

---

Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V  
für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser



Klinikum Bad Salzdetfurth

An der Peesel 6  
31162 Bad Salzdetfurth

2008

Krankenhaus

Anschrift

Berichtsjahr

---

## Vorwort

Das Klinikum Bad Salzdetfurth (Salze Kliniken) gehört zur Lielje-Gruppe mit zentralem Sitz in Löhne / Bad Oeynhausen. Seit 25 Jahre liegt das Hauptaugenmerk auf der Rehabilitation in 9 Einrichtungen an 5 verschiedenen Standorten.

Die Besonderheit der Salze Kliniken spiegelt sich durch das Geriatriische Konzept wieder. Als langjähriges Mitglied der Landesarbeitsgemeinschaft Geriatrie (LAG) widmet sich der Standort Bad Salzdetfurth der medizinischen Betreuung geriatrischer Patienten. Von der akutstationären Aufnahme bis hin zur rehabilitativen Anschlussheilbehandlung und stationären geriatrischen Rehabilitation werden unsere Patienten in unserem Haus medizinisch betreut und versorgt.

Weiter wurde zusätzlich zur orthopädischen Rehabilitation 2007 eine Abteilung für Kardiologische Rehabilitation geschaffen und rundet das Standortkonzept ab.

Dieser strukturierte Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser ergänzt die bisherigen Qualitätsbericht der Lielje-Gruppe, die im Jahr 2008 bereits den 6. freiwilligen Bericht veröffentlicht hat.

Klinikum Bad Salzdetfurth, August 2009

## Inhaltsverzeichnis

A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses.....	5
A-1	Allgemeine Kontaktdaten .....	5
A-2	Institutionskennzeichen.....	5
A-3	Standortnummer .....	5
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers .....	5
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus.....	5
A-6	Organisationsstruktur.....	5
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	6
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses.....	6
A-9	Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	6
A-10	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses .....	7
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	8
A-12	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus .....	8
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses .....	8
A-14	Personal des Krankenhauses .....	8
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen .....	10
B-1	0200 Akut-Geriatrie .....	10
B-2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit .....	10
B-3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit.....	10
B-4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit .....	11
B-5	Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung.....	12
B-6	Diagnosen nach ICD.....	12
B-6.1	Hauptdiagnosen nach ICD .....	12
B-6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen.....	12
B-7	Prozeduren nach OPS .....	13
B-7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	13
B-7.2	Weitere Kompetenzprozeduren .....	13
B-8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	13
B-9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	13
B-10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	14
B-11	Apparative Ausstattung .....	14
B-12	Personelle Ausstattung .....	14
B-12.1	Ärzte.....	14
B-12.2	Pflegepersonal.....	15
B-12.3	Spezielles therapeutisches Personal.....	15
C	Qualitätssicherung .....	17
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren) .....	17
C-1.2	Erbrachte Leistungsbereiche für das Krankenhaus.....	17
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 121 SGB V .....	17
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) § 137f SGB V .....	17
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	17
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 V.....	17

C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“)	18
D Qualitätsmanagement	19
D-1 Qualitätspolitik	19
D-2 Qualitätsziele	21
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	21
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements	22
D-5 Qualitätsmanagement-Projekte	22
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements	25

# A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

## A-1 Allgemeine Kontaktdaten

Name Klinikum Bad Salzdetfurth  
Straße An der Peesel 5-6  
PLZ / Ort 31162 Bad Salzdetfurth

Postfach 1207  
Postfach (PLZ/Ort) 31159 Bad Salzdetfurth

Telefon 05063 / 4701  
Fax 05063 / 1440

www [www.rehaklinik.de](http://www.rehaklinik.de)  
E-Mail [verw-sk1@rehaklinik.de](mailto:verw-sk1@rehaklinik.de)

## A-2 Institutionskennzeichen

Institutionskennzeichen 260321235

## A-3 Standortnummer

Standort – Nr. 01

## A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger Salze Klinik GmbH & Co. KG  
Art privat

## A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Nein  Ja

## A-6 Organisationsstruktur

Klinikum Bad Salzdetfurth	
Salze 1	Salze 2
Akut-Geriatrie (25 Betten)	Reha-Orthopädie (194 Betten)
Reha-Geriatrie (65 Betten)	
Reha-Kardiologie (40 Betten)	
Reha-Orthopädie (30 Betten)	

## A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Nein       Ja

## A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Nr.	Fachabteilungs- übergreifender Versorgungsschwerpunkt	Fachabteilungen, die an dem Versor- gungsschwerpunkt beteiligt sind	Kommentar
VS21	Geriatrizentrum (Zentrum für Altersmedizin)	Reha-Geriatrie	Das Geriatriische Konzept der Salze Kliniken beinhaltet einen im Bedarfs- fall fließenden Übergang von der akutstationären Behandlung bis hin zur anschließenden Geriatriischen Re- habilitation in einem Haus.

