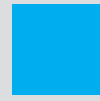


Qualitätsbericht 2008

Ev. Krankenhaus Enger gGmbH
Fachklinik für Geriatrie







Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Patientinnen und Patienten,

in zweijährigen Abständen veröffentlichen wir unseren Qualitätsbericht. Heute überreichen wir Ihnen die aktuelle Ausgabe. Unsere Patientinnen und Patienten sowie unsere Partner erhalten damit einen Überblick über die medizinischen Leistungen und Entwicklungen des Ev. Krankenhauses Enger gGmbH.

Ziel unserer Arbeit ist es, eine kontinuierliche Verbesserung der Behandlung zu erreichen und die individuelle Wertschöpfung für unsere Patienten zu steigern. Mit einer ständigen Qualitätsverbesserung im personellen und medizinisch-technischen Bereich, aber auch durch die Weiterentwicklung der Unterbringungsstandards wollen wir dieses deutlich machen. Unseren Patienten bieten wir einen Klinikaufenthalt an, der durch eine freundliche Atmosphäre und ein ansprechendes Ambiente geprägt ist. Dieses ist eine Voraussetzung für die Förderung des Gesundheitsprozesses.

Wir danken allen Patientinnen und Patienten für das uns entgegengebrachte Vertrauen und unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dafür, dass sie stets das Wohl und die Gesundung unserer Patienten im Auge haben. Für die stets gute Zusammenarbeit sagen wir auch unseren einweisenden Ärztinnen und Ärzten sowie die kooperierenden Kliniken unseren Dank.

Auf den folgenden Seiten stellen wir Ihnen unsere Leistungen und Angebote vor. Sollten Sie zusätzlich Informationen benötigen, können Sie sich gern an den Betriebsleiter, Herrn Michael Schoenfeld, Telefon 05224 694-116 oder meine Assistentin, Frau Ursula Lenger, Telefon 05223 167-470 wenden.

Dipl.-Betw. Wolfgang Rediker
Geschäftsführer

Einleitung

Gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V sind alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet, einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen und zu veröffentlichen. Wir kommen dieser Verpflichtung gerne nach und legen den Qualitätsbericht für das Jahr 2008 vor.

Dieser Bericht enthält extern vorgegebene Rahmenrichtlinien. Er beinhaltet im Basisteil die medizinischen Leistungen sowie die externe Qualitätssicherungen der Klinik. Im D-Teil sind die Qualitätspolitik, das Qualitätsmanagement sowie die Qualitätsmanagementprojekte unseres Krankenhauses beschrieben.

Das Ev. Krankenhaus Enger kann auf eine lange medizinische Tradition und Entwicklungsgeschichte zurückblicken wie das Ev. Krankenhaus Enger. Seit 1873 ist es zur Versorgung hilfsbedürftiger Menschen im Dienst. Im Jahr 1994 wurde die Einrichtung im Zuge einer flexiblen Anpassung an die medizinischen Bedürfnisse alter Menschen unter neuer Trägerschaft zu einer **Fachklinik für Geriatrie (Altenheilkunde)** mit 63 vollstationären Betten umgewidmet.

Ziel der geriatrischen Behandlung ist es, akut oder chronisch erkrankten alten Menschen einen möglichst hohen Grad an Selbstständigkeit und Unabhängigkeit zu erhalten und zu fördern. Die Versorgung der Patienten wird durch speziell ausgebildetes Personal in allen Bereichen (Ärzten, Pflege, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Sozialdienst) erbracht, denen moderne und leistungsfähige Diagnostik- und Therapiebereiche zur Verfügung stehen. Um jedoch den speziellen Problemen der Alterspatienten gerecht zu werden, ist eine enge Zusammenarbeit aller Berufsgruppen notwendig; dies wird durch interdisziplinäre Therapiekonferenzen sichergestellt.

Die Fachklinik für Geriatrie hat sich seit 1994 durch die erbrachte hohe Qualität im Kreis Herford fest etabliert.

Zur umfassenden medizinischen Versorgung gehören auch die Kooperation mit dem Lukas-Krankenhaus Bünde und die enge Zusammenarbeit mit den Diakoniestationen im Kirchenkreis Herford gGmbH, einer Einrichtung für ambulante Pflege.

Das Wohl unserer Patienten steht im Mittelpunkt.

Qualitätsmanagement bedeutet, Ziele zu definieren, Verantwortung zu übernehmen und sich zu Qualität zu bekennen.

Im Ev. Krankenhaus Enger gGmbH befinden wir uns in einem Prozess der kontinuierlichen Weiterentwicklung und Erweiterung unseres bestehenden Qualitätsmanagementsystems. Unter Einbeziehung der Mitarbeitenden beschäftigen sich berufsübergreifende Qualitätszirkel mit verschiedenen Bereichen im Krankenhaus.

