und zielgerichtete Schulung. Erst die im Detail zu konkretisierenden Qualitätsaspekte schaffen eine solide und robuste Basis, um die Qualitätspolitik präzise und zielorientiert in den Routinebetrieb zu integrieren. Dies ist nur unter Schaffung einer integren Unternehmenskultur möglich.

## Teil D Qualitätsmanagement

Dem AMEOS Klinikum Neustadt ist es gelungen, diese Partialaspekte einer modernen Unternehmensführung optimal miteinander zu vernetzen und auf diesem Weg einen hochqualitativen Leistungserstellungsprozess zu garantieren.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung des TQM-Modells ist die Bereitschaft der Unternehmensleitung, adäquate Rahmenbedingungen zu garantieren. Hierzu zählen neben den unverzichtbaren personellen Ressourcen auch Zeitkontingente für Schulungsprogramme, eine angemessene Sachmittelausstattung und eine aktive organisatorische Unterstützung. Diese allgemeinen Prämissen und die unverzichtbaren Vorbildfunktionen der Führungskräfte im Sinne von Promotoren der Qualitätsentwicklung haben wir realisieren können.

Unsere Grundannahmen für die Entwicklung der Qualitätspolitik bestehen in folgenden Überlegungen:

- Qualitätsmanagement stellt die Menschen in den Mittelpunkt, insbesondere PatientInnen und MitarbeiterInnen.
- Qualitätsziele werden auf der Basis der Wünsche und Bedürfnisse der PatientInnen festgelegt.
- Die optimale Behandlung unserer PatientInnen basiert auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand, die Orientierung an den Leitlinien der Fachgesellschaften, den pflegerischen Standards und den Expertenstandards.
- Die Kompetenz und das Wissen unserer MitarbeiterInnen sind entscheidende Grundlagen einer optimalen Behandlung und werden durch vielfältigen Wissenstransfer gefördert.
- Qualitätsmanagement bedeutet einen Entwicklungsprozess langfristig und systematisch zu gestalten.
- Jedes erreichte Qualitätsniveau kann nur Ausgangspunkt für eine Weiterentwicklung sein. Dies wird unter dem Begriff kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) zusammengefasst.
- Die Leistungen des AMEOS Klinikums Neustadt werden im Behandlungsteam erbracht. Daher ist unser Qualitätsmanagement konsequent standort-, bereichs-, hierarchie- und berufsgruppenübergreifend ausgerichtet.
- Gerade in Dienstleistungsbereichen kommt dem Qualitätsmanagement eine herausragende Bedeutung zu. Da die Qualitätsbewertung bei Dienstleistungen immer erst nach der eigentlichen Inanspruchnahme durchgeführt werden kann, ist uns das gewährte Vertrauen Aufgabe und Ansporn zugleich.
- Ein kooperativer, effektiver und effizienter Führungsstil sind ein Garant für Qualität, Stabilität und Sicherheit und damit Voraussetzung für ein optimales Leistungsgeschehen.
- Leistungstransparenz, ein gezielter Informationsfluss und ein leitbildkonformer Umgang realisieren ein Klima, in der Verbesserungspotenziale erkannt werden können, die wir als Chance und Herausforderung betrachten, um Handlungsabläufe kritisch zu reflektieren und zu verbessern.

Um die umfassenden Aspekte unserer Qualitätspolitik in die selbstverständliche tägliche Praxis integrieren zu können, sahen wir die unverzichtbare Notwendigkeit, eine unternehmensspezifische und authentische "Vision der Werte" zu formulieren und überzeugend zur individuellen Verinnerlichung entsprechend zu kommunizieren. Wir ließen uns bei diesem Gedanken davon leiten, dass die Bewusstmachung eines visionären Leitbildes eine im Denken und Handeln eigendynamische Bedeutung erlangen wird. In der konkreten Umsetzung ist es uns wichtig, dass diese Unternehmensphilosophie kontinuierlich mit Leben erfüllt und im Arbeitsalltag konkretisiert wird.

## Teil D Qualitätsmanagement

Unser Leitbild bildet die innere Identifikationsmöglichkeit für unsere MitarbeiterInnen und entfaltet in ihrer Umsetzung gleichzeitig eine Außenwirkung, die für unsere PatientInnen unmittelbar erfahrbar und fühlbar wird. Dabei wird bei unserem Leitbild zwischen den abzuleitenden Missionen und ihren konkreten Ausgestaltungen differenziert.

Der eingeleitete TQM-Prozess kann als Kaskade von Unternehmenspolitik, Unternehmensstrategie und Qualitätspolitik verstanden werden, der über eine visionäre Ausrichtung schließlich in praxisorientierte Handlungen und Darstellungen mündet.

Unser gemeinsam erarbeitetes Leitbild bildet die Wertegrundlage unserer Tätigkeiten. Auf sie bauen nicht nur unsere oben formulierten Grundannahmen auf, sondern auch unsere Zielsetzungen und Handlungsabläufe.

"Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, Menschen mit psychischen und neurologischen Erkrankungen sowie geistigen und seelischen Behinderungen umfassende und vielseitige Hilfen anzubieten. ... Unsere Vision ist, dass psychisch erkrankte und behinderte Menschen ein zufriedenes Leben führen können und ihnen alle Möglichkeiten offen stehen, die auch für andere selbstverständlich sind."

So beginnt bzw. endet unser gemeinsames Leitbild. Es verbindet und ist verbindlich. Wir fassen unseren Versorgungsauftrag unter dem Satz

**"Leben und Gesundheit in guten Händen"**

zusammen.

Das Leitbild ist die Grundlage unseres Zielsystems. Es beschäftigt sich mit den Potenzialen, die eine sichere und qualitativ hochwertige Leistungserbringung ermöglichen, um somit ein sich stetig verbesserndes Qualitätsniveau bereitzustellen:

- Wir bieten allen PatientInnen eine auf die individuellen Bedürfnisse ausgerichtete Therapieform an.
- Wir begegnen den einzelnen Lebensgeschichten mit Würde. Freundlichkeit, Verständnis und Respekt sind uns dabei genauso wichtig, wie ein vertrauensvolles Klima und der Einsatz für unsere PatientInnen.
- Wir sind stolz auf unsere hohe fachliche und soziale Kompetenz und auf unsere Teamarbeit, die auf gegenseitiger Achtung und Akzeptanz beruht. Leitende MitarbeiterInnen nehmen bei uns eine Vorbildfunktion ein. An Entscheidungsprozessen beteiligen wir möglichst viele im AMEOS Klinikum Neustadt tätige Menschen.
- Wir nutzen den wissenschaftlichen Fortschritt und sind aufgeschlossen für neue Impulse.

Mit unserem gemeinsamen Leitbild können wir gewährleisten, dass wir alles in unserer Kraft stehende einsetzen, um die bestmöglichen Behandlungsergebnisse und das optimale Qualitätsniveau zu erreichen. Dies bewerten wir nicht als einen statischen, sondern als einen dynamischen Prozess und betrachten das Motto "Wer aufhört besser zu werden, hat aufgehört gut zu sein" (Philip Rosenthal) als für uns handlungsleitend.

## Teil D Qualitätsmanagement

### D-2 Qualitätsziele

Im vorangegangenen Abschnitt haben wir bereits über unsere strategischen Ziele berichtet. Sie sind naturgemäß eng mit den Unternehmenszielen bzw. mit der so genannten normativen Ebene verbunden.

In der Praxis ist es natürlich entscheidend, diese übergeordneten Ziele in einem konsistenten Gesamtsystem und einer friktionsfreien Form auf die operative Ebene zu transferieren. Dieser Prozess ist eine wichtige Aufgabe der Unternehmensleitung und wird in entscheidender Weise durch das Qualitätsmanagement geprägt. Hier besteht einerseits die Aufgabe, die Qualitätspolitik, ihre zu realisierenden Ziele und Verantwortlichkeiten mit zu definieren und andererseits durch eine Kaskade von Qualitätsplanung, Qualitätslenkung und Qualitätsüberprüfung (siehe auch Kapitel D-4) das bestehende Qualitätsniveau nicht nur zu sichern, sondern kontinuierlich und nachhaltig zu verbessern. Somit ist unser Qualitätsmanagement der Verbindungspunkt zwischen den strategischen und operativen Zielen.

