

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

Reha Zentrum Gyhum

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ  
auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 31.08.2009 um 16:09 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]	Geriatric (kopiert von IPQ 2006)
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: Parkansicht Reha-Zentrum Gyhum

Das Reha-Zentrum Gyhum ist mit 30 akutgeriatrischen Betten im Bettenbedarfsplan des Landes Niedersachsen (108 SGB V) und mit 270 Rehabetten i.S.v. § 111 SGB V anerkannt. Der im Folgenden dargestellte Qualitätsbericht bezieht sich in den Kapiteln B und C auf die akutgeriatrischen Krankenhausbetten. Im Übrigen wird das gesamte Reha-Zentrum dargestellt (Akut und Rehabilitation), da ein einheitliches QM-System aufgebaut wurde und gelebt wird.

## Verantwortlich:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Ass. jur. Oliver Kettner	Geschäftsführer	04286 89-918	04286 1515	kettner@reha-gyhum.de

## Ansprechpartner:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Monika Alexander	Qualitätsbeauftragte	04286 89-888	04286 1515	alexander@reha-gyhum.de

## Links:

[www.reha-gyhum.de](http://www.reha-gyhum.de)

Die Krankenhausleitung, vertreten durch den Geschäftsführer Herrn Oliver Kettner, 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:

Reha Zentrum Gyhum GmbH & Co. KG

Alfred-Kettner-Straße 1

27404 Gyhum

### Telefon:

04286 / 890

### Fax:

04286 / 1515

### E-Mail:

info@reha-gyhum.de

### Internet:

<http://www.reha-gyhum.de>

## A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

510330065

### Weitere Institutionskennzeichen

Institutionskennzeichen:
510335903

## A-3 Standort(nummer)

00

## A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

### Name:

Reha Zentrum Gyhum GmbH & Co. KG

### Art:

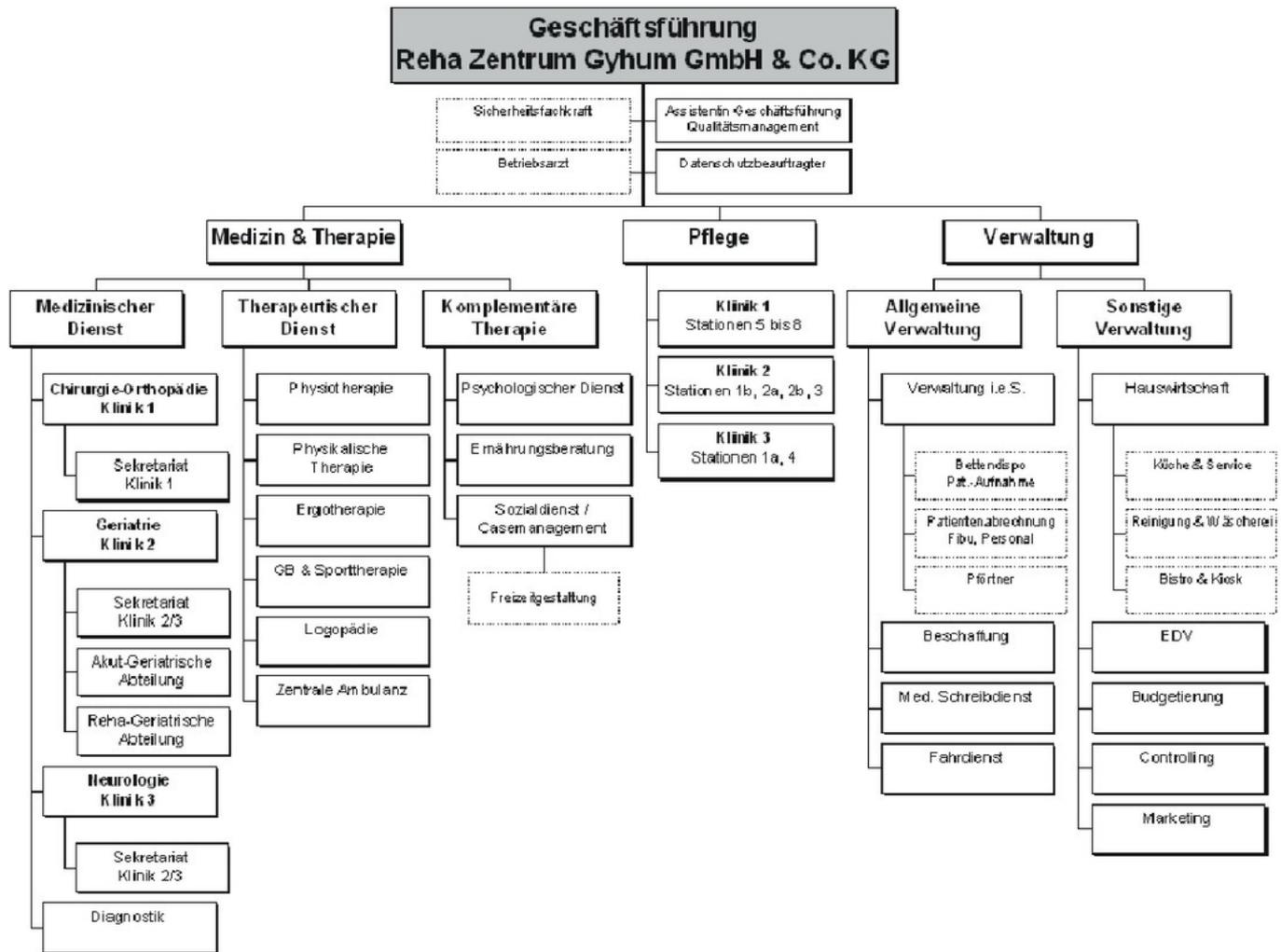
privat

## A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

trifft nicht zu / entfällt



## A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



Organigramm: Organigramm: Reha-Zentrum Gyhum

## A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt

## A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

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

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP01	Akupressur	
MP02	Akupunktur	
MP03	Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare	
MP04	Atemgymnastik	
MP06	Basale Stimulation	
MP07	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiter	
MP08	Berufsberatung/ Rehabilitationsberatung	
MP10	Bewegungsbad/ Wassergymnastik	
MP11	Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie	
MP13	Diabetiker-Schulung	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassungsmanagement	
MP16	Ergotherapie	
MP17	Fallmanagement/ Case Management/ Primary Nursing/ Bezugspflege	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/ Inkontinenzberatung	
MP24	Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP29	Osteopathie/ Chiropraktik	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	
MP31	Physikalische Therapie	
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik	
MP33	Präventive Leistungsangebote/ Präventionskurse	
MP34	Psychologisches/ psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP35	Rückenschule/ Haltungsschulung	
MP37	Schmerztherapie/ -management	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/ Logopädie	
MP45	Stomatherapie und -beratung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/ Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- u. Kälteanwendungen	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	
MP51	Wundmanagement	
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

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

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA01	Aufenthaltsräume	
SA12	Balkon/ Terrasse	
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA24	Faxempfang für Patienten	
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	
SA04	Fernsehraum	
SA45	Frühstücks-/Abendbuffet	
SA46	Getränkeautomat	

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA15	Internetanschluss am Bett/ im Zimmer	
SA27	Internetzugang	
SA28	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)	
SA16	Kühlschrank	
SA31	Kulturelle Angebote	
SA32	Maniküre/ Pediküre	
SA47	Nachmittagstee/-kaffee	
SA33	Parkanlage	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA42	Seelsorge	
SA57	Sozialdienst	
SA37	Spielplatz	
SA18	Telefon	
SA09	Unterbringung Begleitperson	
SA38	Wäscheservice	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	