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

Nr.	Med.-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP03	Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare	
MP04	Atemgymnastik/ -therapie	
MP07	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen	
MP08	Berufsberatung/ Rehabilitationsberatung	
MP09	Besondere Formen/ Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
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	
MP16	Ergotherapie/ Arbeitstherapie	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP23	Kreativtherapie/ Kunsttherapie/ Theatertherapie/ Bibliothotherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage z.B. Akupunktmassage, Bindegewebsmassage, Shiatsu	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP31	Physikalische Therapie/ Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik als Einzel- und/ oder Gruppentherapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote/ Präventionskurse	
MP34	Psychologisches/ psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	

MP35	Rückenschule/ Haltungsschulung/ Wirbelsäulengymnastik	
MP37	Schmerztherapie/ -management	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/ Logopädie	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/ Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- u. Kälteanwendungen	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	
MP51	Wundmanagement z.B. spezielle Versorgung	
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP63	Sozialdienst	

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

Nr.	Serviceangebot	Kommentar
SA01	Aufenthaltsräume	
SA02	Ein-Bett-Zimmer	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA09	Unterbringung Begleitperson z.B. bei Begleitpersonen	
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA12	Balkon/ Terrasse	
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	
SA15	Internetanschluss am Bett/ im Zimmer	
SA18	Telefon	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (z.B. Mineralwasser)	
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA24	Faxempfang für Patienten und Patientinnen	
SA25	Fitnessraum	
SA26	Friseursalon	
SA27	Internetzugang	
SA28	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	
SA31	Kulturelle Angebote	
SA33	Parkanlage	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA35	Sauna	
SA36	Schwimmbad/ Bewegungsbad	
SA38	Wäscheservice	
SA41	Dolmetscherdienste	
SA42	Seelsorge	
SA44	Diät-/ Ernährungsangebot	
SA45	Frühstücks-/ Abendbuffet	

SA46	Getränkeautomat	
SA52	Postdienst	
SA54	Tageszeitungsangebot	
SA55	Beschwerdemanagement	
SA57	Sozialdienst	

## A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-11.1 Forschungsschwerpunkte

Das Klinikum Bad Salzdetfurth ist kein Akademisches Lehrkrankenhaus. Studien, Fort- und Weiterbildungen sowie fachspezifische Qualitätszirkel werden im Bereich der Geriatrie mit der Medizinischen Hochschule Hannover und Niedergelassenen Ärzten durchgeführt.

### A-11.2 Akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL01	Dozenturen/ Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL02	Dozenturen/ Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	

### A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

Das Klinikum Bad Salzdetfurth bildet nicht in Heilberufen aus.

## A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten 25

## A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Vollstationäre Fallzahlen 574  
 Ambulante Fallzahl 0

## A-14 Personal des Krankenhauses

### A-14.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	11,5 VK	
– davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,0 VK	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0 P.	

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0,0 VK	
---	--------	--

### A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungs- dauer	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	30,0 VK	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	0,0 VK	3 Jahre	
Altenpfleger/ -innen	4,0 VK	3 Jahre	
Pflegeassistenten/ -assistentinnen	9,0 VK	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer/ -innen	4,0 VK	1 Jahr	
Pflegehelfer/ -innen	2,0 VK	ab 200 Std. Basiskurs	
Hebammen/ Entbindungspfleger	0,0 P.	3 Jahre	
Operationstechnische Assistenz	0,0 VK	3 Jahre	

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

### B-1 0200 Akut-Geriatrie

Abteilungsleiter: Chefarzt Dr. med. Martin Stolz

Kontaktdaten:

Fachabteilungsname: Akut-Geriatrie  
 Straße An der Peesel 5-6  
 PLZ / Ort 31162 / Bad Salzdetfurth

Postfach 1207  
 Postfach (PLZ/Ort) 31159 / Bad Salzdetfurth

Telefon 05063 / 471142  
 Fax 05063 / 1440  
 Email [m.stolz@uglielje.de](mailto:m.stolz@uglielje.de)

Abteilungsart: Hauptabteilung

### B-2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit

Nr.	Versorgungsschwerpunkte	Kommentar
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Internistisch-geriatrische Krankenhausbehandlung lt. Nds. Versorgungsplan, internistisch-stationäre Grund- und Regelversorgung

### B-3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit

Nr.	Med.-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP03	Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare	
MP04	Atemgymnastik/ -therapie	
MP07	Beratung / Betreuung durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen	
MP08	Berufsberatung/ Rehabilitationsberatung	
MP09	Besondere Formen/ Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
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	
MP16	Ergotherapie/ Arbeitstherapie	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP23	Kreativtherapie/ Kunsttherapie/ Theatertherapie/ Bibliothotherapie	

MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage z.B. Akupunktmassage, Bindegewebsmassage, Shiatsu	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP31	Physikalische Therapie/ Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik als Einzel- und/ oder Gruppentherapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote/ Präventionskurse	
MP34	Psychologisches/ psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	
MP35	Rückenschule/ Haltungsschulung/ Wirbelsäulengymnastik	
MP37	Schmerztherapie/ -management	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/ Logopädie	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/ Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- u. Kälteanwendungen	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	
MP51	Wundmanagement z.B. spezielle Versorgung	
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP63	Sozialdienst	

#### **B-4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit**

Nr.	Serviceangebot	Kommentar
SA01	Aufenthaltsräume	
SA02	Ein-Bett-Zimmer	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA09	Unterbringung Begleitperson z.B. bei Begleitpersonen	
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA12	Balkon/ Terrasse	
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	
SA15	Internetanschluss am Bett/ im Zimmer	
SA18	Telefon	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (z.B. Mineralwasser)	
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA24	Faxempfang für Patienten und Patientinnen	
SA25	Fitnessraum	
SA26	Friseursalon	
SA27	Internetzugang	
SA28	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	
SA31	Kulturelle Angebote	
SA33	Parkanlage	
SA52	Postdienst	

SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA35	Sauna	
SA36	Schwimmbad/ Bewegungsbad	
SA38	Wäscheservice	
SA41	Dolmetscherdienste	
SA42	Seelsorge	
SA44	Diät-/ Ernährungsangebot	
SA45	Frühstücks-/ Abendbuffet	
SA46	Getränkeautomat	
SA54	Tageszeitungsangebot	
SA55	Beschwerdemanagement	
SA57	Sozialdienst	

## B-5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 574

Teilstationäre Fallzahl: 0

## B-6 Diagnosen nach ICD

### B-6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10-Ziffer (3-stellig)	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	56	Herzschwäche / dekompensierte Herzinsuffizienz
2	I63	49	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
3	S72	48	Knochenbruch des Oberschenkels
4	I64	23	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
5	J18	22	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
6	F05	17	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt, Delir
7	J15	13	Bluthochdruck als Folge einer anderen Grundkrankheit
8	J69	12	Lungenentzündung durch Einatmen fester oder flüssiger Substanzen, z.B. Nahrung oder Blut (Aspirationspneumonie)
9	D62	11	Akute Blutarmut aufgrund einer Blutung
10	E86	11	Flüssigkeitsmangel

### B-6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Im vorherigen Punkt abgebildet.

## B-7 Prozeduren nach OPS

### B-7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-Ziffer (4-stellig)	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-550	154	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen
2	1-632	115	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
3	1-650	60	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie inkl. Procto-Recto-Sigmoidoskopie
4	1-631	25	Untersuchung der Speiseröhre und des Magens durch eine Spiegelung + PEG-Sondenanlage
5	3-200	20	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
6	8-800	16	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
7	1-424	12	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt
8	3-222	6	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks mit Kontrastmittel
9	3-802	4	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel
10	8-930	3	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens

### B-7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

Im vorherigen Punkt abgebildet.

## B-8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Serviceangebot	Kommentar
AM07	Privatambulanz	
AM08	Notfallambulanz	

## B-9 Ambulante Operationen nach §115b SGB V

Das Klinikum Bad Salzdetfurth führt keine ambulante Operationen nach § 115b SGB V durch.

## B-10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Das Klinikum Bad Salzdetfurth verfügt nicht über eine Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.

## B-11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Kommentar
AA03	Belastungs-EKG/ Ergometrie	
AA04	Bewegungsanalysesystem	
AA08	Computertomograph (CT)	24-Notfallverfügbarkeit
AA12	Endoskop (Gastro-Sigmo-Coloskopie)	
AA13	Geräte der invasiven Kardiologie (z.B. Herzkatheterlabor, Ablationsgenerator, Kardioversionsgerät, Herzschrittmachlabor)	24-Notfallverfügbarkeit
AA27	Röntgengerät/ Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	24-Notfallverfügbarkeit
AA29	Sonographiegerät/ Farbdopplersonographiegerät	
AA31	Spirometrie/ Lungenfunktionsprüfung	
AA00	Farbdoppler Echocardiografie transthoral und transösophageal	

## B-12 Personelle Ausstattung

### B-12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	5,0 VK	
– davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,0 VK	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0 P.	

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnungen	Kommentar/ Erläuterung
AQ63	Allgemeinmedizin	
AQ23	Innere Medizin	
AQ28	Innere Medizin und SP Kardiologie	
AQ61	Orthopädie	
AQ10	Orthopädie und/ oder Unfallchirurgie	
AQ49	Physikalische und Rehabilitative Medizin	

Nr.	Zusatzweiterbildungen (fakultativ)	Kommentar/ Erläuterung
ZF09	Geriatric	
ZF15	Intensivmedizin	
ZF37	Rehabilitationswesen	
ZF40	Sozialmedizin	
ZF00	Rettungsmedizin	

## B-12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungs- dauer	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	7,0 VK	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	0,0 VK	3 Jahre	
Altenpfleger/ -innen	1,0 VK	3 Jahre	
Pflegeassistenten/ -assistentinnen	3,0 VK	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer/ -innen	1,0 VK	1 Jahr	
Pflegehelfer/ -innen	0,0 VK	ab 200 Std. Basiskurs	
Hebammen/ Entbindungspfleger	0,0 P.	3 Jahre	
Operationstechnische Assistenz	0,0 VK	3 Jahre	

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse	Kommentar/ Erläuterung
PQ03	Hygienefachkraft	
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	

## B-12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	Ernährungsberatung nach deutscher Gesellschaft für Ernährung
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF), Bobath, Perfetti, Taktile kinästhetische Unterstützung (Taktin)
SP14	Logopäde und Logopädin/Sprachheilpädagogin und Sprachheilpädagogin / Klinischer Linguist und Klinische Linguistin / Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin / Phonetiker und Phonetikerin	Videofluoroskopie
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	Lymphdrainage, Akupunkturmassage, Fußreflexzonenmassage, Marnitz, Funkt. Physiotherapie

SP43	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal z. B. für Funktionsdiagnostik, Radiologie	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	Brügger, Bobath Therapie, Schroth, PNF, Maitland, Cyraix Kenzie, Manuelle Therapie, Medizinische Trainingstherapie, Shiatsu
SP23	Psychologe und Psychologin	Osychosomatische Grundausbildung, Phobie, Angstneurose, Hysterie
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	
SP46	Sportlehrer und Sportlehrerin/Gymnastiklehrer und Gymnastiklehrerin/Sportpädagoge und Sportpädagogin z. B. Lehrer oder Lehrerin für Bothmer-Gymnastik	
SP28	Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte	

## C Qualitätssicherung

### C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)

Es wurden in 2008 Leistungen nach §137 Abs.1 Satz3 Nr.1 SGB V (BQS-Verfahren) erbracht.