Uns ist bewusst, dass wir die Verantwortung für eine effiziente, qualitätsvolle, überzeugende, glaubwürdige und soziale Arbeit tragen, in deren Mittelpunkt Sie als Patient beziehungsweise Kunde stehen.

Unter dem Motto „Qualität schafft Vertrauen“ werden wir auch in Zukunft aktiv unser Qualitätsmanagement zum Wohle unserer Patienten und unseres Krankenhauses weiterentwickeln, denn:

„Qualität ist kein Zufall; sie ist immer das Ergebnis angestregten Denkens“

(John Ruskin)

Zu den Einrichtungen des Trägers gehören auch ein Altenheim (Matthias-Claudius-Haus) mit 34 Plätzen sowie eine Einrichtung zum Betreuten Wohnen (Wohn- und Pflegezentrum) mit 34 Wohnungen. Diese beiden Angebote komplettieren die Leistungen des Krankenhauses zur Versorgung der alten Menschen in der Stadt Enger und im Kreis Herford.

Das Ev. Krankenhaus Enger gGmbH ist Mitglied im Valeo-Verbund evangelischer Krankenhäuser in Westfalen gGmbH, der 2003 gegründet wurde. Das Wort Valeo ist lateinischen Ursprungs und steht hier in der Bedeutung „mir geht es gut“ oder „uns geht es gut“. Damit ist gleichzeitig das Programm des Verbundes und ein Versprechen verbunden. Bei Valeo haben Qualität und Qualitätssicherung einen hohen Stellenwert. Die Leistungen in Medizin und Therapie, Pflege, Seelsorge und anderen Servicediensten wird in allen Mitgliedseinrichtungen ständig kontrolliert und von einer hochentwickelten Qualitätsbasis aus kontinuierlich weiter verbessert.

Im Jahr 2008 lag unser Schwerpunkt in der Öffnung und im Ausbau der transparenten Auswertung von Routinedaten. Bei der Veröffentlichung von Leistungs- und Qualitätsdaten ergaben sich Kooperationen mit dem Projekt „Weisse-Liste“ der Bertelsmann-Stiftung, das wiederum von den Dachverbänden der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen unterstützt wird. Parallel dazu konnte im Verbund durch gezielt initiierte Projekte und Veranstaltungen eine stärkere Orientierung in Bezug auf den Aspekt „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ erreicht werden.

Den diakonischen Grundgedanken der Mitgliedshäuser, in Ausübung christlicher Nächstenliebe Leiden zu heilen oder zu lindern und Kranke im Sterben zu begleiten, wollen wir durch den Zusammenschluss im Verbund auch unter den Anforderungen der heutigen Zeit weiter erfüllen können.

Neben unserem Haus sind folgende weitere Krankenhäuser Mitglieder im Valeo-Klinikverbund:

Evangelisches Krankenhaus Lippstadt

Lukas-Krankenhaus Bünde

Ev. Krankenhaus Bielefeld im Johannesstift (Ev. Johanneskrankenhaus)

Ev. Krankenhaus Bielefeld (Krankenanstalten Gilead)

Ev. Krankenhaus Bielefeld (Krankenhaus Mara)

Ev. Krankenhaus Hamm

Ev. Lukas-Krankenhaus Gronau

Ev. Krankenhaus Johannisstift Münster

St. Johannisstift Ev. Krankenhaus Paderborn

Ev. Krankenhaus Unna

Johanniter-Ordenshäuser Bad Oeynhausen

Klinik am Corso Bad Oeynhausen

Klinik am Hellweg Oerlinghausen

Sucht Akut - Tagesklinik für suchtkranke Menschen Lage

Ein Beispiel der Bündelung unserer Kräfte innerhalb des Valeo-Klinikverbundes ist dieser Qualitätsbericht, der gemeinsam erarbeitet und gestaltet wurde. Daneben bestehen zahlreiche weitere Aktivitäten mit dem Ziel des Austausches von Expertenwissen zwischen den Mitgliedshäusern.

Die Krankenhausleitung, vertreten durch den Geschäftsführer Diplom-Betriebswirt Wolfgang Rediker, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	4
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses.....	8
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen.....	12
B-1 Geriatric.....	12
C Qualitätssicherung.....	24
D Qualitätsmanagement.....	26

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name: Ev. Krankenhaus Enger gGmbH
Straße: Hagenstraße 47
PLZ / Ort: 32130 Enger
Postfach: 240
PLZ / Ort: 32122 Enger
Telefon: 05224 / 694 - 0
Telefax: 05224 / 694 - 444
E-Mail: info@krankenhaus-enger.de
Internet: www.krankenhaus-enger.de

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen: 260570293

A-3 Standort(nummer)

Standortnummer: 00

00: Dies ist der einzige Standort zu diesem Institutionskennzeichen.