## **A-11** Forschung und Lehre des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

### **A-11.1** Forschungsschwerpunkte

trifft nicht zu / entfällt

### **A-11.2** Akademische Lehre

trifft nicht zu / entfällt

### **A-11.3** Ausbildung in anderen Heilberufen

trifft nicht zu / entfällt

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

30 Betten

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

### **Vollstationäre Fallzahl:**

420

### **Ambulante Fallzahlen**

#### **Fallzählweise:**

0

#### **Quartalszählweise:**

0

#### **Patientenzählweise:**

0

#### **Sonstige Zählweise:**

0

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

### **A-14.1** Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	3,0 Vollkräfte	

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
<b>davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	3,0 Vollkräfte	
<b>Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)</b>	0 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>	8,0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen</b>	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Altenpfleger und Altenpflegerinnen</b>	1,0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen</b>	0,0 Vollkräfte	2 Jahre	
<b>Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen</b>	7,0 Vollkräfte	1 Jahr	
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	2,0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
<b>Entbindungspfleger und Hebammen</b>	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 Geriatrie (kopiert von IPQ 2006)

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

Geriatrie (kopiert von IPQ 2006)

#### Art der Abteilung:

Hauptabteilung

#### Fachabteilungsschlüssel:

0200

### B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte [Geriatrie (kopiert von IPQ 2006)]

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Geriatrie (kopiert von IPQ 2006):	Kommentar / Erläuterung:
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VR04	Duplexsonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VI35	Endoskopie	
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR02	Native Sonographie	
VI39	Physikalische Therapie	

### B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Geriatrie (kopiert von IPQ 2006)]

trifft nicht zu / entfällt

## B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Geriatric (kopiert von IPQ 2006)]

trifft nicht zu / entfällt

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

### Vollstationäre Fallzahl:

420

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

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

Rang	ICD-10- Ziffer* (3-stellig):	Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	I63	106	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
2	S72	61	Knochenbruch des Oberschenkels
3	I50	29	Herzschwäche
4	J18	23	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
5	J44	16	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
6	A04	9	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien
7	E11	8	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
8	E87	7	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
9	A09	6	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
9	A41	6	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)
9	G20	6	Parkinson-Krankheit
9	I61	6	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns
13	A46	<= 5	Wundrose - Erysipel
13	A49	<= 5	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet
13	B96	<= 5	Sonstige Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet sind
13	B99	<= 5	Sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Infektionskrankheit
13	C18	<= 5	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
13	C20	<= 5	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs
13	C21	<= 5	Dickdarmkrebs im Bereich des Afters bzw. des Darmausgangs

Rang	ICD-10- Ziffer* (3-stellig):	Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
13	C34	<= 5	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs
13	C49	<= 5	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel
13	C56	<= 5	Eierstockkrebs
13	C61	<= 5	Prostatakrebs
13	C92	<= 5	Knochenmarkkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Granulozyten)
13	D35	<= 5	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter hormonproduzierender Drüsen
13	D46	<= 5	Krankheit des Knochenmarks mit gestörter Blutbildung - Myelodysplastisches Syndrom
13	D50	<= 5	Blutarmut durch Eisenmangel
13	D62	<= 5	Akute Blutarmut aufgrund einer Blutung
13	D63	<= 5	Blutarmut bei anhaltenden (chronischen), anderenorts klassifizierten Krankheiten
13	D64	<= 5	Sonstige Blutarmut

\* 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	8-550	265	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen
2	8-015	12	Künstliche Ernährung über eine Magensonde als medizinische Hauptbehandlung
3	1-632	7	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
3	8-800	7	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
5	8-390	6	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z.B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett
6	1-844	<= 5	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel

Rang	OPS-301 Ziffer (4-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
6	3-200	<= 5	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
6	5-431	<= 5	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung
6	8-123	<= 5	Wechsel oder Entfernung einer durch die Haut in den Magen gelegten Ernährungs-sonde

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

keine Angaben

### **B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

### **B-[1].11 Apparative Ausstattung**

Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA58	24h-Blutdruck-Messung			
AA59	24h-EKG-Messung			
AA03	Belastungs-EKG/Ergometrie	Belastungstest mit Herzstrommessung		
AA00	Bestimmung Elektrolyte, Hb, Blutgase		Ja	
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen		
AA12	Gastroenterologisches Endoskop	Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung	k.A.	
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsg erät		k.A.	

Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschallgerät	Ja	
AA31	Spirometrie/Lungenfunktionsprüfung			

## 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>	3 Vollkräfte	
<b>davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	3 Vollkräfte	
<b>Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)</b>	0 Personen	

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung:

Nr.	Facharztbezeichnung:	Kommentar / Erläuterung:
AQ63	Allgemeinmedizin	
AQ01	Anästhesiologie	
AQ23	Innere Medizin	
AQ49	Physikalische und Rehabilitative Medizin	

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ):	Kommentar / Erläuterung:
ZF02	Akupunktur	
ZF09	Geriatric	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF38	Röntgendiagnostik	

### B-[1].12.2 Pflegepersonal:

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	8 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Altenpfleger und Altenpflegerinnen</b>	1 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen</b>	0 Vollkräfte	2 Jahre	
<b>Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen</b>	7 Vollkräfte	1 Jahr	
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	2 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:
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	

Nr.	Zusatzqualifikation:	Kommentar / Erläuterung:
ZP08	Kinästhetik	
ZP12	Praxisanleitung	
ZP15	Stomapflege	
ZP16	Wundmanagement	

**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	
SP35	Diabetologe und Diabetologin/Diabetesassistent und Diabetesassistentin/Diabetesberater und Diabetesberaterin/Diabetesbeauftragter und Diabetesbeauftragte/Wundassistent und Wundassistentin DDG/Diabetesfachkraft Wundmanagement	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
SP14	Logopäde und Logopädin/Sprachheilpädagoge und Sprachheilpädagogin/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	
SP18	Orthopädietechniker und Orthopädietechnikerin/Orthopädiemechaniker und Orthopädiemechanikerin/Orthopädieschuhmacher und Orthopädieschuhmacherin/Bandagist und Bandagistin	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP23	Psychologe und Psychologin	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	
SP27	Stomatherapeut und Stomatherapeutin	

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP28	Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte	

# 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

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

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

Im Reha Zentrum Gyhum wird seit 1995 die Unternehmensphilosophie stark von der Qualitätspolitik beeinflusst. Als eine der ersten Einrichtungen im Gesundheitswesen ist in Gyhum seit dieser Zeit der Aufbau eines internen Qualitätsmanagementsystems vorangetrieben worden. Während zu Beginn eine Anlehnung an die DIN ISO 9001 erfolgte, wurde im Jahr 2001 nach Festigung des Meinungsbildes auch der Kostenträger der Entschluss zur Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2000 und DEGEMED gefasst. Die erfolgreiche Zertifizierung erfolgte im Mai 2003. In 2005 erfolgte im Rahmen der internen Qualitätssicherung die konsequente Ausrichtung an die Anforderungen der Berufsgenossenschaft. Damit wurden in die Bemühungen zur ständigen Qualitätsverbesserung auch der Arbeitsschutz und die Arbeitssicherheit einbezogen. Die angestrebte Zertifizierung nach MAAS BGW erfolgte im Sommer 2005.