#### C-1.2 Erbrachte Leistungsbereiche für das Krankenhaus

Leistungsbereiche	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar/Erläuterung
Dekubitusprophylaxe	131	100	
Ambulant erworbene Pneumonie	11	100	

### C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 121 SGB V

- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart
- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

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

Das Klinikum Bad Salzdetfurth nimmt aufgrund seiner Indikation – Geriatrie AKUT – nicht an Disease-Management-Programmen teil.

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

Das Klinikum Bad Salzdetfurth nimmt nur mit seinen rehabilitativen Bereichen an gesonderten externen Qualitätssicherungsmaßnahmen teil. Hierzu gehört für die Indikation Orthopädische Rehabilitation das Peer Review Verfahren. Im Bereich der Kardiologischen Rehabilitation beteiligt sich das Klinikum ab dem Jahre 2007 am QS-Reha-Verfahren der gesetzlichen Krankenversicherungen.

### C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 V

Gemäß dem vorhandenen Leistungsspektrum ist das Klinikum Bad Salzdetfurth nicht von der Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung betroffen.

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

Die einzelnen gesetzlich festgelegten Bereiche sind für das Klinikum Bad Salzdetfurth auf Grund der Indikation nicht zutreffend.

# D Qualitätsmanagement

## D-1 Qualitätspolitik

### **Wer wir sind: Auftrag und Selbstverständnis**

Wir sind ein Verbund von Fachkliniken, der sich in mehr als 25 Jahren einen guten Namen vor allem im Bereich der stationären Rehabilitation gemacht hat. Wir nutzen diese Erfahrungen zur Entwicklung weiterer innovativer, qualitativ hochwertiger Leistungen im Bereich des Gesundheitswesens.

Wir sehen unsere Aufgabe darin, unsere Leistungen konsequent am Bedarf von Patienten, Kooperationspartnern und Leistungsträgern zu entwickeln. Dafür pflegen wir einen intensiven Austausch mit ihnen.

Unser Grundsatz dabei heißt: Qualitativ hochwertige medizinische Leistung muss bezahlbar bleiben. Wir sehen deshalb unsere größte Herausforderung darin, diese zu bezahlbaren Preisen anzubieten.

Wir sind uns unserer Verpflichtung gegenüber unseren Gesellschaftern bewusst. Auch in Ihrem Interesse werden wir hohe Qualität mit wirtschaftlichem Erfolg zu verbinden wissen.

Unsere Stärke sehen wir darin, dass wir im Verbund Dienstleistungen bündeln, erarbeitetes Know-how austauschen und gegenseitiges Lernen fördern können.

### **Unsere Arbeit im Dienste der Kunden**

Im Mittelpunkt unserer Arbeit steht das Wohl unserer Patienten im Rahmen des von den Leistungsträgern erteilten Auftrags. Der für die Patienten spürbare Fortschritt ihrer Gesundheit sowie die Erfüllung des Auftrags der Leistungsträger sind entscheidende Erfolgsfaktoren und Qualitätsnachweis für uns. Hierzu gehört, den Patienten einen eigenverantwortlichen Umgang mit ihrer Erkrankung zu vermitteln, gesundheitsbewusstes Verhalten zu fördern und die Teilhabe an allen Lebensbereichen zu ermöglichen.

Unsere Patienten sollen sich bei uns gut aufgehoben fühlen. Wir sorgen dafür durch einen respektvollen Umgang mit ihren individuellen Bedürfnissen, durch menschliche Wärme und durch eine liebevoll gestaltete Umgebung. Zum Nutzen unserer Kunden bemühen wir uns um den Ausbau enger Kooperationen und Partnerschaften. Unsere Kooperationspartner sollen uns als engagierte, zuverlässige, kompetente und effiziente Partner schätzen/anerkennen. Die Meinung unserer Kunden ist uns wichtig. Wir ermitteln regelmäßig deren Anforderungen und Zufriedenheit. Wir stehen auch zu unserer gesellschaftlichen Verantwortung, die wir an den einzelnen Standorten durch gezielte Aktivitäten wahrnehmen.

### **Wie wir unsere Zusammenarbeit gestalten**

Die Fähigkeiten unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind die wichtigste Quelle für unseren Erfolg. Wir fördern und fordern Aus- und Fortbildung sowie die Bereitschaft zur kontinuierlichen beruflichen Weiterentwicklung.

Ein gutes Miteinander ist uns wichtig, deshalb fördern wir den direkten Austausch im Team und die offene, direkte Kommunikation zwischen Führungskräften und Mitarbeitern. Wir streben eine konsequente Führung durch Zielvereinbarungen an. Führungskräfte eröffnen dadurch Handlungsspielräume und fördern eigenverantwortliches Handeln. Unsere Führungskräfte wirken als Vorbilder der von ihnen eingeforderten Werte. Sie reagieren flexibel auf veränderte Anforderungen und sorgen im Umgang für gegenseitige Wertschätzung. Wir sind uns unserer sozialen Verantwortung als Arbeitgeber

bewusst. Deshalb liegt uns daran, engagierten Mitarbeitern sichere Arbeitsplätze, gute Arbeitsbedingungen und eine langfristige Perspektive geben zu können. Die Meinung unserer Mitarbeiter ist bei uns gefragt. Wir wollen regelmäßig ihre Anforderungen und Zufriedenheit ermitteln.