Die überragenden Ziele des AMEOS Klinikums Neustadt bestehen in der bestmöglichen medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und sozialen Behandlung, Betreuung und Versorgung unserer PatientInnen, unter Berücksichtigung unserer wichtigsten Ressource, nämlich den MitarbeiterInnen. Sie werden für ihre hochqualifizierten Tätigkeiten systematisch geschult und weitergebildet, um die sich ständig erweiternden Erkenntnissen adäquat umsetzen zu können.

Selbstverständlich finden auch die Wünsche, Anliegen und Interessen aller weiteren Interessensgruppen in unseren Qualitätszielen ihren nachhaltigen Niederschlag.

Bei der Realisierung neuer oder veränderter Qualitätsziele bedienen wir uns dem so genannten Demingkreis oder PDCA-Zyklus (Plan - Do - Check - Act). Somit gewährleisten wir eine strukturierte, transparente und allgemein anerkannte Grundstruktur, die durch diese vier Teilschritten definiert wird.

- **Plan:**  
Alle Prozesse werden analysiert und geplant, um mögliche Verbesserungspotenziale zu erkennen. Hierzu gehört als Ausgangspunkt die Feststellung des Ist-Zustands und die Formulierung eines verbesserten Qualitätsniveaus.
- **Do:**  
Dies ist die eigentliche Umsetzungsphase als direkte Folge der Planung, wobei es (noch) nicht zwingend notwendig ist, die Realisierung schon im ersten Schritt in allen Bereichen des Klinikums anzustreben. Aus Effektivitäts- und Effizienzgründen kann es sinnvoll sein, zunächst mit besser überschaubaren und weniger komplexen Piloteinheiten zu beginnen.
- **Check:**  
In dieser nachgeordneten Phase erfolgt die Überprüfung und Bewertung der Auswirkung von Planung und konsekutiver Umsetzung im Hinblick auf ihre Zielwirksamkeit und gegebenenfalls die Freigabe als neuen Standard, der klinikweit eingeführt wird.
- **Act:**  
Nach Einführung eines neuen Standards muss deren Wirksamkeit überprüft und unter Umständen weiter adaptiert werden, um beispielsweise individuelle Besonderheiten einzelner Organisationseinheiten oder möglicher Interdependenzen Rechnung tragen zu können. Ausgangspunkt für diese Aktivitäten sind die aus der Check-Phase resultierenden Ergebnisse, die die Grundlage möglicher weiterer Korrekturmaßnahmen darstellen.

Somit stellt der PDCA-Zyklus eine Kaskade von Phasen unseres kontinuierlichen Verbesserungsprozesses dar, auf dem das Qualitätsmanagementsystem aufbaut und der eine Grundlage der Formulierung unserer Qualitätsziele ist: Unser Bestreben einer kontinuierlichen Prozessoptimierung zielt auf unsere wichtigsten Stakeholder ab, nämlich den PatientInnen, die

## Teil D Qualitätsmanagement

den berechtigten Anspruch haben, eine hochprofessionelle Behandlung erfahren zu können ("best place to come") und den MitarbeiterInnen, deren berechtigter Wunsch es ist, dass ihre Leistungen adäquat geschätzt, anerkannt und weiter gefördert werden ("best place to work"). Gleichzeitig muss garantiert werden, dass die limitierten Ressourcen im Gesundheitssektor sozial gerecht und mit möglichst hoher Effektivität und Effizienz genutzt werden.

Jede Festlegung von Qualitätszielen basiert auf unserem Leitbildes und unseren Visionen, unterstützt von der Politik und Strategie des AMEOS Klinikums Neustadt. Auf das gemeinsam erarbeitete Leitbild sind wir im Kapitel Qualitätspolitik bereits ausführlich eingegangen.

Unsere Visionen sind multidimensional verankert und reichen von unserem Anspruch, eine ständig lernende und kontinuierlich innovative Unternehmung darzustellen, um bestmögliche Leistungen anbieten zu können und eine einzigartige therapeutische Individualität zu gewährleisten, über unsere eigene Selbstverpflichtung eines ständig steigenden Qualitätsniveaus bis hin zu unserer gesellschaftlichen Verantwortung, einschließlich dem sozial gerechten Umgang mit den nur begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen. Für die Realisierung dieser Ziele stehen hochmotivierte und bestens ausgebildete MitarbeiterInnen zur Verfügung, deren individuelle Leistungen durch die Integration in multiprofessionelle Teams optimiert werden. Förderlich wirkt ein Arbeitsumfeld, das diese Fähigkeiten in innovativer und kreativer Weise unterstützt.

Um Ziele verantwortlich und "zielgerichtet" definieren zu können, sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- Es müssen zunächst die relevanten Aspekte identifiziert werden und
- es ist unabdingbare Voraussetzung, den so genannten Ist-Zustand zu erheben, um eine geeignete und aussagekräftige Basis für die weitere Qualitätsplanung zu gewinnen.

Unsere Existenzberechtigung resultiert aus unserer Professionalität, die sich vorrangig an dem Maßstab zu orientieren hat, den unsere PatientInnen wünschen. Daher ist die kontinuierliche Ermittlung der Zufriedenheit ein unverzichtbares Instrument. Ergänzt wird dieser Ansatz durch unser Beschwerdesystem, so dass es uns gelingt, unterschiedliche Informationsdimensionen zu gewinnen und darauf zeitnah reagieren zu können. Diese Thematik haben wir dezidiert im strukturierten Qualitätsbericht 2006 (Kapitel D-5: Qualitätsmanagement-Projekte) dargestellt.

Selbstverständlich gibt es eine große Fülle weiterer Qualitätsziele, die in Abhängigkeit von der Praktikabilität vollständig und kontinuierlich oder stichprobenhaft untersucht werden.

Dazu gehören beispielsweise

- Auswertung der Dokumentationsqualität
- die Therapie- und Behandlungsplanung
- die Effizienz konsiliarärztlicher Versorgung, einschließlich der Dauer von der Anforderung bis zum tatsächlichen Erstkontakt
- die Integration der Angehörigen
- die Sachmittelausstattung
- die Transparenz des Behandlungsprozesses
- die Anzahl von PatientInnen, die freiwillig in unserer Einrichtung sind und deren jeweilige Behandlungsdauer
- die Anzahl von PatientInnen, die gemäß eines Unterbringungsbeschlusses in unserer Einrichtung sind und deren jeweilige Behandlungsdauer
- die Quote von elektiven PatientInnenaufnahmen zu Notfallaufnahmen
- die strukturierte Entlassungsvorbereitung, ggf. mit Anbindung an nachstationäre Angebote
- die Dauer der Arztbriefschreibung
- die Anzahl und die Art besonderer Vorkommnisse, einschließlich Suizide und

## Teil D Qualitätsmanagement

Suizidversuche

- die Quote nosokomialer Infektionen
- die Anzahl von Dekubitusfällen.

Diese vorrangig im klinischen Bereich angesiedelten Qualitätsziele werden durch betriebswirtschaftliche Kennzahlen ergänzt, die wegen der oben genannten gesellschaftlichen Verantwortung nicht zu vernachlässigen sind. Die nachhaltige Sicherung der ökonomischen Ertragskraft liegt im Interesse aller internen und externen Partner.

Hier sind beispielsweise die Kennzahlen zur Belegungsentwicklung, zum Casemix in unseren DRG- Bereichen oder die Verweildauer in der Psychiatrie zu erwähnen.

Die Feststellung der erreichten Ergebnisse findet vorrangig im Qualitätsmanagement statt. Hier ist in Personalunion auch das Medizincontrolling angesiedelt, so dass sich eine enge Abstimmung und Zusammenarbeit mit dem betriebswirtschaftlichen Bereich ergibt.

Die Qualitätsziele aus dem klinischen Bereich werden mit unterschiedlichen Erhebungsmethoden bestimmt. So eignen sich besondere Vorkommnisse für Einzelmitteilungen auf dafür zur Verfügung stehenden Formularen, während beispielsweise Dekubitusfälle nicht nur mit der Entlassung anonym gemeldet werden, sondern darüber hinaus umfangreiche Fotodokumentationen angefertigt werden. Selbstverständlich stehen für die exakte Diagnose des Dekubitus, seiner Lokalisation, des Schweregrades und die weitere klinische Entwicklung ebenfalls strukturierte Erfassungsbögen zur Verfügung.