Die permanente Beschäftigung mit den Strukturen, den Abläufen/Prozessen und den Ergebnissen führte seit über 10 Jahren zu einer Transparenz, welche die Zusammenarbeit im Hause, aber auch mit externen Partnern (z.B. Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern oder Krankenhäusern) deutlich vereinfacht und vielfach verbessert hat. Hauptnutznießer dieser Bemühungen, sich ständig zu verbessern, ist der Patient. Durch langjährige permanente Patientenbefragungen und durch die Vielzahl der Patienten, die sich das Reha Zentrum Gyhum auch für eine zweite, dritte oder vierte Rehabilitationsmaßnahme aussuchen, erfolgt die Bestätigung, dass diese Qualitätsbemühungen auch tatsächlich beim Patienten ankommen und Früchte tragen. Diese konsequente Ausrichtung auf ausgezeichnete Qualität führt damit über eine weit über den Durchschnitt liegende Belegung auch zu wirtschaftlichen Erfolgen, die für die Gesellschaftsform einer GmbH Existenzvoraussetzung sind.

Im Ergebnis verfolgt das Reha Zentrum Gyhum das strategische Ziel, sämtliche relevanten Abläufe/Prozesse sowie die Gefahren für die Arbeitssicherheit zu erkennen und in ihrem Ablauf und ihrer Wechselwirkung zu organisieren. Dazu sind Kriterien und Methoden zur Durchführung und Lenkung der Prozesse und der Arbeitssicherheit festgelegt und der Informationsfluss innerhalb der Klinik zur Durchführung und Überwachung der Prozesse und der Arbeitssicherheit sichergestellt.

Außerdem wird durch Messungen, Überwachungen und Analysen der Prozesse und der Arbeitssicherheit die ständige Verbesserung garantiert. Die konsequente Kunden- (Patienten, Kostenträger und Krankenhäuser) und

Mitarbeiterorientierung bildet die Basis aller Aktivitäten, sodass die spezifische Qualitäts- und Arbeitsschutzpolitik im QM-Handbuch wie folgt formuliert wurde:

#### Spezifische Qualitätspolitik

Zur Konkretisierung der allgemeinen Qualitätspolitik stellt das Reha Zentrum Gyhum folgende Aspekte in den Focus seiner Arbeit.

1. Tägliche Aufnahme und Untersuchung möglich.
2. Ärztliche Aufnahme am Anreisetag innerhalb der ersten 4 Stunden.
3. Routinediagnostik spätestens am Tag nach der Aufnahme.
4. Im Stationsteam abgestimmte indikationsbezogene therapeutische Konzepte.
5. Therapiebeginn spätestens am Tag nach der Aufnahme.
6. Therapeutenkonstanz über die gesamte Aufenthaltsdauer.
7. Ärztliche und pflegerische Betreuung im Haus "rund um die Uhr".
8. Gesundheitsbildungsangebot auch für Angehörige.
9. Betreuung durch hauseigenen Sozialdienst.
10. Organisiertes Freizeitprogramm (nichtmedizinische Betreuung).
11. Permanente Patientenbefragung und Auswertung.
12. Anreise und Abreise mit hauseigenem Fahrdienst.
13. Entsendung der Arztbriefe in der Regel am Entlassungstag, spätestens am 8. Tag nach der Entlassung.
14. Fachärzte für jede Haupt- und Nebenindikation.
15. Versorgung durch examinierte Pflegekräfte.
16. Therapie über 6 Tage wöchentlich ausschließlich durch examinierte oder diplomierte Therapeuten/innen.
17. Arbeiten in Rehabilitationsteams inkl. wöchentlicher multiprofessioneller und interdisziplinärer Teamsitzung.
18. Jeder Mitarbeiter ist für seine Tätigkeit selbst verantwortlich.
19. Regelmäßige Personalschulungen im Umgang mit Patienten.
20. Regelmäßige Fort- und Weiterbildung des Personals.
21. Teilnahme am Qualitätssicherungsprogramm eines gesetzlichen Kostenträgers.

#### Spezifische Arbeitsschutzpolitik

Zur Konkretisierung der allgemeinen Arbeitsschutzpolitik stellt das Reha Zentrum Gyhum folgende Aspekte in den Focus seiner Arbeit.

1. Der Arbeitsschutz ist in die Gestaltung sämtlicher Prozesse eingebunden.
2. Die Mitarbeiter werden bei der Handhabung von Geräten und Gefahrstoffen entsprechend geschult und eingewiesen.
3. Für sämtliche Gefahrstoffe liegen entsprechende Sicherheitshinweise vor.

4. Es finden jährliche Brandschutzübungen statt. Die Mitarbeiter informieren sich mit Hilfe der Brandschutzordnung mindestens einmal jährlich über das richtige Verhalten in Brandfällen.
5. Ein Arbeitssicherheitsausschuss tagt und führt regelmäßig Begehungen durch. Seine Mitglieder bilden sich kontinuierlich fort.
6. Die Fachkräfte für Arbeitssicherheit geben sich jedes Jahr ein spezielles Arbeitsschutzziel, was sie kontinuierlich verfolgen.
7. Die Mitarbeiter kennen den Betriebsarzt, die Sicherheitsbeauftragten und Fachkräfte für Arbeitssicherheit als Ansprechpartner für Gefährdungen.
8. Unfälle und Verletzungen werden in Verbandbüchern oder in Meldungen, die auch an die BG weitergeleitet werden, erfasst.
9. Die entsprechenden Unfallberichte werden an die Sicherheitsbeauftragten, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt und Betriebsrat weitergeleitet und aufgearbeitet, damit potentielle Gefahren systematisch verringert und beseitigt werden.

Die Umsetzung dieser Politik erfolgt nach dem PDCA-System (Plan, Do, Check und Act). Sämtliche Abläufe werden zunächst geplant, bei und während der Durchführung überprüft und einer Kontrolle unterzogen, sodass bei Feststellung eines Verbesserungsbedarfs entsprechende Korrekturen vorgenommen werden können.

In diese Umsetzung sind federführend die Führungskräfte und Beauftragten eingebunden. Das Reha Zentrum Gyhum vertritt aber auch die Auffassung, dass jeder Mitarbeiter in seinem Einflussbereich für Qualität verantwortlich ist.

## **D-2 Qualitätsziele**

Alle Abteilungen setzen sich jährlich neue Qualitätsziele. Für 2008 sind im Folgenden abteilungsweise diese Ziele und der Erreichungsgrad dargestellt.

### **Medizinischer Dienst Geriatrisch-Neurologische Klinik**

- Die weitere Etablierung von Leitlinien in der medizinischen Behandlung wurde umgesetzt.
- Die Labornutzung wurde überarbeitet und die klinische Medizin in den Vordergrund gerückt.
- Für die Thromboseprophylaxe wurde ein einheitlicher Standard geschaffen.

### Medizinischer Dienst Chirurgisch-Orthopädische Klinik

- Die Messung der Ergebnisqualität mittels standardisierter Hüft- bzw. Knie-Scores wurde eingeführt. Die EVA Reha-Software des MDK Rheinland-Pfalz wird zur Erfassung und Auswertung genutzt.

### Diagnostik

- Zur besseren personenbezogenen Orientierung von Patienten und Angehörigen wurde im Diagnostikbereich eine Fotowand eingerichtet.
- Durch den direkten Zugriff der Röntgenabteilung auf die EDV-Therapieplanung, können Termine noch besser aufeinander und auf die Patienteninteressen abgestimmt werden.

### Therapie Geriatrisch-Neurologische Klinik

- Die Therapieplanung mit dem EDV-Programm Cosymed wurde eingeführt.
- Die Mitarbeiter der Ergotherapie optimierten und erweiterten ihr Gruppenangebot.
- In der Physikalischen Therapie wurden die Therapieräume so umgestaltet, dass eine Optimierung der Arbeitsabläufe möglich wurde.
- Die Physiotherapeuten erarbeiteten Hausaufgabenprogramme für Patienten mit Hüft- und Knie-TEP.
- Im Bereich der Logopädie wurden Kommunikationsgruppen für Aphasiker und Dysarthriker etabliert.