### **Künftige Herausforderungen - Wandel gestalten**

Die Veränderungen im Gesundheitswesen werden weiter an Geschwindigkeit zunehmen und noch schwerer vorherzusehen sein. Das fordert uns dazu heraus, schnell auf neue Erfordernisse reagieren zu können.

Über eine intensive Auseinandersetzung mit den Trends in unserem Umfeld werden wir die Konsolidierung der Gruppe fortsetzen. Wir streben darüber hinaus an, einen nachhaltigen Wachstumsprozess einzuleiten. Gemeinsam mit unseren Kooperationspartnern werden wir dabei an einer Erweiterung unseres Leistungsspektrums arbeiten. Wir treiben selbst aktiv die weitere Entwicklung unserer medizinischen Leistungen voran.

Das interne und externe Benchmarking werden wir ausbauen. Dabei wollen wir uns an den Besten der Branche orientieren und unser Profil als Gruppe schärfen.

Um den Anforderungen an ein modernes Klinikmanagement zu entsprechen, werden wir dafür notwendige Veränderungsprozesse einleiten. Wir arbeiten dabei mit einem Qualitätsmanagementsystem auf der Basis der EFQM.

Wir achten darauf, dass unsere Führungskräfte Fachwissen durch Managementkompetenzen ergänzen. Die Mitarbeiter sollen in die Gestaltung von Veränderungsprozessen einbezogen werden. Entsprechende Lernprozesse unterstützen und begleiten wir aktiv.

### **Strategie**

2003 erfolgten im Rahmen des zentralen Projektes „Strategieentwicklung“ erste Schritte zur Weiterentwicklung einer standortspezifischen Unternehmensstrategie. Um die Kosten einzelner Behandlungsformen transparent und für Fragen der Strategieentwicklung nutzbar zu machen, wurden Therapiemodule für die wesentlichen Indikationen entwickelt und in einem klinikübergreifenden Workshop mit allen Chefarzten als Grundlage gemeinsamer Behandlungsleitlinien für alle Kliniken miteinander abgestimmt.

Der weitere Ausbau des zentralen Controllings mit Ausrichtung auf eine Kostenträger-Rechnung wurde vorangetrieben, um detaillierte Daten für die Verhandlungen mit den Kostenträgern zu erhalten und um mehr Transparenz in die Leistungsvielfalt zu bringen.

### **Qualitätsmanagement-Ansatz des Hauses**

#### **Personalentwicklung**

„Die Meinung unserer Mitarbeiter ist bei uns gefragt. Wir wollen regelmäßig ihre Anforderungen und Zufriedenheit ermitteln.“ - Die Umsetzung dieses Leitsatzes aus dem Unternehmensleitbildes begann 2003 mit der Durchführung einer ersten gruppenweiten Mitarbeiterbefragung. Dabei wurde eine Form der Mitarbeiterbefragung ausgewählt, die sich eng an den neun Kriterien des EFQM-Modells orientiert und so zu allen wesentlichen Themen des Qualitätsmanagements und deren Umsetzungsgrad die Meinung der Mitarbeiter widerspiegelt. Dabei war es außerdem wichtig, erstmals Benchmarks zu anderen Reha-Kliniken zu erhalten. Die Ergebnisse der Lielje-Gruppe können sich in dieser Vergleichsgruppe sehen lassen.

Die Schulung von Mitarbeitern zu Fragen des Qualitätsmanagements wurde auf zentraler Ebene fortgeführt: Mittlerweile wurden weitere Mitarbeiter als EFQM-Assessoren ausgebildet, außerdem wurde je eine gruppenweite Fortbildung für Projektmanagement und für die Moderation von Arbeitsgruppen durchgeführt.

## **Partnerschaften**

Im Rahmen eines EFQM-Projektes befragte die Zentrale Managementgesellschaft KEV als der zentrale Dienstleister die internen Kunden aus allen Kliniken der Gruppe zur Zufriedenheit mit den einzelnen Leistungsfeldern. Dem ging eine Präsentation aller Leistungsfelder, die im Managementvertrag fixiert wurden, in allen Kliniken voraus. Aus der Befragung wurden Maßnahmen zur Verbesserung in einzelnen Leistungsfeldern, z.B. im Bereich Einkauf und EDV, abgeleitet und umgesetzt.

Aus dem Anforderungsprofil der Kliniken wurde ein intensiverer Unterstützungsbedarf im Bereich Marketing/Werbung von der KEV eingefordert. Die KEV hat durch verstärkte Kooperation mit externen Partnern ihr Leistungsangebot erhöht und konnte so umfassende Projektunterstützung gewährleisten.

Das dynamische Controllingssystem wurde seit 2004 konsequent weiterentwickelt. Das gruppeninterne Benchmarking wurde um zusätzliche Kennzahlen erweitert, mit der Zielsetzung, die einzelnen Bereiche direkter einzubeziehen und Daten für die Selbstbewertung zur Verfügung zu stellen. Das monatliche Reporting wurde bis auf Kostenstellenebene ausgebaut. Weiterhin wurde in Kooperation mit externen Partnern eine Patienten-Plankostenrechnung entwickelt. Diese schafft über definierte Patiententypen (Diagnosegruppen) als Kostenträger, mit Hilfe von standardisierten Therapiemodulen, eine differenzierte Kosten- und Erlöszuordnung und damit Transparenz über die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung.