Es wird angestrebt, alle Ergebnisse objektiv und transparent messbar zu gestalten. Dadurch gewährleisten wir eine höchstmögliche Akzeptanz unserer Qualitätsziele und können Trends sichtbar machen. Korrekturmaßnahmen, beispielsweise in der Veränderung von Prozessabläufen, können bei Bedarf kurzfristig einleitet werden.

Die im Qualitätsausschuss festgelegten Ziele (Soll-Werte) basieren auf dem jeweils aktuellen Qualitätsniveau (Ist-Wert). Über Erfahrungswerte aus den zurückliegenden Jahren oder durch veränderte Rahmenbedingungen wird in diesen Gremien eine Zielformulierung für einen definierten Zeitraum konsentiert. Mit Hilfe der jeweiligen Leitungskräfte erfolgt der Informationsfluss an die weiteren verantwortlichen MitarbeiterInnen.

Die Vorgaben werden auf dieser Ebene noch einmal auf ihre Erreichbarkeit diskutiert und es kommt in der Regel zu einer Rückmeldung, die Einfluss auf das anzustrebende Zielniveau hat. Dadurch ist gewährleistet, dass die Kommunikation aus einem Dialog besteht und "Betroffene" zu "Beteiligten" werden.

### D-3

#### Aufbau des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements

Aufbauend auf dem Qualitätsmanagementsystem nach den Prinzipien des TQM (Total Quality Management, siehe auch Kapitel D-1) wird für alle Einrichtungen der AMEOS Gruppe eine Zertifizierung nach dem KTQ®-Modell (siehe auch Kapitel D-6) angestrebt.

Selbstverständlich haben die Vorbereitungen und Vorarbeiten dazu längst begonnen. Parallel wird unser Qualitätsmanagementsystem ständig aktualisiert und weiterentwickelt und ist patientInnen-, mitarbeiterInnen- und prozessorientiert, um auf dieser Basis die bestmögliche Ergebnisqualität zu erreichen.

Zunächst hatten wir die Leitung unseres zentralen Qualitätsmanagements organisatorisch direkt in der Geschäftsführung angesiedelt. Im Zuge einer Umstrukturierung und Neuausrichtung wollten wir die hohe Bedeutung, die wir diesem Bereich zumessen, durch eine noch engere Vernetzung mit unseren vier Geschäftsbereichen Klinikum, Pflege, Eingliederung und Forensik herausstellen. Daher haben wir die MitarbeiterInnen des

## Teil D Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagements als Stabsstellen den jeweiligen LeiterInnen der Geschäftsbereiche zugeordnet.

Damit konnten wir die schon unter dem Punkt Qualitätsziele (siehe Kapitel D-2) beschriebene Verbindungsstellen zwischen der strategischen und der operativen Ebene optimal realisieren.

Der Qualitätsausschuss des AMEOS Klinikums Neustadt stellt das leitende Gremium dar.

Ständige Mitglieder sind die Geschäftsführung, die ChefärztInnen des Klinikums, eine Vertretung aus dem Gesamtbetriebsrat bzw. dem örtlichen Betriebsrat, die LeiterInnen des Pflegedienstes und die VertreterInnen des Qualitätsmanagements, die eine fachlich beratende und koordinierende Funktion einnehmen.

Den Vorsitz führt die Geschäftsführerin. Sie lädt zu den Sitzungen unter Angabe der Agenda ein. Themenwünsche für die jeweiligen Sitzungen sind zeitgerecht vor der Sitzung im Sekretariat der Geschäftsführerin einzureichen.

Von jeder Besprechung wird ein Ergebnisprotokoll erstellt, das alle Mitglieder des Qualitätsausschusses erhalten.. Nachrichtlich werden weitere leitende MitarbeiterInnen aus dem Geschäftsbereich Klinikum informiert und zusätzlich die leitenden MitarbeiterInnen der anderen Geschäftsbereiche.

Aufgaben des Qualitätsausschuss:

Die aktuelle Ausrichtung der Qualitätspolitik des AMEOS Klinikums Neustadt wird im Qualitätssausschuss mit Blick auf Strategie und Politik des Unternehmens festgelegt. Als oberstes Entscheidungsgremium setzt er dabei den Aufbau des Qualitätsmanagements organisatorisch um.

Die anstehenden Projekte werden priorisiert. Von ihm werden Aufträge für Arbeits- und Qualitätsprojekte beschlossen, Qualitätszirkel und Projektgruppen eingesetzt und deren Tätigkeiten fachlich begleitet.

- Er entscheidet über die Umsetzung strategischer orientierter Qualitätsmaßnahmen.
- Er stellt alle notwendigen Ressourcen für die beschlossenen Qualitätsmaßnahmen zur Verfügung.
- In den regelmäßigen Tagungen werden die beschlossenen Maßnahmen beurteilt und gegebenenfalls an aktuelle Erfordernisse angepasst. Dazu nimmt er die erarbeiteten Ergebnisse entgegen und bewertet diese hinsichtlich des angestrebten Zielerreichungsgrades. Gegebenenfalls werden Anpassungen beschlossen oder eine weitere Evaluation zu einem späteren Zeitpunkt vereinbart.
- Die Ergebnisse der Sitzungen werden protokolliert, so dass auch zu späteren Zeitpunkten jederzeit die Entwicklung und die Entscheidungskaskaden sicher nachvollzogen werden können. Sie werden einem definierten Verteiler (siehe oben) zur Kenntnisnahme und gegebenenfalls zur weiteren Bearbeitung bekannt gemacht.
- Er berät über sämtliche Tätigkeiten, die das Qualitätsniveau beeinflussen und verabschiedet die Qualitätsberichte.

Dieser normativen Leitungsebene ist eine strategische Ebene nachgeordnet, die ihre direkte Ansiedlung in den jeweiligen Geschäftsbereichen hat. Die Zentralen Dienste (Verwaltung, Servicebereiche, z.B. Küche, Technik, Fahrdienste etc.) werden bei Bedarf in sie betreffende Entscheidungsprozesse integriert. Sämtliche Sitzungen werden protokolliert, so dass die Qualitätsentwicklungsprozesse mit ihren jeweiligen (Zwischen-)Ergebnissen transparent dargestellt werden.

## Teil D Qualitätsmanagement

Die QualitätsmanagerInnen sind alle umfangreich und fundiert für diese Tätigkeit ausgebildet worden. Sie kommen aus unterschiedlichen Berufsgruppen und haben diese zusätzliche Tätigkeit aus eigenem Interesse an der Umsetzung einer hohen Qualität unserer Arbeit übernommen.

Aufgaben der Stabsstelle Qualitätsmanagement:

Es wurde eingangs bereits erwähnt, dass die QualitätsmanagerInnen direkt den LeiterInnen der Geschäftsbereiche unterstellt und für einen wichtigen Teil der Unternehmensentwicklung verantwortlich sind.