### Therapie Chirurgisch-Orthopädische Klinik

- Der Bereich Gesundheitsbildung/Sport- und Bewegungstherapie hat folgende Konzepte erprobt und erweitert: Rückenschulung, Endoprothesenschulung, Adipositaschulung/-training, Nichtraucher- und Nordic Walking.
- In der Physiotherapie wurde ein Fortbildungskonzept für Therapeuten zur Behandlung von Amputierten der unteren Extremitäten erarbeitet.
- Die Abschlussdokumentation für Rückenpatienten wurde weiterentwickelt. Heimprogramme wurden erstellt.
- Die Physikalische Therapie konnte den Bereich Akupunktur Meridian Massage weiter ausbauen und vertiefen. Schulungen wurden durchgeführt.
- Die Ergotherapeuten integrierten die Akupunktur Meridian Massage in ihr Konzept.
- Ein Sensibilitätstraining wurde eingeführt.

## Psychologischer Dienst

- Standard für den Umgang mit Menschen mit Angst wurde erstellt.
- Informationsblatt für Patienten mit Gesichtsfeldstörungen wurde erarbeitet.
- Standard für die neuropsychologische Fahreignungsdiagnostik wurde erstellt.
- Für den Aufbau eines Netzwerkes mit Fahrschulen im Zusammenhang mit der Fahreignungsdiagnostik läuft zur Zeit eine Informationssammlung.
- Gruppen zur Schmerz- und Stress- (Krankheits-) bewältigung wurden eingeführt. Weitere Gruppen sind bereits in Arbeit.

## Sozialdienst

- Gruppen zur Erörterung sozialrechtlicher Fragen wurden eingeführt.

## Pflegedienst

- Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe wurde eingeführt. Schulungen der Mitarbeiter zu diesem Thema fanden statt.
- Für den Expertenstandard Sturzprophylaxe wurden Formblätter erstellt. Hilfsmittel wie z.B. Hüftprotektoren werden bereits eingesetzt.
- Die Nadelstichschutzverordnung wurde umgesetzt. In allen Bereichen wurden Sicherheitskanülen eingeführt.
- Es wurden Hospitationen der Pflegekräfte in den Therapiebereichen durchgeführt.
- Pflegevisite wurde eingeführt. Erfolgt bei Aufnahme, Status wird erfasst und eine Pflegeplanung erstellt.
- Arbeitsabläufe im Bereich der Pflege Klinik 1 wurden auf Zweckmäßigkeit überprüft und angepasst.

## Bistro

- Es wurden monatliche Checklisten eingeführt, kontrolliert und abgelegt, um eine sorgfältige Führung der HACCP-Pläne zu gewährleisten.

## Küche

- In Zusammenarbeit mit der Fa. Schubert wurde der Arbeitsablaufplan für den Spätdienst teilweise neu erarbeitet und umgesetzt.

### Ernährungsberatung

- Verbesserung der Schluckstufenkost insbesondere in Bezug auf Optik und Vielfalt wurden bereits zum Teil umgesetzt. Eine Arbeitsanweisung wurde erstellt. Weitere Verbesserungen sind in Arbeit.

### Bettenteam

- Sicherstellung, dass jeder Patient eine für seine Größe/Gewicht, Gewichtsverteilung und Liegegewohnheit eine der Indikation entsprechende Matratze erhält. In Zusammenarbeit mit der Therapie wurde eine Arbeitsanweisung mit Berechnungsformel erstellt. Alle Matratzen der Klinik 1 wurden gewogen und ihre Stärke berechnet.

### Patienten-Abrechnung, Personalverwaltung, Finanzbuchhaltung

- Zeitnahe Bearbeitung von fehlerhaften Rezepten, durch die verbesserte Zusammenarbeit mit der Zentralen Ambulanz wurde der Rücklauf von fehlerhaften Rezepten und die damit erforderliche Bearbeitungszeit reduziert. Fehlerquellen sollen zukünftig durch Schulung/Info (Arbeitsanweisung) oder Dokumentation der Problemfälle beseitigt werden. Fortlaufender Prozess.

### Patienten-Anmeldung

- Einhaltung der mit den Kostenträger vereinbarten Aufenthaltsdauer. Fortlaufender Prozess.

### Kiosk

- Kleine Präsente werden zusammengestellt, entsprechend verpackt und zum Verkauf angeboten.

### Beschaffung

- Lagerbereich wurde im Hinblick auf die Arbeitsschutzrichtlinien überprüft.
- Es wurde erreicht die Rechnungsbearbeitung innerhalb von maximal 2 Arbeitstagen abzuschließen.

## Technischer Dienst

- Defekte Kühlschränke, Herde, Waschmaschinen wurden über einen kostengünstigen Anbieter entsorgt.
- Angebote zur Sanierung des Scheunendaches wurden eingeholt.

## EDV

- Der Infopool für den Bereich EDV wurde im Intranet (hausinternes Web) weiter ausgebaut.
- Interne Schulungen der Mitarbeiter in der Handhabung der EDV wurden regelmäßig durchgeführt.
- In Zusammenarbeit mit dem Datenschutzbeauftragten wurde eine regelmäßige Virenkontrolle der Internetarbeitsplätze initiiert, die jetzt täglich durchgeführt wird.

## Datenschutzbeauftragter

- Zahlreiche Dokumentationen (QM-Richtlinien, Formblätter, Datenschutz-Flyer) wurden erstellt und eingeführt. Das in Zusammenarbeit mit dem Verbund Norddeutscher Rehakliniken erarbeitete Datenschutzkonzept wurde weiter ausgebaut.

## Geschäftsleitung

- Mit dem Bau des neuen Bettenhauses konnte am 22.09.2008 begonnen werden
- Der Neubau einer Lobby
  - zur Verbesserung der Eingangssituation ("Ein Gesicht fürs RZG")
  - zur Verbesserung von Abläufen (Diagnostik)
  - zur Steigerung der Qualität (Diagnostik)
  - zum Aufbau eines MVZ mit geriatrischer und neurologischer FA-Ausrichtungdie Planung ist abgeschlossen. Das Einverständnis der Gesellschafter liegt vor. Der Termin für den Baubeginn wurde festgelegt.
- Sanierung diverser Altbaubereiche, wie z.B. Station 4, Dächer des Speisesaals und der Eichenhofhalle, wurde durchgeführt. Eine neue Brandmeldeanlage wurde installiert.
- 95% der IV-Verträge für Hüft-/Knie-TEP wurden verlängert.
- Die Neurologie wird als eigenständige Klinik 3 mit einem Neuen Chefarzt etabliert.
- Im Rahmen der Personalentwicklung wurden Fortbildungen für alle Führungskräfte durchgeführt, um eine höhere Mitarbeiterzufriedenheit zu erlangen.

- Die Geschäftsführung entsprach dem Wunsch vieler Mitarbeiter und übernahm die Kosten für die Bedruckung von T-Shirts und Jacken mit dem Reha-Logo.

### Qualitätsmanagement

- Die QM-Dokumentation wurde auf einem aktuellen, laufenden Stand gehalten, was letztendlich auch durch das Überwachungsaudit 2008 dokumentiert wurde, welches ohne Abweichungen verlief.
- Verstärkte Zusammenarbeit der einzelnen Kommissionen (Hygiene, Arbeitssicherheit, QM), sowie gemeinsame Begehungen.
- Teilnahme am QS-Reha-Programm für neurologische Patienten der Uniklinik Freiburg ist erfolgt. Die Datenerhebung wurde im Frühjahr 2008 abgeschlossen. Die Arbeit mit den Ergebnissen wurde aufgenommen.
- Die Attraktivität für jüngere Patienten, insbesondere neurologische, konnte gesteigert werden (Internet-PC, Raum für Freizeit). Fortlaufender Prozess.