## **D-2 Qualitätsziele**

### **Qualitäts-/Unternehmensziele 2005 – 2008**

- Wirtschaftliche Konsolidierung aller Kliniken durch verbesserte Auslastung
- Wir haben nachweislich ein qualitativ hochwertiges medizinisches Leistungsangebot mit einem transparenten Preissystem.
- Wir haben feste vertragliche Kooperationen mit Partnern an den jeweiligen Standorten auf- und ausgebaut.
- unsere medizinischen Leitlinien sind bei unseren Partner anerkannt
- wir sind als Dienstleister im Gesundheitswesen anerkannt und respektiert
- wir haben flexible Steuerungssysteme installiert und können schnell auf Veränderungen im Markt reagieren
- wir erfüllen die Qualitätsparameter unserer Belegungsträger
  - E-Berichte werden mit Abreise des Patienten übergeben bzw. versandt
  - vereinbarte durchschnittliche Verweildauer wird eingehalten
  - wir orientieren uns bei externen Benchmarks an den Besten der Vergleichsgruppe und befinden uns unter den Besten
  - Alle Kliniken haben das Zertifizierungsverfahren nach IQMP Reha erfolgreich abgeschlossen

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

### **Der Aufbau des Qualitätsmanagements in der Lielje Gruppe**

Die Kliniken der Lielje-Gruppe arbeiten seit 2002 nach dem **EFQM-Modell** für Excellence. Diesem Qualitätsmanagementsystem liegen Managementkonzepte zugrunde, die zum verbindlichen Führungskonzept in der Lielje-Gruppe wurden und entsprechend in Zielvereinbarungen verankert sind. 2006 wurde, aufbauend auf unser bisheriges Quali-

tätsmanagement, ein anerkanntes und speziell auf die Belange der medizinischen Rehabilitation zugeschnittenen Zertifizierungsverfahren eingeführt: **IQMP-Reha**. Das **Integrierte-Qualitätsmanagement-Programm-Reha** hat den Anspruch, Qualität nicht nur zu gewährleisten, sondern aktiv zu produzieren und damit kontinuierlich zu verbessern. Das Modell wurde auf der Basis des EFQM-Modells vom Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG GmbH) entwickelt (unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Werner Müller-Fahrnow) und berücksichtigt die Anforderungen der externen Qualitätssicherung und andere bereits in der Praxis genutzte QM-Systeme. Bei der Etablierung des QM-Systems hat sich unsere unternehmensweite **Aufbauorganisation für das Qualitätsmanagement** bewährt: Es gibt eine zentrale Stelle für Qualitätsmanagement und Projektkoordination, die eng mit der Geschäftsführung zusammenarbeitet. In jeder Klinik ist ein Mitglied der Klinikleitung als Qualitätsmanagement-Koordinator (QMK) berufen sowie die Stelle eines Qualitätsmanagement-Beauftragten (QMB) als Stabsstelle der jeweiligen Klinikleitung geschaffen.

Der QMB leitet das Selbstbewertungsteam in der Klinik und bringt die QM-Themen strukturiert voran. Daneben übernimmt der QMB auch die Leitung und operative Koordination von Klinikprojekten. Der QMK berichtet im zentralen Projektsteuerkreis und wirkt mit bei der Abstimmung zentraler Projekte. Der Projektsteuerkreis ist das zentrale Steuerungsgremium und kommt viermal im Jahr zusammen.

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

In den Kliniken der Gruppe wurden seit 2002 regelmäßig Selbstbewertungen durchgeführt, seit 2006 nach IQMP-Reha. Zu diesem Zweck wurde eine umfangreiche Datensammlung über alle 9 Kriterien durch den QMB gemeinsam mit dem Selbstbewertungsteam (bestehend aus Klinikleitung sowie weiteren Abteilungsleitern und Mitarbeitern des Hauses, ca. 6 – 8 Pers.) erarbeitet. Im abschließenden Konsensworkshop wurden die Stärken und Verbesserungsbereiche der Klinik herausgearbeitet und die Bewertungen mittels Punktevergabe vorgenommen. Die definierten Verbesserungsbereiche sind die Themen, die in Form von Quick-Wins (kleinere Maßnahmen) oder Projekten bis zur nächsten Selbstbewertung umgesetzt werden, um kontinuierliche Verbesserung zu erreichen. Die Ergebnisse der Selbstbewertungen aller Kliniken wurden in der zentralen QM-Konferenz im Juni 2006 zusammengeführt und präsentiert. Zentrale Projekte wurden hier ausgewertet und weitere Vorhaben gruppenweit abgestimmt.

#### **D-5 Qualitätsmanagement-Projekte**

##### **EFQM Projekte**

1999 wurde die Salze Klinik I nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert. Darauf aufbauend wurden seit Dezember 2003 Selbstbewertungen nach dem EFQM-Modell durchgeführt. Folgende Themen wurden als Qualitätsmanagement -Projekte im Jahr 2008 durchgeführt:  
Themen:

- Aufbau und Pflege strategischer Partnerschaften (EFQM-Kriterium 2)
- Zusammenführung der Aufnahmeplanung (EFQM-Kriterium 5)
- Einführung Teamassistentin (EFQM-Kriterium 5)
- Etablierung eines Messe-Teams am Standort Bad Salzdetfurth (EFQM-Kriterium 5)
- Prozessoptimierung im Pflegedienst (EFQM-Kriterium 5)

## **Stand der jeweiligen Projekte:**

### EFQM-Projekt: Aufbau und Pflege strategischer Partnerschaften

Abschluss:

- Fortlaufendes Projekt

Ziele:

- Identifikation aller strategisch wichtigen Partner
- Strukturierte Vorgehensweise für den Aufbau und die Entwicklung strategischer Partnerschaften ~ Steigerung der Fallzahlen für die Abteilung Orthopädie ~ Steigerung der Ersteinweisungen durch niedergelassene Ärzte für den Bereich Akut-Geriatrie
- Steigerung der Fallzahlen für den Bereich Reha-Geriatrie um 5 Prozent

Erreichte Ergebnisse:

- Alle strategisch wichtigen Partner wurden identifiziert. Eine strukturierte und dokumentierte Vorgehensweise für den Aufbau und die Entwicklung strategischer Partnerschaften wurde etabliert. ~ Es liegen klare Regelungen vor, wer (welche Führungsebenen) mit wem (welchen Berufsgruppen), wann und mit welcher Zielstellung akquiriert.
- Es liegen schriftliche Regelungen zu Art und zum Umfang der Dokumentation der Gesprächskontakte und zur klinik- und unternehmensgruppeninternen Kommunikation der Ergebnisse vor.
- Es ist zu einer Steigerung der Ersteinweisungen der niedergelassenen Ärzte (Erreichung der Budgetfallzahl) für den Bereich der Akut-Geriatrie gekommen
- Die Fallzahlen für den Bereich der Orthopädie wurden gesteigert Zuweisungsschwankungen bei Krankenhäusern und Kostenträgern werden rechtzeitig erkannt

### EFQM-Projekt: Zusammenführung der Aufnahmeplanung

Beginn:

- September 2007

Abschluss:

- Januar 2008

Ziele:

- Die Aufnahmeplanung soll im Hinblick auf eine kundenorientierte
- Zugriffsfähigkeit und effektive Prozesse analysiert werden.
- Eine zentrale Erreichbarkeit der Aufnahme soll für externe und
- interne Kunden zu bedarfsgerechten Zeiten gewährleistet sein.
- In der Aufnahme sollen alle, ihr zuordnungsfähigen Inhalte umgesetzt werden können.
- Der Personalbedarf und der Personaleinsatz sollen jeweils dem
- aktualisierten Inhalt entsprechen.

Erreichte Ergebnisse:

- Projekt ist zum 07.01.2008 beendet worden und die Umsetzung fand statt
- Patientenaufnahme ist zentral für das gesamte Klinikum erreichbar
- und gewährleistet
- Personalbedarf und Personaleinsatz sind angepasst worden
- Formale Aspekte wurden adäquat berücksichtigt

### EFQM-Projekt: Einführung Teamassistentin

Beginn:

- November 2007

Abschluss:

- September 2008

Ziele:

- alle Dokumentationsschritte sollen erfasst und priorisiert werden
- die Abläufe sollen bedarfsgerecht angepasst werden
- die Terminkoordination des Stationsbetriebes, insbesondere auch der ärztlichen Termine,  
soll im Teamsekretariat zusammengefasst werden
- die Besetzungszeiten des Teamsekretariates sollen dem Bedarf angepasst sein.
- das Teamsekretariat soll in die administrativen Strukturen der Klinik eingearbeitet werden.
- ein Konzept des Teamsekretariates soll erstellt werden.
- alle sich ergebenden formalen Aspekte, insbesondere zustimmungspflichtige Umsetzungsschritte, sollen berücksichtigt werden

Erreichte Ergebnisse:

- alle Dokumentationsschritte wurden erfasst und priorisiert
- die Dokumentationsschritte sind beschrieben.
- ein Kontrollsystem zur zeitgerechten Erstellung des Berichtssystems ist installiert.
- alle Abläufe des Dokumentations-Prozesses sind bedarfsgerecht definiert
- für das Teamsekretariat konnte eingeschränkt ein bedarfsgerechtes Arbeitszeitmodell mit Ausweitung der Anwesenheit bis 17.00 Uhr entwickelt werden
- In Teilen ist ein Konzept des Teamsekretariates erstellt, die endgültige Ausarbeitung
- eines formalen Konzeptes erfolgt im Rahmen von Prozessbeschreibungen zu einem späteren Zeitpunkt.

### EFQM-Projekt: Etablierung eines Messe-Teams am Standort Bad Salzdetfurth

Beginn:

- Januar 2008

Abschluss:

- September 2008

Ziele:

- ein „Messe-Team“ soll für den Standort Bad Salzdetfurth identifiziert werden.
- das „Messe-Team“ soll bedarfsgerecht qualifiziert werden
- ein Leiter für das „Messe-Team“ soll benannt werden
- die Grundausstattung soll dem Unternehmensstand und dem Corporate-Design Zielgruppengerecht entsprechen.
- ab 2008 soll eine jährliche Einsatzplanung erfolgen.
- alle gesetzlichen, zustimmungspflichtigen und sonstige formalen Aspekte sollen sachgerecht berücksichtigt werden.