Nach unserem Geschäftsverteilungsplan sind folgende Aufgaben im Qualitätsmanagement angesiedelt:

- Unterstützung, Beratung und Information der Geschäftsführung und ggf. anderer Gremien bei sämtlichen Daten und Maßnahmen zu internen und externen Fragen des Qualitätsmanagements. Besondere Berücksichtigung finden die jeweils aktuellen gesetzlichen Bestimmungen, deren Fortschreibungen und Novellierungen.
- Betreuung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Hierzu zählen beispielsweise Standardbeschreibungen von Arbeitsabläufen (z. B. Aufnahme- und Entlassungsverfahren, Untersuchungen über die Wartezeiten bei Aufnahmen, Dauer der Arztbriefschreibung und weitere Maßnahmen mit Auswertung der Ergebnisse und Vorschlägen zur Optimierung), die ständige Erhebung der Zufriedenheit der PatientInnen (siehe auch Kapitel D-5 des strukturierten Qualitätsberichts 2006) mit vielschichtigen, auch internen Vergleichsanalysen und weiter führenden Benchmarks. Auch die Erfassung, Auswertung und Verbesserung von differenzierten Fragestellungen (z. B. Dekubitusmanagement, besondere Vorkommnisse), die Erarbeitung von Behandlungspfaden und Arbeiten zur Optimierung des Dokumentationssystems sind weitere Beispiele.
- Sämtliche Qualitätsmaßnahmen werden fachlich begleitet und gemeinsam mit den zuständigen Gremien und den betroffenen MitarbeiterInnen koordiniert.
- Darstellung der Qualitätsmanagementmaßnahmen gegenüber der Öffentlichkeit, z.B. in Form dieses strukturierten Qualitätsberichts.
- Bei der angestrebten Zertifizierung des AMEOS Klinikums Neustadt werden diese Arbeiten durch das Qualitätsmanagement geleitet.
- Qualität beschränkt sich bei uns nicht nur auf den direkt von unseren PatientInnen wahrnehmbaren Bereichen. So haben wir den Leiter des Qualitätsmanagements im Geschäftsbereich Klinikum beispielsweise in datenschutzrechtlichen Fragen kontinuierlich geschult. In enger Zusammenarbeit mit dem Unabhängigen Landeszentrum für den Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD) nimmt er zusätzlich die Funktion des Datenschutzbeauftragten wahr, denn Datenschutz bedeutet für uns den Schutz von PatientInnen.
- In einem Teilbereich unserer Klinik (AMEOS Klinik für Neurologie und Neurophysiologie) sind wir verpflichtet, nach einem pauschalierten Vergütungssystem (Diagnosis Related Groups, DRG) abzurechnen. Da der Stelleninhaber des Qualitätsmanagements Mediziner ist, übernimmt er das so genannte Medizincontrolling in Personalunion. Auch diese Bemühungen kommen indirekt wieder unseren PatientInnen und den dadurch von zusätzlichen administrativen Aufgaben entlasteten MitarbeiterInnen zugute. Sie können diese Ressourcen direkt der Behandlung der PatientInnen widmen.

An dieser schlagwortartigen Beschreibung und der organisatorischen Zuordnung ist erkennbar, dass wir insbesondere der weiteren Steigerung unserer Qualität besondere Bedeutung beimessen.



## Teil D Qualitätsmanagement

Ablaufstruktur:

- Sobald Vorhaben geplant oder in der Zielsetzung modifiziert werden, besteht die Maßgabe, sie zusammen mit den MitarbeiterInnen aus dem Bereich Qualitätsmanagement bezüglich der weiteren Umsetzung, der zu personifizierenden Verantwortlichkeiten und der Festlegung von zeitlich definierten Meilensteinen zu diskutieren und zu koordinieren.
- Über geschäftsbereichsinterne Projekte, Qualitätsarbeiten und Qualitätszirkel entscheidet jeder Qualitätsausschuss alleine.
- Bereichsübergreifende Projekte werden in jeweils zu definierenden Konstellationen von relevanten MitarbeiterInnen gemeinsam verabschiedet.
- Bei der Formulierung einer eindeutigen Arbeits- bzw. Projektstruktur sollten die folgenden Angaben vorhanden sein:
  - Wie stellt sich die Ausgangssituation dar (Ist-Zustand)?
  - Wie sieht das angestrebte Ziel aus (Soll-Zustand)?
  - Wer muss an der Durchführung beteiligt werden?
  - Wie soll die Durchführung aussehen?
  - Welche ungefähren Kosten werden entstehen?
  - Welche Ressourcen sind weiterhin bereitzustellen?
  - Wie soll die Zielerreichung gemessen werden?
  - In welchen Zeitabständen soll die Zielerreichung gemessen werden?
  - Wer ist für diese Messung verantwortlich?
  - In welcher Zeit soll das Gesamtziel erreicht sein?
  - In welchen Zeitabständen soll die Verbesserung gemessen werden?
  - In wessen Verantwortung liegt diese Auswertung?

Diese Struktur entspricht dem in Kapitel D-2 skizzierten PDCA-Zyklus.

### D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Ein handlungsfähiges Qualitätsmanagement bedarf vielfältiger Voraussetzungen. Neben der uneingeschränkten Unterstützung und aktiven Förderung der Unternehmensleitung ist es zwingend notwendig, die Grundgedanken des Qualitätsmanagements nachhaltig und damit selbstverständlich in die arbeitsorientierten Routineprozesse zu integrieren und damit einen hohen innerbetrieblichen Durchdringungsgrad zu erzielen.

Dieses Vorhaben ist uns durch den kollegialen und fairen Umgang mit unseren MitarbeiterInnen gelungen:

Ausgehend von unserem Leitbild und unserer Qualitätspolitik (siehe Kapitel D-1) konnten wir eine Unternehmenskultur entwickeln, die das Bestreben nach hoher qualitativer Erfüllung unseres Auftrags offen und kreativ unterstützt. Die integrierende, organisatorische Grundlage

## Teil D Qualitätsmanagement

stellt das Qualitätsmanagement dar. Diese Rahmenbedingung ist eine wichtige Basis, aber alleine noch nicht ausreichend, um ein lebendiges, sich stetig wandelndes System erfolgreich zu implementieren und zu konsolidieren.

Qualität soll subjektiv fühlbar sein, aber sie bedarf ergänzend einer möglichst objektiven Operationalisierung in Form von transparenten und reproduzierbaren Fakten, die eine valide Evaluation ermöglichen. Erst mit ihrer Hilfe ist es möglich, verlässliche Aussagen zu formulieren und Vergleiche zwischen einzelnen Bereichen (Querschnittsvergleich) oder zu unterschiedlichen Zeitpunkten (Längsschnittvergleich) anzustellen. Dabei besteht immer das übergeordnete Ziel, durch entsprechende Messungen eine solide und robuste Basis für die Realisierung einer ständigen Qualitätsoptimierung zu generieren.

Einige unserer kontinuierlich eingesetzten Instrumente haben wir im strukturierten Qualitätsbericht 2006 (siehe dort Kapitel D-5) bereits exemplarisch in ausführlicher Form beschrieben (Auswertung der Sturzereignisse, Dokumentation der Fixierungen, Beschwerdesystem und PatientInnenmonitoring).

Darüber hinaus erheben wir eine große Anzahl von wichtigen Messergebnissen, die alle von unserem ständigen Anliegen nach immer besserer Leistungserstellung geprägt und orientiert sind.

Hierzu gehören merkmals- und ereignisorientierte Selbstbewertungen in definierten Einzelfragen, aus deren Ergebnissen wir strukturierte Verbesserungsmaßnahmen ableiten.

Die Befragung der PatientInnen und das etablierte Beschwerdemanagement werden ergänzt durch unser Risikomanagement (Critical Incident Reporting-System). Hierunter verstehen wir die strukturierte Erfassung von definierten Ereignissen und Vorkommnissen (Beispiele siehe nachfolgend), deren Analyse und die Realisierung von Verbesserungs- bzw. Vermeidungspotenzialen. Die dafür notwendigen Daten werden je nach ihrer Bedeutung entweder zentral erfasst und ausgewertet oder dezentral analysiert, wenn sich die entsprechende Fragestellung nur auf bestimmte organisatorische Teilbereiche erstreckt. Neben einer statistisch aggregierten Auswertung werden wichtige Einzelfälle selbstverständlich gesondert betrachtet und bewertet.

Inhaltlich bezieht sich unser Risikomanagement auf alle unerwünschten Ereignisse beziehungsweise besondere Vorkommnisse, die insbesondere im Bereich der Psychiatrie nicht immer zu vermeiden sind. Hierzu zählen z. B. Suizidversuche, Suizide, autoaggressives oder fremdaggressives Verhalten mit möglichen Verletzungen und andere Gewalthandlungen, Unfälle, Entweichungen, Fixierungen oder Aufnahmen zur Behandlung, die (zunächst) nicht auf freiwilliger Basis beruhen.

Das Risikomanagement ist ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements und soll auf der Basis empirischer Ereignisse prophylaktische Maßnahmen von identifizierten Gefahrensituationen ableiten helfen. Die sich daraus ergebende Veränderung der Ablauforganisation hat eine unmittelbare Steigerung unseres Qualitätsniveaus zur Folge.