### Marketing

- Die Vermarktung und Verbreitung der Integrierten Versorgungs-Modelle inkl. Betreuersystem bei Patienten, niedergelassenen Ärzten und weiteren Krankenhäusern und Kostenträgern wurde umgesetzt. Im Rahmen des Betreuersystems wurden ca. 25 Besuchsberichte erstellt.
- Die Kontaktpflege zu den einweisenden Krankenhäusern, hauptbelegenden Krankenkassen sowie niedergelassenen Ärzten wurde weiter betrieben (Geschäftsführung, Ltd. Ärzte, Sozialdienst, Pflege).
- Eine Stärkung des Profils der Neurologie erfolgte ab Herbst 2008 und wird weiter fortgesetzt.
- Eine gezielte Kontaktaufnahme und Betreuung von Selbsthilfegruppen wurde bisher im Bereich Parkinson umgesetzt.

### Fachkraft für Arbeitssicherheit

- Arbeitsunfälle wurden ausgewertet und ggf. reduziert. Guter Informationsfluss bei der Dokumentation. Reduzierung durch Aufklärung/Info möglich und entsprechende Arbeitsmaterialien, z.B. stichsichere Kanülen.
- Das Image und die Akzeptanz der Arbeitssicherheitsmaßnahmen im Hause konnte durch Transparenz, Gesprächsangebote und Verteilung von Informationsmaterial verbessert werden.
- Überprüfung der Arbeitsplätze in Bezug auf Beleuchtungsdefizite und Beseitigung der Mängel.
- Überprüfung der Verbandkästen des gesamten Hauses. Aussortierung veralteter Kästen und Neuanschaffung der Norm entsprechender Kästen (spezielle Kästen für den Bereich Küche und Technischer Dienst). Ein Jährliche Überprüfungsplan wird erstellt. Die Durchführung liegt in den Händen des Betriebsarztes und der betriebsärztlichen Assistentin.

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

Das Reha Zentrum Gyhum ist mit 30 akutgeriatrischen Betten im Bettenbedarfsplan des Landes Niedersachsen (108 SGB V) und mit 270 Rehabetten i.S.v. § 111 SGB V anerkannt. Das im Folgenden dargestellte QM-System bezieht sich auf die gesamte Einrichtung und unterteilt sich nicht nach den Bereichen Akut und Rehabilitation.

Die Geschäftsleitung besteht aus dem Geschäftsführer, den Chefärzten, der Pflegedienstleitung, einer Therapieleitung, (der Assistentin der Geschäftsführung) und nimmt die Aufgaben des Qualitätsmanagements wahr.

Die Assistentin der Geschäftsführung hat die Aufgaben des Qualitätsbeauftragten übernommen. Sie ist verantwortlich für die Entwicklung, Ausarbeitung, Einführung und Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems mit integriertem Arbeitsschutz sowie für die Berichterstattung über deren Wirksamkeit.

Die Qualitätsbeauftragte leitet den Qualitätsausschuss, der aus 9 Mitarbeitern sämtlicher Abteilungen, den Qualitätsmoderatoren, besteht. Dieser Ausschuss trifft sich monatlich, bespricht und löst qualitätsrelevante Fragestellungen oder leitet diese an Arbeitsgruppen oder an gezielt von der Geschäftsleitung eingesetzte Projektgruppen weiter.

Die Qualitätsmoderatoren haben neben der Filterfunktion (qualitätsrelevante Probleme aus ihrem Bereich herauszufiltern) auch eine Multiplikatorenfunktion. Die gesamte QM-Dokumentation wird über sie in die verschiedenen Abteilungen und an die Mitarbeiter weitergeleitet (inkl. Schulung).

Im Rahmen der QM-Dokumentation ist entsprechend der DIN EN ISO einerseits ein QM-Handbuch vorhanden, was auf Anfrage auch Externen zur Verfügung gestellt werden kann. Andererseits sind für den internen Gebrauch im QM-Ordner Organigramme, Stellenbeschreibungen, Richtlinien, Arbeitsanweisungen und Formblätter erarbeitet worden. Sämtliche Dokumente werden nach gleichen Standards erstellt, sodass Gestaltung, Erstellung und Änderung nachvollziehbar und einheitlich sind.

Auch die weitergehende Dokumentation ist vereinheitlicht. So werden in einheitlichen Rundschreiben, (Qualitäts-)Berichten und Projektgruppenergebnissen die Mitarbeiter informiert. Sämtliche Besprechungen werden einheitlich protokolliert. Dabei werden für offene Aufgaben Verantwortliche benannt und eine Abarbeitung kontrolliert.

Ein internes Mailsystem unterstützt die Kommunikation. In 2004 konnten außerdem die Grundlagen für ein Intranet gelegt werden, sodass auch die Verteilung der gesamten QM-Dokumentation darüber vereinfacht wurde. Auch die Bereitstellung des monatlichen Qualitätsberichts erfolgt im Intranet. Die monatlichen Qualitätsberichte dienen der Erfassung, Erstellung, Auswertung und Überwachung verschiedener betrieblicher Daten, die eine aussagefähige Qualitätsprüfung ermöglichen. Es sollen Informationen geschaffen werden, die die Wirtschaftlichkeit der Prozesse und Betriebsbereiche sichtbar machen, Entwicklungen und Veränderungen aufzeigen und die Arbeitssicherheit überprüfen, sodass entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden können.

Der jährliche interne Qualitätsbericht ist die Zusammenfassung der Monatsberichte. Ergänzend werden abteilungsweise die für das abgelaufene Jahr im Rahmen der Qualitätsplanung aufgestellten Ziele zusammengestellt, bewertet und die neuen Ziele dargestellt. Außerdem werden die Ergebnisse der durchgeführten Audits zusammengestellt.

Die Verantwortung für Qualität hört im Reha Zentrum Gyhum aber nicht bei den Qualitätsmoderatoren auf. Jeder Mitarbeiter übernimmt in seinem Arbeitsbereich Verantwortung für die Qualität und insbesondere für die Zufriedenheit der Patienten. In dieser Hinsicht sind alle Mitarbeiter geschult, sodass Probleme und Anregungen, die Patienten an einzelne Mitarbeiter herantragen, direkt von diesen gelöst oder an einen zuständigen Mitarbeiter weitergeleitet werden und die Erledigung nach angemessener Zeit entsprechend nachgefragt wird. Alle Mitarbeiter geben sich außerdem für ihre Abteilung Qualitätsziele, deren Erreichung vom Qualitätsbeauftragten systematisch überwacht und bewertet wird.

Neben den externen Überwachungsaudits zur Aufrechterhaltung der DIN EN ISO, DEGEMED- und MAAS-BGW-Zertifizierung werden auch jährlich interne Audits durchgeführt. In einem rotierenden System auditieren die Mitarbeiter der einen Abteilung ihre Kollegen der anderen Abteilung. Auch dies erfolgt nach einem fest definierten Verfahren (einheitliche Fragen und Dokumentation).

In verschiedenen Bereichen werden Ergebnisfaktoren gemessen, die zur eigenen Verbesserung, aber auch zur Außendarstellung herangezogen werden. Durch diese permanente Überwachung und -prüfung der zuvor transparent gemachten Tätigkeiten wird ein Prozess der ständigen Verbesserung in Gang gehalten.

Schließlich hat die Geschäftsleitung für verschiedene Bereiche weitere Beauftragte ernannt (z.B. Arbeitssicherheit, Hygiene, Gefahrstoffe, Brandschutz usw.). Auch diese Beauftragten haben, neben ihrer bereichsspezifischen, die Aufgabe der Förderung und Realisierung der Arbeitsschutzpolitik und der Arbeitsschutzziele. Die Mitarbeiter erhalten regelmäßige Schulungen.