Erreichte Ergebnisse:

- für das „Messe-Team“ sind 10 bis 12 Personen identifiziert, die einen repräsentativen Querschnitt durch die Abteilungen darstellen.
- alle Mitglieder des „Messe-Teams“ haben an der unternehmenseigenen Schulung zum Thema teilgenommen
- im Rahmen der Schulung wurde unter Einbeziehung verschiedener Kriterien z.B. Erfahrung in Verwaltungsarbeit, Anwesenheit am Platz, Organisationstalent und Erfahrung in Bezug auf telefonische Kontakte, eine Leiterin für das „Messe-Team“ gewählt
- es wurden einheitliche, dem Corporate-Design entsprechende Polo-Shirts und ein Zelt für die Außenpräsentation angeschafft,
- darüber hinaus ist festgelegt worden, dass je nach Anlass dunkle angemessene Kleidung mit den Polo-Shirts, oder die Dienstkleidung getragen wird
- aus einer Listung gehen alle Einsätze des „Messe-Teams“ hervor. Die Liste unterscheidet u.a. nach einmaligen und sich wiederholenden Terminen
- alle gesetzlichen, zustimmungspflichtigen und sonstigen formalen Aspekte wurden eingehalten. Erforderliche Zustimmungen und/ oder Genehmigungen lagen jeweils rechtzeitig vor.

#### EFQM-Projekt: Prozessoptimierung im Pflegedienst

Beginn:

- August 2008

Abschluss:

- geplant März 2009

Ziele:

- alle Pflegeprozesse sollen im Hinblick auf Erforderlichkeit und Zuordnung des Leistungserbringers hin überprüft werden
- der Zeitaufwand der Pflegeprozesse soll in verifizierbaren Blöcken dargestellt werden und mit dem Stellenplan abgeglichen werden
- die Zuordnung der einzelnen Berufe zu den Prozessen sollen überprüft werden
- die Ergebnisse sollen in einen Optimierungsvorschlag eingebracht werden

Erreichte Ergebnisse:

- die Pflegeprozesse wurden inhaltlich überprüft
- der Zeitaufwand der einzelnen Berufe ist in verifizierbaren Blöcken dargestellt
- eine Abgleichung mit dem Stellenplan hat stattgefunden
- es wurde ein umfassendes Optimierungskonzept erstellt

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

Das Qualitätsmanagementsystem der Lielje-Gruppe orientiert sich am EFQM-Modell für Excellence. Die dem EFQM-Modell zugrundeliegenden Managementkonzepte wurden zum verbindlichen Führungskonzept für die Lielje-Gruppe erklärt.

Bereits 2002 wurde mit dem Aufbau eines gruppenweiten Qualitätsmanagementkonzeptes begonnen. Dabei wurde eine unternehmensweite Aufbauorganisation für das Qualitätsmanagement geschaffen. Diese wird durch die zentrale Stabsstelle Qualitäts- und Organisationsentwicklung bei der Geschäftsführung koordiniert. Für jede Klinik wurde auf der Leitungsebene ein Qualitätskoordinator berufen sowie eine

Stelle eines Qualitätsmanagementbeauftragten als Stabsstelle der jeweiligen Klinikleitung geschaffen. Der Qualitätsmanagementbeauftragte koordiniert die Arbeit des Selbstbewertungsteams, das für die Dauer der Selbstbewertung zusammengerufen wird. Außerdem obliegt ihm die Leitung und Koordination der Qualitätsprojekte und -maßnahmen innerhalb der Klinik. Der Qualitätskoordinator berichtet über die Arbeit im Zentralen Projektsteuerkreis und wirkt mit bei der Abstimmung zentraler Projekte. Der Zentrale Projektsteuerkreis kommt viermal im Jahr zusammen.

Mittlerweile haben sich alle Einrichtungen der Lielje-Gruppe mehrerer Selbstbewertungen unterzogen. Bei den Häusern, die bereits die fünfte Selbstbewertung durchführen, zeigen sich nun stetig die Auswirkungen der eigenen Projektarbeit sowie wesentlicher zentral durchgeführter Projekte in einer höheren Punktbewertung. Wie in den Vorjahren auch wurden dabei wesentliche Verbesserungsthemen identifiziert. Dabei handelte es sich nicht nur um Themen für Projekte, sondern auch um konkrete Schritte und einzelne Maßnahmen in der Führungsarbeit. "EFQM ist jetzt endlich mit unserer alltäglichen Arbeit verknüpft" -so lautete das Fazit aus den meisten Bewertungsteams.

Bereits 2002 wurde das Leitbild für die Unternehmensgruppe formuliert. Mittlerweile sind alle Mitarbeiter darüber informiert, und das Leitbild liegt in jedem Patientenzimmer aus. Gegenwärtig ist die Aufgabe für alle Führungskräfte, dafür zu sorgen, dass das Leitbild zur Richtschnur des Handelns im Klinikalltag wird.

2003 wurde ein System für Zielvereinbarungen zwischen Geschäftsleitung und Klinikleitungen sowie Mitarbeiter/innen der KEV aufgebaut. Nach mehreren Runden erfolgreich durchgeführter Zielvereinbarungsgespräche wird nun die Ausweitung des Zielvereinbarungssystems auf alle Abteilungsleiter vorbereitet.

Die erhofften Synergieeffekte können jetzt, nachdem gute und schlechte Erfahrungen aus einzelnen Projekten vorliegen, sukzessiv entstehen. Insgesamt ist ein Klima entstanden, das Lernprozesse über die Kliniken hinweg ermöglicht.

Auf der jährlichen Qualitätsmanagement-Konferenz wurden auch Leitlinien für die Zusammenarbeit zwischen Führungskräften und Mitarbeitern diskutiert und durch Vorschläge der Teilnehmer/innen ergänzt.

Die ersten Kliniken wurden im Jahr 2006 nach IQMP-Reha zertifiziert. Bis zum Jahr 2009 werden alle Kliniken der Lielje-Gruppe nach einheitlichen Standards zertifiziert