Zu den unverzichtbaren Instrumenten des Qualitätsmanagements zählen weiterhin die verschiedenen Formen des Benchmarkings (internes, funktionales, kompetitives, best-practise Benchmarking). Derzeit wenden wir vorrangig das interne Benchmarking an, das zwischen einzelnen Organisationseinheiten oder standortbezogen umgesetzt wird. Wir vergleichen beispielsweise die Verweildauern, die Zufriedenheit der PatientInnen, die Anzahl der Beschwerden, die oben genannten besonderen Vorkommnisse oder den quantitativen und qualitativen Einsatz von Arzneimitteln.

Bei dem Arzneimitteln und dem medizinischen Bedarf werden wir zusätzlich von einer zertifizierten, krankenhausversorgenden Apotheke unterstützt. Alle sechs Monate findet die Arzneimittelkommissionssitzung statt und unabhängig davon erfolgt in der gleichen Frequenz

## Teil D Qualitätsmanagement

eine Begehung aller Stationen, mit dem Ziel, die arzneimittelrechtlichen Vorgaben zu überprüfen. Die Begehungsprotokolle werden im Qualitätsmanagement ausgewertet und die Ergebnisse den Stationen bekannt gemacht, um mögliche Verbesserungsmaßnahmen umsetzen zu können.

Derzeit erarbeiten wir im Verbund mit allen anderen Klinikeinrichtungen der AMEOS Gruppe ein umfassendes Kennzahlensystem, um weitergehende Benchmarks anzustreben und die vielfältigen Synergieeffekte eines großen Anbieters effektiv und effizient umzusetzen.

Alle von uns durchgeführten Erhebungen zum Qualitätsniveau unserer Leistungserstellung basieren auf den Grundlagen einer validen Dokumentation und der Auswertung der Daten. Unter diesen Voraussetzungen ist eine Beurteilung des Qualitätsgrades möglich und stellt die Basis für unsere Weiterentwicklung dar.

Die Arbeitsbereiche unseres Qualitätsmanagement kann in folgende Teilbereiche eingeteilt werden, die sich jeweils unterschiedlichen Instrumenten bedienen:

### **Qualitätsplanung:**

Das Ziel besteht in der Auswahl von Qualitätsmerkmalen, deren detaillierte Ausprägungsgrade zu definieren sind. Diese erfolgen z.B. mit Hilfe von Benchmarkprojekten oder orientieren sich an anerkannten Qualitätsstandards und werden in unserem Qualitätsausschuss konsentiert.

### **Qualitätslenkung:**

Die Lenkung und Beeinflussung des Qualitätsniveaus setzt adäquate Rahmenbedingungen voraus, um das Ziel einer qualitativen Sicherstellung des geplanten Ausprägungsgrades zu realisieren. Eingesetzte Instrumente bestehen beispielsweise in unserer differenzierten Auswahl bei Neueinstellungen. Hier definieren wir ein Anforderungsprofil, das unseren Zielen entspricht und suchen entsprechende BewerberInnen aus. Zusätzlich schulen wir unsere MitarbeiterInnen und bieten ihnen vielfältige Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten an, um dadurch nicht nur eine möglichst hohe Identifikation mit unserer Unternehmung zu erreichen, sondern verfolgen zugleich den Ansatz, das neu erworbene Wissen wieder in unseren Leistungserstellungsprozess einfließen zu lassen. Ergänzt wird diese Umsetzung durch ein konsequent praktiziertes Empowerment, das als zusätzliches Instrument der Qualitätslenkung eine motivationsfördernde Wirkung entfaltet. Unser Qualitätsausschuss begleitet und fördert diese Ansätze, so dass sich eine hohe Qualitätskultur auf allen Ebenen etablieren konnte.

### **Qualitätsprüfung:**

Nach der Planung, Lenkung und Umsetzung der ausgewählten Aktivitäten muss sich eine Prüfung hinsichtlich der Wirksamkeit der Maßnahmen anschließen. Hierzu setzen wir die bereits genannten Instrumente ein, insbesondere unsere oben erwähnten merkmals- und ereignisorientierten Befragungen, unser PatientInnenmonitoring, das Beschwerdemanagement und die (de-)zentrale Überprüfung anerkannter Qualitätsstandards, die umfassend dokumentiert werden. Zusätzlich finden Qualitätsaudits statt, beispielsweise im Bereich des Datenschutzes. Hier geht es uns nicht vorrangig um den Schutz von Daten, sondern um den Schutz unserer PatientInnen. Der Datenschutz ist dazu natürlich ein wichtiges Instrument.

### **Qualitätsdarstellung:**

Mit der Darstellung des erreichten Qualitätsniveaus verfolgen wir das Ziel, einen transparenten Ablauf und Informationsfluss zu ermöglichen, der seinerseits Vertrauen und Sicherheit schafft. Dabei werden neben den erreichten Ergebnissen auch die anzustrebenden Ziele kommuniziert. Wir verwenden hierzu verschiedene Qualitätsstatistiken und planen neben der grundsätzlichen Orientierung am EFQM-Modell, das keine Zertifizierung vorsieht, sondern ein Award-Modell ist, die Zertifizierung nach dem KTQ®-Verfahren (siehe auch Kapitel D-6).

## Teil D Qualitätsmanagement

D-5

### Qualitätsmanagementprojekte

#### Qualitätsprojekt: PatientInnensteuerung

##### Problemstellung

Die AMEOS Klinik am Standort Neustadt in Holstein war für die Pflichtversorgung der gesamten Hansestadt Lübeck zuständig. Im April 2007 eröffnete AMEOS auf dem Gelände eines Allgemeinkrankenhauses (vormaliges Städtisches Krankenhaus Süd, jetzt Sanakliniken) eine so genannte Satellitenklinik im Stadtgebiet Lübeck.

Da etwa die Hälfte der bisher am Standort Neustadt vorgehaltenen Bettenkapazität für Lübecker PatientInnen wohnortnah an den Standort Lübeck verlegt wurde und zusätzlich die psychiatrische Abteilung des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck ab Dezember 2007 an der Pflichtversorgung gemäß dem Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen (PsychKG) beteiligt wurde, war es erforderlich, strukturelle und organisatorische Vorkehrungen zu treffen, um zu gewährleisten, dass PatientInnen von den bestmöglichen stationären Behandlungsangeboten partizipieren können.

##### Maßnahmen

Anhand der Basisdaten und Diagnosestatistik der AMEOS Klinik Neustadt wurde ein Konzept für die Verteilung der stationären Einheiten an beiden Standorten entwickelt, das sowohl spezialisierte als auch allgemeinpsychiatrische Angebote vorsieht.

Dabei wurde für den Standort Lübeck ein gerontopsychiatrischer Schwerpunkt sowohl stationär als auch teilstationär konzipiert. Die stationäre Entgiftung und Motivationstherapie für Abhängigkeitskranke wird am Standort Neustadt vorgehalten. Zusätzlich dazu steht dort eine spezialisierte Station zur Depressionsbehandlung und eine Station zur Behandlung von PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen zur Verfügung. Die psychiatrische Klinik der Universität hält spezialisierte Angebote vor: therapieresistente Depressionen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen, Suchtmittelabhängigkeit.

- Zur Bekanntmachung dieser stationären Versorgungsstruktur mit drei Standorten (AMEOS Klinikum Neustadt, AMEOS Klinikum Lübeck, UKSH Campus Lübeck) wurden folgende Maßnahmen ergriffen:
  - Informationsveranstaltung für die eigenen MitarbeiterInnen, insbesondere der Dienst habenden ÄrztInnen
  - Informationsveranstaltungen für Führungskräfte der Sanaklinik Lübeck, für niedergelassene FachärztInnen und für Vertreter von psychosozialen Einrichtungen
  - Vorstellung in städtischen psychosozialen Arbeitskreisen und beim Arbeitskreis gemeindenahe Psychiatrie
- Für PatientInnen die gemäß PsychKG gegen ihren Willen untergebracht werden mussten, ist an Tagen mit ungeradem Datum die Universitätsklinik, an Tagen mit geradem Datum die AMEOS Klinik Lübeck zuständig.
- Zusätzlich wurde eine Kooperationsvereinbarung zwischen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik und der AMEOS Klinik Lübeck geschlossen und ein Beirat für die stationäre und teilstationäre Versorgung der Hansestadt Lübeck einberufen, der folgende Aufgaben wahrnimmt:

In der Arbeitsgemeinschaft Kooperation finden alle vier bis sechs Wochen Konferenzen der ärztlichen Leitungen der drei Klinikstandorte statt, die insbesondere die Frage der Patientensteuerung bearbeiten.