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

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

Interne Audits dienen der Überwachung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems mit dem Ziel, die Funktion und die Einhaltung der Regeln des QM-Systems zu bestätigen und aufgetretene Schwachstellen zu beseitigen. Außerdem überprüfen sie die Qualität der Dienstleistung und die Arbeitssicherheit der Mitarbeiter.

Der Qualitätsbeauftragte ist für die Planung, Organisation und Durchführung der internen Audits verantwortlich. Die Geschäftsführung ist für die Genehmigung des Auditplans verantwortlich. Die Audits werden von den dafür ausgebildeten Auditoren durchgeführt.

Der Qualitätsbeauftragte erstellt im Dezember einen Auditplan für das kommende Jahr. In diesem Auditplan sind alle Bereiche des Reha Zentrum Gyhum berücksichtigt und die Termine sowie die Auditoren festgelegt.

Der Qualitätsbeauftragte erstellt mit den Auditoren auf Grund von Gesetzen, QM-Handbuchttexten, Richtlinien, Arbeitsanweisungen, Stellenbeschreibungen und anderen Vorgabedokumenten eine Auditcheckliste und stimmt diese mit der jeweiligen Abteilungsleitung ab.

Im Rahmen der Audits werden in der Auditcheckliste Abweichungen, Korrekturmaßnahmen und Erledigungsdatum vermerkt. Die Abteilungsleitung ist für die Einleitung von Korrekturmaßnahmen und die Erledigungsmeldung an den Qualitätsbeauftragte verantwortlich. Sofern sich im Rahmen der Audits Gesichtspunkte ergeben, die zu einer Gefährdung der Mitarbeiter führen (Arbeitssicherheit), informieren die jeweiligen Auditoren die Fachkräfte für Arbeitssicherheit oder die Sicherheitsbeauftragten, sodass Korrekturmaßnahmen eingeleitet werden können.

### **Beschwerdemanagement:**

Hiermit wird sichergestellt, dass Patienten-, Krankenhaus und Kostenträgerreklamationen umgehend bearbeitet und entsprechende Korrekturmaßnahmen eingeleitet werden. Alle betroffenen Abteilungen werden zur akuten und vorbeugenden Fehlervermeidung zielgerichtet informiert. Durch ein Rückinformationssystem wird die Durchführungswirksamkeit der

Korrekturmaßnahme überprüft. Eine umgehende Bearbeitung von Reklamationen trägt zu einem positiven Verhältnis zwischen Patient, Krankenhäusern und Kostenträger einerseits und der Klinik andererseits bei.

Für die interne Bearbeitung von Patienten-, Krankenhaus und Kostenträgerreklamationen ist der Qualitätsbeauftragte zuständig. Er sorgt in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Abteilungen für eine Fehlerursachenanalyse, die Planung der erforderlichen Korrekturmaßnahmen und die Beantwortung.

Jeder Mitarbeiter, der eine Patienten-, Krankenhaus und Kostenträgerreklamation annimmt, ist verpflichtet, diese Reklamation an den Qualitätsbeauftragten weiterzugeben. Im Bereich Qualitätswesen werden die eingehenden Reklamationen gesichtet, erfaßt und zur Stellungnahme an die betroffene Abteilung weitergeleitet.

In diesen Stellungnahmen werden Beurteilungen, Fehlerursachen, Korrekturmaßnahmen und die Erfolgskontrolle dokumentiert und dem Qualitätsbeauftragten zurückgemeldet. Für die zügige Erstellung und Abgabe der Stellungnahmen an den Qualitätsbeauftragten ist die jeweilige Abteilungsleitung verantwortlich.

Der Qualitätsbeauftragte beantwortet die Reklamation in der Reihenfolge der beanstandeten Punkte. Bei begründeten Beanstandungen werden die Korrekturmaßnahmen mitgeteilt. Bei unbegründeten Beanstandungen wird der entsprechende Sachverhalt objektiv dargestellt. Innerhalb von 10 Tagen sollte die Reklamation beantwortet sein.

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

Verantwortlich für die Behandlung fehlerhafter Leistungen sind alle Mitarbeiter. Fehlerhafte Leistungen können Eigen- oder Fremdleistungen sein. Die zuständige Abteilungsleitung entscheidet, ob die jeweilige Leistung gesperrt wird bzw. welche Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen getroffen werden. Sie ist verantwortlich für die Dokumentation der Entscheidung.

Die fehlerhafte Leistung wird von dem Mitarbeiter, der sie erkennt, beschrieben und dem für die Leistung Zuständigen mitgeteilt. Handelt es sich dabei um eine Eigenleistung, wird die Abteilungsleitung der entsprechenden Abteilung informiert, die entscheidet, ob die Leistung gesperrt wird bzw. welche Korrekturmaßnahmen eingeleitet werden.

Handelt es sich um eine Fremdleistung, wie z.B. Labor oder Schädlingsbekämpfung, so wird der Ansprechpartner des externen Dienstleisters informiert bzw. schriftlich benachrichtigt und aufgefordert, umgehend den Fehler abzustellen.

Fehlerhafte Leistungen können in fehlerhaften Richtlinien, Arbeitsanweisungen bzw. in der Organisation und Ausführung oder auch durch technischen Defekt begründet sein.

### **Patienten-Befragungen:**

Eine permanente Patientenbefragung führt das Reha Zentrum Gyhum seit 1999 durch. Im Jahr 2004 wurde die Befragung umgestellt und mit den anderen Mitgliedskliniken des Verbundes Norddeutscher Rehakliniken (VNR) vereinheitlicht. Seit dem ist es möglich, nicht nur den Verlauf der eigenen Ergebnisse zu verfolgen und zu bewerten, sondern auch mit anderen Einrichtungen zu vergleichen. Die weiteren Gespräche im VNR führen zu einer ständigen Orientierung am "Besten", sodass eine permanente Qualitätsverbesserung stattfindet.

Das Reha Zentrum Gyhum hat folgende Ergebnisse in 2008 erreicht (Auszüge aus den Auswertungen):

**Bereich** (Anteil positiver Antworten der Befragten in %)

- **Arzt**  
90,0
- **Pflege**  
94,6
- **Rehabilitation**  
89,7
- **Seminare**  
85,8
- **Therapie**  
88,7
- **Organisation und Service**  
94,2
- **Ergebnis**  
90,0
- **Zufriedenheit**  
91,6

Im Durchschnitt zeigen die Ergebnisse, dass gut 90 % der Patienten ihre Rehabilitationsmaßnahme in Gyhum positiv bewertet haben.

## **Mitarbeiter-Befragungen:**

Im Jahr 2005 wurde eine Mitarbeiterbefragung als Qualitätsmanagement-Projekt durchgeführt. Die Ergebnisse wurden analysiert und Korrekturmaßnahmen eingeleitet. In den Jahren 2007 und 2008 wurden Schulungen für alle Führungskräfte durchgeführt. 2010 soll die nächste Befragung durchgeführt werden.

## **Einweiser-Befragungen:**

Es wird sichergestellt, dass auf verschiedenen Ebenen mit Kostenträgern, Krankenhäusern, Ärzten regelmäßig persönlicher Kontakt gepflegt wird. Diese Kontakte dienen der persönlichen Bindung und bieten die Möglichkeit der Vorstellung der Klinik, der Darstellung von Veränderungen und Neuerungen, als auch der Erläuterung spezieller Fälle. Ziel ist der Aufbau eines persönlichen Vertrauensverhältnisses.

Zuständig sind primär die Mitarbeiter des Bereichs Marketing, ggf. Chef- und Oberärzte oder andere Leitungskräfte, die Besuche durchführen. Es gilt der Grundsatz, dass die jeweilige Berufsgruppe mit dem jeweiligen Kollegen in den zu besuchenden Einrichtungen Kontakt sucht (Beispiel: Chefarzt zu Chefarzt, PDL zu PDL).

Allgemeines zu Besuchen:

- Struktur der Besuche = Vorherige Anmeldung bei einem Ansprechpartner mit konkreter Terminabsprache und wirtschaftlicher Fahrtenplanung.
- Ablauf/Organisation = Auswahl der jeweiligen Einweiser/Kostenträger usw. anhand aktueller Informationen, ggf. Fragen oder Wünschen der zu Besuchenden.
- Besuchsdurchführung = Muss individuell angepasst sein und dem Anlaß entsprechen (Anhaltspunkte: Pünktlichkeit, freundliche Atmosphäre schaffen, Zuhören, auf bisherige Kontakte eingehen, mögliche Infos über Gesprächspartner einbeziehen, Info-Material bereithalten (= Indikationen, Bettenzahl. Weiterbildungsermächtigungen, Therapie und Therapiekonzepte, Pflegesätze, Abholservice, angegliederte Institutionen), ggf. Präsente überreichen oder Einladungen aussprechen).
- Besuchsbericht = Ergebnisse festhalten, Anregungen vermerken, Wünsche aufnehmen, Kontakte herstellen und die Umsetzung einleiten (ggf. Besprechung mit anderen zuständigen Mitarbeitern).

Grundsätzlich sollen alle einweisenden Krankenhäuser 1x jährlich besucht werden (Haupteinweiser 2-4x jährlich).

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

Patienten-Information und -Aufklärung ist im Reha Zentrum Gyhum Bestandteil der Behandlung.

### **Wartezeitenmanagement:**

In der Akut-Geriatrie des Reha Zentrum Gyhum kann eine Aufnahme ohne Wartezeit erfolgen.

### **Hygienemanagement:**

Die hausinterne Richtlinie regelt die maßgebenden Verfahren zur Einhaltung der Richtlinien des Robert-Koch-Institutes, um Krankenhausinfektionen zu verhüten und zu bekämpfen. Zuständig sind der Hygienebeauftragte und die Hygienekommission.

Aufgaben der Hygienekommission und des Hygienebeauftragten sind:

- Aufdeckung, Erfassung und Klärung von Ursachen einzelner oder epidemisch auftretender Krankenhausinfektionen.
- Kontrolle der Klinik unter hygienischen Gesichtspunkten.
- Aufstellung von Hygiene-/Desinfektionsplänen.
- Beratung der Geschäftsleitung.
- Enge Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften und der Arbeitsschutzkommission.
- Bildung einer Hygienekommission im Einvernehmen mit der Geschäftsführung.
- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen.
- Mitwirkung in der Aus- und Fortbildung des Personals in der Krankenhaushygiene, bei Neuanschaffung von Geräten usw., bei der Planung von Neu- und Umbauten.

Die Hygienekommission hat die Aufgabe, einen Hygieneplan zu erstellen, in dem zu regeln ist, welche Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen unter Einbeziehung therapeutischer Maßnahmen zu beachten sind. Sie regelt auch die Kontrolle der Hygiene und wirkt mit bei der Planung und Beschaffung rechnerischer und baulicher Einrichtungen. Sie wirkt weiter mit bei der Aufstellung von Organisationsplänen über den Funktionsablauf in verschiedenen Klinikbereichen (Hygienepläne) und der Fortbildung des Personals.

Des Weiteren werden in der hausinternen Richtlinie folgende Themen geregelt:

- Hygienekommissionssitzung
- Hygienevisite
- Hygieneschulung
- Desinfektionsplan
- Erfassung der Krankenhausinfektionen
- Instrumentensterilisation
- Umgang mit multiresistenten Erregern (z. B. ORSA)
- Umgang mit meldepflichtigen Erkrankungen

## **Sonstige:**

### VNR

#### **(Verbund norddeutscher Rehakliniken)**

1998 gegründet, umfasst er norddeutsche Rehakliniken, die nicht konzerngebunden bzw. keiner Klinikette angehören.

Drei- bis viermal im Jahr treffen sich Mitglieder der Klinikleitungen und Qualitätsbeauftragte zum gegenseitigen Austausch, Fortbildung und Entwicklung gemeinsamer Projekte.

Ein besonderer Schwerpunkt bildet das gemeinsame, interne Qualitätsmanagement (QM), welches letztlich zu der Zertifizierung der QM-Systeme aller Mitgliedskliniken führte.

Als gemeinsame Aktivitäten seien an dieser Stelle beispielhaft eine gemeinsame, kontinuierliche Patientenbefragung als Benchmarking sowie ein Verfahren zur indikationsübergreifenden ICF-orientierten Abfrage der Ergebnisqualität angeführt. Ein jährlicher Höhepunkt im Bereich des Qualitätsmanagements stellt der so genannte „Moderatorentag“ dar, für alle QM-Moderatoren, die sich besonders für die Weiterentwicklung und Aufrechterhaltung des QM-Systems engagieren.

Hier erhalten sie Impulse durch externe Referenten und stellen eigene beispielhafte Q-Projekte vor.

Schwerpunktthema des Moderatorentages 2008 waren Risikomanagement bzw. Optimierung der Patientensicherheit.

## **D-5 Qualitätsmanagementprojekte**

### INTEGRIERTE VERSORGUNG FÜR HÜFT-/KNIE-TEP-PATIENTEN

#### Verantwortlicher Projektleiter

Herr Kettner

#### Ziele/gewünschte Ergebnisse

Etablierung einer flächendeckenden endpunktdefinierten Integrierten Versorgung für TEP-Patienten.

Bereits in 2004 und 2005 wurden folgende Punkte bearbeitet und umgesetzt:

2004

- Erstellung eines Konzeptes in Abstimmung mit weiteren Leistungserbringern.
- Vorstellung des Konzeptes bei den Kostenträgern.
- Diskussion und Erweiterung des Konzeptes um die Vorstellungen der Kostenträger.
- Erneute Abstimmung des Konzeptes mit weiteren beteiligten Leistungserbringern.
- Abschluss erster Verträge.
- Umsetzung des Konzeptes durch intensive Abstimmung der Leistungserbringer und Schulung der betroffenen Mitarbeiter.

In 2005 konnten

- weitere Verträge geschlossen werden,
- die Abläufe unter den Teilnehmer verbessert und optimiert werden,
- eine Software zur Erfassung von Verlaufs- und Ergebnisqualitätsdaten entwickelt und eingesetzt werden,
- im Rahmen von Marketingmaßnahmen der Informationsstand bei Ärzten und Patienten verbessert werden.

In 2006 konnten

- erneut Verträge geschlossen werden,
- erste Gespräche mit der Kassenärztlichen Vereinigung zur vertraglichen Einbindung der niedergelassenen Ärzte geführt werden,
- erste Qualitätsberichte vorgelegt werden.

In 2007 konnten

- das Reha-Zentrum Gyhum, das Therapiezentrum Waldklinik Jesteburg und die Diana Klinik Bad Bevensen gemeinsam den Klinikförderpreis der Bayern LB für das Konzept der integrierten Versorgung entgegennehmen.

In 2008 konnten

- 95% der IV-Verträge für Hüft-/Knie-TEP verlängert werden.

Im Berichtsjahr sind weitere Verträge zur Integrierten Versorgung von Hüft-/ Knie-TEP-Patienten geschlossen worden.