In den medizinischen Beirat wurden der Sozialsenator der Stadt, Vertreter des Gesundheitsamtes, des sozialpsychiatrischen Dienstes, der niedergelassenen Nervenärzte und

## Teil D Qualitätsmanagement

der Einrichtungen der psychosozialen Versorgung in Lübeck berufen. Der Beirat wird ein Mal pro Jahr einberufen, um die Ergebnisse der Versorgungsplanung zur Kenntnis zu erhalten und zu diskutieren.

### Ergebnisse

Zur Ermittlung der Ergebnisse wurden die Diagnosen- und Einzugsgebietestatistiken aller drei beteiligten Standorte für den Verlauf des ersten Jahres ausgewertet. Ferner wurden im Rahmen der Beiratssitzung die Rückmeldungen der Beiratsmitglieder eingeholt.

### Bewertung

Mit der Auswertung konnte gezeigt werden, dass die Lübecker PatientInnen entsprechend den definierten Schwerpunkten im therapeutischen Angebot aufgenommen werden konnten. Dabei zeigten sich am deutlichsten der gerontopsychiatrische Schwerpunkt an der AMEOS Klinik Lübeck und die Suchtschwerpunkte an der AMEOS Klinik Neustadt und der psychiatrischen Klinik der Universität.

Die Zahlen zeigten auch eine unverhältnismäßige Steigerung der Unterbringungen gemäß PsychKG an der Universitätsklinik sowie eine enorm gestiegene Fallzahl im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen. Diese beiden Befunde werden im Berichtsjahr 2009 weiter analysiert werden.

Die regelmäßige Arbeit der Koordinationsgruppe der drei ärztlichen LeiterInnen hat sich bewährt. Von dort aus können weitere Ressourcen mobilisiert werden, um Engpässe oder andere Probleme im Versorgungssystem zu analysieren und einer Lösung zuzuführen.

### Qualitätsprojekt: Praxisanleitung

Das Krankenpflegegesetz (KrPflG) schreibt den Einsatz von so genannten PraxisanleiterInnen vor. Hierunter werden berufspädagogisch geschulte Fachkräfte für die direkte Anleitung in der Praxis verstanden, die dafür Sorge tragen, dass die fachtheoretische Ausbildung im Bereich der Pflege entsprechend ergänzt wird. Somit handelt es sich um eine berufspädagogische Methodenlehre zum Zweck einer Wissens- und Kenntnisvermittlung. Von unseren PraxisanleiterInnen erwarten wir neben ihrer persönlichen Eignung, eine mindestens zweijährigen Berufserfahrung und eine berufspädagogischen Zusatzqualifikation. Weiterhin halten wir eine hohe Sozialkompetenz mit besondere Kenntnisse und Fähigkeiten in Methodik und Didaktik für ebenso unverzichtbar, wie ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen, Souveränität und Integrität.

Gemeinsam mit den Lehrkräften der Krankenpflegeschule soll das Ausbildungsziel bestmöglich sichergestellt werden. Hierzu gehört die Förderung und Stärkung der fachlichen, personellen, sozialen und methodischen Kompetenzen, die es in den interaktiven Bezügen von Auszubildenden, PraxisanleiterInnen, Lehrkräften, PatientInnen, Leitungspersonen und dem jeweiligen therapeutischen Team individuell zu fördern gilt.

Die Pflege ist unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der PatientInnen auszurichten. Um den komplexen Anforderungen zu entsprechen, wurde von unserer Krankenpflegeschule eigens ein Praxiscurriculum für die definierte Umsetzung der praktischen Ausbildungsanforderungen konzipiert. Damit gewährleisten wir nicht nur die strukturierte Abbildung gesetzlicher Vorgaben, sondern realisieren ein transparentes Profil gewünschter und notwendiger Ausbildungsinhalte, die neben der mitarbeiterorientierten Sicherheit dem Zweck dient, die Versorgung unserer PatientInnen bestmöglich umzusetzen.

## Teil D Qualitätsmanagement

Zu diesem Praxiscurriculum gehören unter anderem folgende Partialaspekte:

- Der Ausbildungsbegleitordner, den alle SchülerInnen eigenverantwortlich führen. In diesem wird der Lernverlauf dokumentiert und von der Kursleitung in jedem Theorieblock kontrolliert.
- Durch die Beurteilung einzelner Handlungskompetenzen am jeweiligen Einsatzort manifestiert sich, in welchen Bereichen ein relevanter Förderungsbedarf existiert. Dieser wird im Zusammenwirken der KrankenpflegeschülerInnen und der Kursleitung in Kooperation mit den PraxisanleiterInnen konsentiert und durch einen interaktiven Prozess des Lehrens und Lernens optimiert. Er besteht neben der Formulierung der Zielplanung zunächst aus der Demonstration der Aufgabenlösung. Es folgt die eigentliche Anleitung, und zwar im Sinne einer Verbindung von theoretischen Kenntnissen und praktischen Fähigkeiten. Nach der erfolgreichen Übernahme von Teilschritten werden die übertragenen Arbeiten sukzessiv erweitert. Den Abschluss bildet die Evaluation der Maßnahme und darauf aufbauend die Vereinbarung des weiteren Procederes. In jedem Fall schließt sich eine Trainingsphase an, die zu einer weiteren Konsolidierung neuer Fähigkeiten führen soll. Auch hier steht eine fachspezifische Supervision zur Unterstützung und Beratung bereit, um durch eine adäquate Reflexion das Leistungsniveau zu eruieren und weiter zu entwickeln.
- Die gezielten und geplanten Anleitungen beinhalten zunächst ein Vorgespräch. Darauf basiert die partnerschaftliche Anleitung im Dialog der KrankenpflegeschülerInnen mit ihren MentorInnen bzw. PraxisanleiterInnen sowie Reflexionsgespräche. Die einzelnen Handlungen werden schriftlich festgehalten, wobei sich die Anleitungsinhalte an den Lernaufgaben, fachspezifischen Anleitungsziele und Prüfungsvorbereitungen orientieren.
- Die Lernaufgaben geben in Abhängigkeit der verschiedenen Pflegegebiete (präventiv, kurativ, rehabilitativ und paliativ) die Anleitungsziele und -inhalte vor.
- Alle SchülerInnen haben bis zum Ende des fünften Semesters aus jedem Pflegegebiet mindestens zwei Lernaufgaben zu bearbeiten. Von diesen insgesamt acht Aufgabenstellungen sind drei Lernaufgaben fakultativ und die weiteren fünf obligat zu bearbeiten. Zu jeder Lernaufgabe gehört ein schriftlich zu erstellender Reflexionsbogen.
- In unserem Klinikum werden Lernaufgaben für das psychiatrische, neurologische, internistische und geriatrische Anleitungsgebiet erarbeitet. Mit dieser fachspezifische Ausrichtung setzen wir die Vorgaben gezielt für die von uns betriebenen Fachabteilungen bzw. Erkrankungsspektren um. Dadurch gewährleisten wir den Charakter einer optimalen und realitätsgerechten Praxisorientierung.
- Ein weiterer Inhalt dieses Curriculum besteht in der praktischen Leistungsüberprüfung. Sie beginnt bereits in der Probezeit mit dem Schwerpunkt der Körperpflege und setzt sich im zweiten Ausbildungsjahr mit einer Fallstudie fort, die aus einem schriftlichen und praktischen Teil besteht und getrennt benotet werden. In der so genannten "Chefwoche" übernimmt eine Gruppe von SchülerInnen eigenverantwortlich einen Bereich auf der Station, um die hierbei im Vordergrund stehende selbständige Arbeitsorganisation zu erproben und schrittweise die eigenständige Wahrnehmung beruflicher Aufgaben und Problemkonstellationen zu entwickeln. Selbstverständlich steht auch in dieser Phase jederzeit eine fachliche Aufsicht zur Verfügung.

Um den Transfer von theoretischer und praktischer Ausbildung weiter zu vertiefen, wird zum Ende jedes Theorieblocks ein so genannter Fallbeispieltag angeboten, an dem die PraxisanleiterInnen aktiv mitwirken.

Die Gesamtheit dieser strukturiert erarbeiteten Maßnahmen haben das Ziel, die berechtigten Forderungen nach kontinuierlich zu optimierender Qualität in der Leistungserstellung zu erfüllen.

## Teil D Qualitätsmanagement

### Qualitätsprojekt: Elektrokrampftherapie

Seit Jahrzehnten wird die Elektrokrampftherapie in allen gängigen psychiatrischen Lehrbüchern als wirksame Methode zur Behandlung vor allem therapieresistenter und wahnhafter Depressionen benannt, im klinischen Alltag jedoch nur selten und in längst nicht allen Kliniken angewendet.

Trotz vielfacher Studien, die ihre Wirksamkeit im Vergleich zu Antidepressiva vor allem bei oben genannten Indikationen belegen und insbesondere den raschen Wirkungseintritt und die seltenen Nebenwirkungen hervorheben, ist diese Therapieform auch heute noch sowohl bei Betroffenen und ihren Angehörigen als auch Behandlern mit Unsicherheiten und Vorurteilen behaftet.

Leider besteht nach wie vor eine Diskrepanz zwischen den wissenschaftlichen Erkenntnissen und der Datenlage aus Studien zum Nutzen der EKT einerseits sowie ihrer mangelnden Umsetzung in der Praxis andererseits.

Die EKT in der heute in unserem Klinikum praktizierten Anwendung ist eine standardisiert ablaufende, apparative Methode, die in das jeweils multimodale stationäre Behandlungskonzept sowohl der allgemeinpsychiatrisch-psychotherapeutisch orientierten Depressionsstation als auch der gerontopsychiatrischen Station integriert ist.

Nach ausführlicher Aufklärung über die Behandlungsmethode, ihre detaillierte Durchführung, die Erfolgchancen, mögliche Nebenwirkungen sowie über potentielle Narkoserisiken wird die Maßnahme in einem separaten Raum außerhalb der jeweiligen Bettenstation durch einen psychiatrischen Oberarzt/In in Anwesenheit eines Anästhesisten und einer Mitarbeiter/In des Pflegeteams in Kurzzeitnarkose durchgeführt.

Die Klinik verfügt über zwei Elektrokrampfgeräte des Typs Thymatron, die einen computerberechneten Stromstoß in Abhängigkeit vom Patientenalter und dem gemessenen Hautwiderstand aussenden sowie während des induzierten generalisierten cerebralen Krampfanfalls die EEG- und EMG-Aktivität messen und aufzeichnen.

Parallel dazu überwacht der Anästhesist die Herzkreislauffunktion des Patienten am Monitor mit Registrierung des EKGs, der Pulsfrequenz und der Sauerstoffsättigung. Nach Beendigung der Behandlung, die meistens 30 bis 60 Minuten in Anspruch nimmt, wird der Patient noch für einen Zeitraum von zwei Stunden durch eine Sitzwache mit fortlaufender Dokumentation der Herzkreislauffunktionen betreut.

Durchgeführt werden in der Regel EKT-Serien mit sechs bis zwölf Behandlungen, jeweils zweimal die Woche. Einigen Patienten, die zwar gut auf die Therapieform ansprechen, jedoch über einen raschen Nachhaltigkeitsverlust klagen, bieten wir die Durchführung von Erhaltungs-EKTs an, das heißt, ihnen wird angeboten, in bestimmten, sich erweiternden Zeitabständen von zwei, vier oder sechs Wochen eine einzelne EKT zur Sicherung des Behandlungserfolgs durchzuführen. Diese Erhaltungs-EKTs sind dann meist mit nur kurzen stationären Aufenthalten in der Klinik verbunden.

Zwar hat die Anwendung der Elektrokrampftherapie im AMEOS Klinikum in Neustadt eine lange Tradition, doch wurden die Behandlungen als Einzelfälle ohne miteinander vergleichbare Dokumentation und Auswertung durchgeführt.

Seit etwa 2006 ist ein deutlicher Anstieg der gezielten Nachfrage nach einer EKT aus verschiedenen Regionen Schleswig-Holsteins zu registrieren, was uns dazu bewog, seit Anfang 2007 alle durchgeführten Behandlungen nach folgenden Kriterien zu dokumentieren:

## Teil D Qualitätsmanagement

- Name
- Alter
- Geschlecht
- Hauptdiagnose
- EKT-Indikation
- Anzahl der durchgeführten Behandlungen
- Ausführungsdatum
- Benennung eventueller Komplikationen

Wurden im Jahr 2007 insgesamt 33 Behandlungen an PatientInnen im Alter zwischen 47 und 85 Jahren durchgeführt, so waren es im Jahr 2008 bereits 73 EKTs an PatientInnen im Alter zwischen 29 und 90 Jahren.

Eine statistische Aufarbeitung, eventuell die Erhebung von Katamnesedaten sowie eine wissenschaftliche Bewertung stehen noch aus.

### D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Das AMEOS Klinikum Neustadt gehört im Krankenhausbereich zu den größten Anbietern psychiatrisch-psychotherapeutischer, psychosozialer und kinder- und jugendpsychiatrischer Dienstleistungen in Schleswig-Holstein. Wir verspüren die damit verbundene soziale Verantwortung und möchten ihr durch eine konsequente Qualitätsverbesserung gerecht werden.

Dazu bestimmen wir mit Hilfe verschiedener Maßnahmen zunächst das bestehende Qualitätsniveau. Aus der Sicht unserer PatientInnen beginnen wir anschließend mit der gedanklichen Weiterentwicklung, die wir dann auf unterschiedlichsten Feldern konsequent umsetzen.

Im vorhergehenden Abschnitt (siehe Kapitel D-5) haben wir aus der Vielzahl unserer Qualitätsprojekte beispielhaft die Beschreibung einzelner Aktivitäten ausgewählt, die wir dort ausführlicher erläutert haben.

Grundlage unseres Ziels nach ständiger Verbesserung ist die Einführung, die kontinuierliche Umsetzung und die regelmäßige Weiterentwicklung unseres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, deren grundsätzlicher Aufbau bereits im Kapitel D-3 (Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements) skizziert ist.

Als Hauptziele unseres Qualitätsmanagements sind zu nennen:

- durch regelmäßige Erhebungen das jeweils aktuelle Qualitätsniveau festzustellen,
- Fortschritte zu planen, umzusetzen und den Erfolg zu überprüfen und
- ein ständig lernendes Krankenhaus zu sein.

### Qualitätsmodelle

Ohne die von uns favorisierten Modelle im Detail hier zu erläutern, sei nachfolgend deren Grundstrukturen kurz dargestellt, die eine Vielzahl von Aktivitäten in sehr ähnlicher Weise betrachten und keineswegs konkurrierende Qualitätskonzepte darstellen. Bei allen Gemeinsamkeiten und Unterschieden muss festgehalten werden, dass bei der Präferenzierung von beschreibenden und bewertenden Qualitätsmodellen kein "one best way" existiert. Allein entscheidend ist der bewusste Prozess, dass Qualität nicht projiziert, sondern produziert werden muss.



## Teil D Qualitätsmanagement

### 1. KTQ®-Modell

Die KTQ® als "Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen" wurde ursprünglich mit der Zielvorstellung gegründet, ein Zertifizierungsverfahren zu generieren, das spezifisch auf die bundesdeutschen Krankenhäuser ausgerichtet ist. Die Orientierung erfolgte an der internationalen Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).

Somit besteht eine zielgerichtete Branchenorientierung und -optimierung, die ihren Hauptfokus auf die Prozess- und Ergebnisqualität legt.