Die regelmäßigen Gesprächen und Erfahrungsaustausche unter den persönlichen Patientenbetreuern (Casemanagern) wurden auch in 2008 fortgesetzt und führten zur weiteren Optimierung des Modells, was sich in nochmals verbesserten Ergebnissen der Patientenbefragung widerspiegelt.

In den Qualitätsberichten konnten für die jeweiligen Kostenträger die zentralen Qualitätsparameter dargestellt werden. Die

Wartezeit auf die Hüft-/Knie-Operation konnte deutlich verringert werden. Die Behandlungszeit im Krankenhaus wurde gesenkt. Details zu den IV-QS-Berichten können gern angefordert werden.

Zur Information der betroffenen Patienten wurden wöchentliche Vorträge etabliert. Die persönlichen Betreuer stehen aber auch für Anfragen von zukünftigen Patienten jederzeit zur Verfügung. Damit besteht die Möglichkeit, sich schon vor der Operation objektiv über die verschiedenen Modelle der Krankenkassen und die teilnehmenden Leistungserbringer zu informieren und den jeweils besten Behandlungsweg einzuschlagen

Vom Reha Zentrum Gyhum haben sich neben dem Projektleiter federführend folgende Personen beteiligt: Herr Dr. Teichner (Leitender Arzt Chirurgisch-Orthopädische Klinik), Herr Köhler (Oberarzt Chirurgisch-Orthopädische Klinik) Herr Stoll (Therapieleiter), Frau Sanders (persönliche Betreuerin).

## EDV-Therapieplanung

### Verantwortlicher Projektleiter

Frau Alexander

### Ziele/gewünschte Ergebnisse

- Einheitliche Planung
- Erleichterung des bestehenden Planungsaufwandes
- Geringerer Zeitaufwand in Vertretungssituationen
- Optimalere Ausnutzung von freien Einheiten
- Erleichterung der Therapiewahl
- Sicherung der Therapieabgabe z.B. IK-8 Patienten
- Transparenz (für alle Berufsgruppen)
- zeitnahe Therapieabgabe bei Nachverordnungen

### Attraktivität für Ärzte

- schnellere Verordnung von Therapien durch vorher erstellte Makros
- keine verlorenen Therapiepläne, bleiben bestehen (wie Archiv)
- Zugriff auf Therapiepläne zu jeder Zeit, Arzt ist stets über abgegebene Therapien informiert
- Schnelleres Abrechnungssystem.

### Vorgehensweise

- Ideensammlung, wie eine EDV-gestützte Therapieplanung in der Klinik 2/3 aussehen könnte. Vergleiche und Besichtigung in Jesteburg.
- Stammdatensammlung.
- Grobe Ablaufplanung.
- Gruppierung der Krankheitsbilder und Erstellung der Makros.
- Verfeinerung der Ablaufplanung und erste Paralleltests.
- Überarbeitung der Stammdaten, der Ablaufplanung und Festlegung der Details.
- Tatsächliche Einführung der EDV-Planung auf der ersten Station.
- Erneute Überarbeitung und Anpassung der EDV-Planung auf den anderen Stationen

### Projektergebnis

- Im Dezember 2008 konnten die ersten Therapiepläne für die Kliniken 2/3 herausgegeben werden.

### QS-Reha-Verfahren (Berichtsteil IV-Patientenzufriedenheit)

#### Verantwortliche Projektleiter

Frau Alexander

#### Ziele/gewünschte Ergebnisse

- Steigerung der Patientenzufriedenheit

#### Ergebnisse aus dem Berichtsteil Patientenzufriedenheit

- Der Ergebnisbericht zur Patientenzufriedenheit des QS-Reha-Verfahrens ergab für das Reha-Zentrum Anregungen und Handlungsbedarf.

#### Projektergebnis

- Die ärztliche Erstuntersuchung findet grundsätzlich am Aufnahmetag statt.
- Visitenzeiten werden wie folgt festgelegt: Phase C 4xwöchentlich, Phase D 2xwöchentlich.
- Bei Bedarf werden zusätzliche Sprechzeiten angeboten
- Absagen oder Verschiebungen können früher erkannt und bei der Belegungsplanung berücksichtigt werden.
- In 98,7% der Fälle konnte die Rehabilitation direkt am Tag der Krankenhausentlassung fortgesetzt werden.
- Besprechung der Erwartungen und der Rehaziele wird zukünftig bei Aufnahme der Patienten an Hand eines ICF-Bogens bei der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung besprochen.

#### Reha-Assistenz

#### Verantwortliche Projektleiter

Herr Kettner

### Ziele/gewünschte Ergebnisse

- Eine Reha-Assistentin soll den Arzt und der Pflege entlasten und z.Zt. durchgeführte Doppelarbeiten in einer Person verbinden. Gleichzeitig soll sie den Pat. von der Aufnahme bis zur Entlassung unabhängig von Abteilungsstrukturen (vertikal) während der gesamten Rehaphase begleiten (horizontal).

### Vorgehensweise

- Die Berufsgruppe der Reha-Assistenten wird neu geschaffen und organisatorisch dem ärztliche pflegerischen Bereich zugeordnet.
- Es werden von der Pflege unabhängige Dienstpläne erstellt.
- Zunächst soll eine Probephase auf einer Station erfolgen.
- Für eine spätere Umsetzung in angestrebt jede Station mit einer entsprechenden Assistenz zu besetzen.
- Die Stellen werden zunächst hausintern ausgeschrieben.
- Die Dienstzeiten sind zu staffeln (2 Kräfte beginnen z.B. um 7:30 während zwei Kräfte erst gegen Mittag beginnen und bis 18.00 Uhr im Hause sind)
- In der Detailplanung ist festzulegen., welche weiteren Aufgaben neben der Aufnahme des Patienten bei der Assistentin angesiedelt sind.

### Detailplanung der Aufgaben der Reha-Assistenten in Bezug auf die Patienten

- Verwaltungsmäßige Aufnahme durchführen
- Patienten über organisatorische Abläufe informieren
- Pflegebedarf feststellen
- Anleitungsbedarf ermitteln
- Sichtung und Vervollständigung von Unterlagen
- Auswertung von Fragebögen
- Teile der Anamnese erheben
- Sozialberatung einleiten
- Standardtherapieplan anlegen
- Entlassungsbericht anlegen
- Krankheitsverständnis und Informationsstand erfragen
- Beratungsbedarf feststellen
- Beeinträchtigungen in Aktivität und Teilhabe
- Rehazielen besprechen
- Sinn der Reha

- Nachsorge
- Psychologische Diagnostik/Beratung einleiten
- Assessments aus dem Bereich Mobilität
- Rehazielle prüfen/modifizieren
- Therapieplan prüfen/modifizieren
- Sinn der Therapien erläutern
- Entlassungsbericht ergänzen
- Bisher erhobene Informationen prüfen
- Orientierender Gesamtstatus, Komplikationen, Risiken
- Einleitung technischer Untersuchungen
- Diktat Entlassungsbericht

#### Projektergebnis

- Die Grundlage für die Einführung von Reha-Assistenten wurde geschaffen. Projekt wird im Jahr 2009 fortgeführt.

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

### **Allgemeine Zertifizierungsverfahren:**

Das Reha Zentrum Gyhum ist zertifiziert

- DIN EN ISO 9001:2000
- DEGEMED
- MAAS-BGW (Managementanforderungen des BGW zum Arbeitsschutz)

Im Sommer 2008 fand ein Überwachungsaudit nach DIN EN ISO 9001:2000, DEGEMED und MAAS-BGW statt. Sämtlichen Bereichen konnte bestätigt werden, die Vorgaben erfüllt zu haben.