In der aktuellen Version werden sechs Kategorien unterschieden und stellen den so genannten KTQ®-Katalog dar:

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

Die einzelnen Kategorien werden ihrerseits in Subkategorien untergliedert, deren nächste Ebene durch die Kriterien konkretisiert werden. Auf diese Weise kann das berufsgruppen- und hierarchieübergreifende Leistungsgeschehen in der jeweiligen qualitativen Ausprägung differenziert dargestellt werden.

Auf der Ebene der Kriterien erfolgt eine differenzierte Gewichtung, um besonders relevante Aspekte nachhaltig bewerten zu können ("Kernkriterien").

Alle Kriterien basieren auf dem schon beschriebenen PDCA-Zyklus (siehe Kapitel D-2) unter jeweiliger Berücksichtigung von Erreichungs- und Durchdringungsgrad. Dabei gibt der Erreichungsgrad Auskunft über die bewertete Qualität der Kriterienerfüllung, während der Durchdringungsgrad eine Aussage über die Breite der Umsetzung des jeweiligen Kriteriums zulässt.

Bei der Anwendung des KTQ®-Qualitätsmodells werden die Leistungen des AMEOS Klinikums Neustadt beurteilt. Dabei stehen neben der Zufriedenheit der PatientInnen und ihrer Angehörigen auch die einweisenden ÄrztInnen und Kliniken, nachbetreuende Einrichtungen und die Kostenträger im Mittelpunkt.

Dieses Ziel setzt viele Grundlagen voraus: Zufriedene MitarbeiterInnen und die Verantwortung der Unternehmensführung in Verbindung mit dem Qualitätsmanagement sind ebenso wichtig, wie ein ausgereiftes Konzept, ein gemeinsames Leitbild und eine sehr gute, innovative und intensive Prozessorientierung.

Unter diesen Voraussetzungen, einschließlich der Sicherheit im Krankenhaus und dem Einsatz moderner Informationstechnologien, gelingt es dem AMEOS Klinikum Neustadt, erstklassige medizinische und pflegerische Leistungen anbieten zu können.

Die Informationsquellen zur Messung der Leistung sind vielfältig. Ausgehend von mehreren Einzelbefragungen unserer PatientInnen zu speziellen Fragestellungen oder umfassend zur Leistungsbeurteilung des AMEOS Klinikums Neustadt, haben wir diesen Ansatz konsequent weiterentwickelt, indem wir unbefristet ein so genanntes Qualitäts- bzw. PatientInnenmonitoring durchführen. Um Wiederholungen zu vermeiden, sei hier auf die Beschreibung dieses Projekts im strukturierten Qualitätsbericht 2006 im Kapitel D-5 verwiesen.

## Teil D Qualitätsmanagement

Unterstützt wird dieser Ansatz durch ein Beschwerdewesen. Das AMEOS Klinikum Neustadt bewertet eine Beschwerde als konstruktive Kritik, die allen Beteiligten neue Chancen eröffnet. Mit diesem Instrument haben unsere PatientInnen noch eine weitere Möglichkeit, uns auf Verbesserungspotenziale aufmerksam zu machen. Im Unterschied zum Fragebogen können die PatientInnen viel individueller ihr Problem darstellen. Die leitenden ChefärztInnen im Geschäftsbereich Klinikum kümmern sich um die inhaltliche Lösung der Probleme und nehmen schnellstmöglich Kontakt mit den BeschwerdeführerInnen auf. Die anschließende Auswertung erfolgt im Qualitätsmanagement.

Es entspricht dem umfassenden Qualitätsanspruch des KTQ®-Modells eine möglichst breit angelegte Informationsbasis aufzubauen. Dazu gehören beispielsweise gesonderte Dokumentationen von Druckgeschwüren an der Haut (Dekubitus), die im Qualitätsmanagement ausgewertet werden. Das Ziel solcher Erhebungen besteht natürlich in der Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung.

Nachdem wir über einen mehrjährigen Zeitraum feststellten, dass im AMEOS Klinikum Neustadt keine Druckgeschwüre entstanden sind, begrenzten wir diese Untersuchung auf die in der externen Qualitätssicherung definierte Stichprobe zum entsprechenden Modul.

Die von uns mitbehandelten Dekubitusfälle waren ausnahmslos bereits zum Aufnahmezeitpunkt vorhanden gewesen und wurden hinsichtlich des Status und des weiteren Verlaufs zusätzlich mit Hilfe von Fotos dokumentiert. Unser Pflegemanagement ist an dieser Stelle offensichtlich nicht weiter zu optimieren.

Selbstverständlich werden auch Qualitätsbewertungen von externen PartnerInnen erwartet. Im Geschäftsbereich Klinikum beziehen wir unsere Medikamente beispielsweise von einer krankenhausversorgenden Apotheke, die durch ein Gütesiegel ihre eigenen hohen Qualitätsansprüche dokumentiert. Alle sechs Monate erfolgt durch die Apotheke eine Begehung sämtlicher Stationen. Dabei werden systematisch alle Qualitätskriterien, wie beispielsweise Lagerung, Lagerort, Lagerungsbedingungen oder Beachtung der Gesetze der Arzneimittelsicherheit der hier vorhandenen Medikamente untersucht und schriftlich protokolliert.

Die Auswertung erfolgt ebenfalls im Qualitätsmanagement. Auch hier ist im Ergebnis festzuhalten, dass bisher keinerlei Beanstandungen auftraten. Diese Kontrollen werden auch zukünftig mit gleicher Regelmäßigkeit durchgeführt.

## Teil D Qualitätsmanagement

### 2. Das EFQM-Modell

Dieser Ansatz wurde bereits 1988 von führenden europäischen Firmen entwickelt und stammte ursprünglich aus der Industrie. Damit war der beim KTQ®-Modell so überzeugende, genuine Ansatz aus dem Gesundheitswesen hier zunächst nicht vorhanden. Erst sukzessiv wurde das Modell auf den Dienstleistungssektor übertragen.

Es gilt international als Zielsystem für die Etablierung eines Total Quality Management (TQM), wie es bereits einleitend im Kapitel D-1 (Qualitätspolitik) ausführlich dargestellt wurde.

Der strukturelle Aufbau ist durch zwei Bereiche gekennzeichnet, nämlich den Befähigern und den Ergebnissen, wobei die Ergebnisse in einem Prozess der Innovation und des Lernens wieder auf die Befähiger Einfluss nehmen. Dadurch entsteht ein geschlossener Regelkreis.

Unter den Befähigern versteht man die eingesetzten Mittel und Wege, die sich im Detail wie folgt gliedern (in Klammern die prozentuale Bedeutung bzw. die relative Gewichtung im Rahmen von Selbst- und Fremdbewertungen):

- Führung (10 %)
- Politik und Strategie (8 %)
- Mitarbeiter (9 %)
- Partnerschaften und Ressourcen (9 %)
- Prozesse (14 %)

Mit den Ergebnissen wird dokumentiert, was ein Unternehmen durch den Einsatz der Befähigerkriterien erreicht hat:

- Kundenbezogene Ergebnisse (20 %)
- Mitarbeiterbezogene Ergebnisse (9 %)
- Gesellschaftsbezogene Ergebnisse (6 %)
- Wichtige Ergebnisse bei den Schlüsselleistungen (15 %)

Es ist erkennbar, dass auch dieser Ansatz alle wichtigen Aspekte berücksichtigt.

Beim Vergleich der beiden Qualitätsmodelle ist naturgemäß eine große Schnittmenge vorhanden. Neben einer sehr ähnlichen Orientierung an PatientInnen, MitarbeiterInnen und den Prozessen war ursprünglich der direkte Bezug des EFQM-Modells zum Gesundheitswesen eher etwas extensiver ausgeprägt, dafür stand aber die Ergebnisqualität deutlicher im Vordergrund. Hier hat sich das KTQ®-Modell durch die differenzierte Unterteilung und Gewichtung der Kriterien, der Forderung nach PDCA-Zyklen und der Unterscheidung in Erreichungs- und Durchdringungsgrad inzwischen gleichrangig positionieren können.

**AMEOS Klinikum Neustadt**

Wiesenhof  
23730 Neustadt in Holstein  
Tel. 04561 611 0  
Fax 04561 611 4315  
info@neustadt.ameos.de  
<http://www.ameos.eu>