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

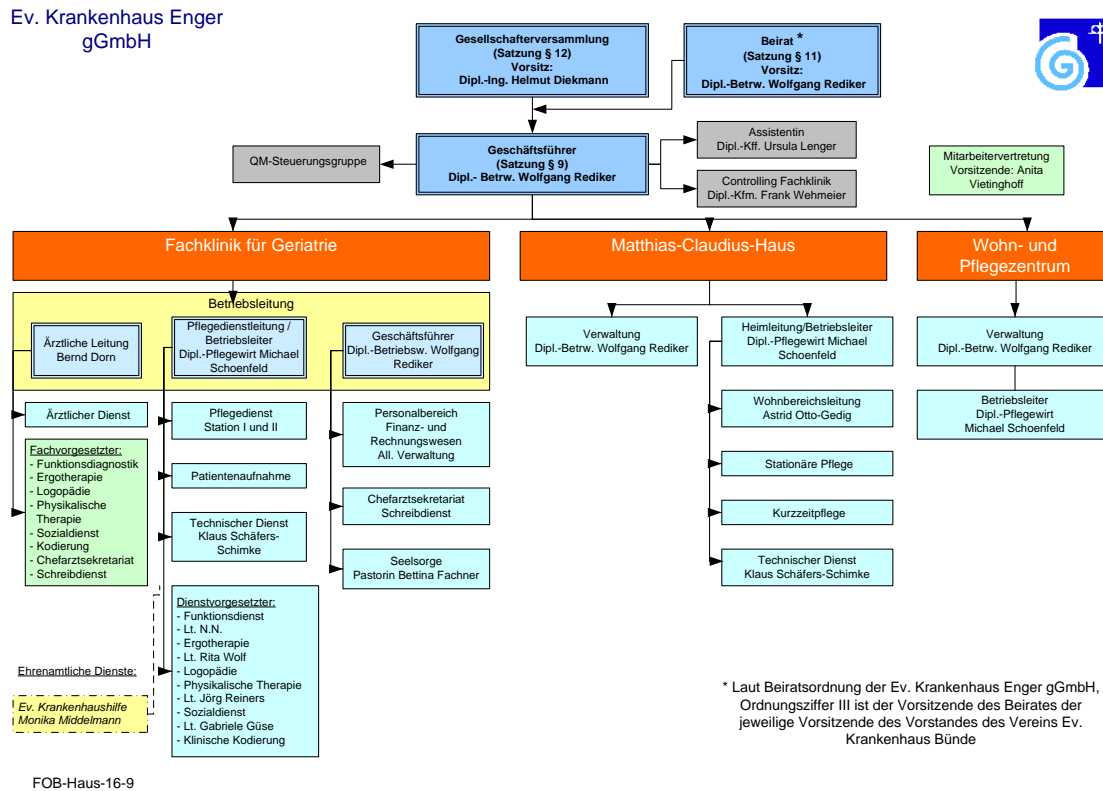
Träger: Ev. Krankenhaus Enger gGmbH
Art: freigemeinnützig
Internetadresse: www.krankenhaus-enger.de

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus: nein

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Das folgende Organigramm zeigt die Struktur des Ev. Krankenhauses Enger gGmbH (Stand: August 2009).



A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Verpflichtung besteht: nein

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Die Fachklinik für Geriatrie bietet keine weiteren Versorgungsschwerpunkte.

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Die Fachklinik für Geriatrie besteht aus einer Fachabteilung. Da die Leistungsangebote im A-Teil die fachabteilungsübergreifenden Angebote darstellen, haben wir uns entschieden, diese Angebote im B-Teil darzustellen.

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Die Fachklinik für Geriatrie besteht aus einer Fachabteilung. Da die Serviceangebote im A-Teil die fachabteilungsübergreifenden Angebote darstellen, haben wir uns entschieden, diese Angebote im B-Teil darzustellen.

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-11.1 Forschungsschwerpunkte

Die Klinik betreibt keine Forschung.

A-11.2 Akademische Lehre

Das Krankenhaus deckt das Fach "Geriatrie" im Rahmen des Vertrages zwischen dem Lukas-Krankenhaus Bünde und der Medizinischen Hochschule Hannover ab.

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

Die Fachklinik für Geriatrie verfügt nicht über eine eigene Ausbildungsstätte. Das Krankenhaus arbeitet eng mit der Ausbildungsstätte für Gesundheits- und Krankenpflege am Lukas-Krankenhaus Bünde zusammen.

Nähere Informationen finden Sie unter:

<http://www.Krankenpflegeschule@lukas-krankenhaus.de>

Des Weiteren arbeiten wir in Kooperationen mit Schulen zur Ausbildung von Physiotherapeuten und Logopäden zusammen.

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Bettenzahl: 63

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Stationäre Fälle: 987

Ambulante Fälle:

- Fallzählweise: 0

- Patientenzählweise: 0

- Quartalszählweise: 0

- Sonstige Zählweise: 0

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	12,0
- davon Fachärztinnen/ -ärzte	7,0
Belegärztinnen/ -ärzte (nach § 121 SGB V)	0

A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	36	3 Jahre
Altenpfleger/ –innen	8	3 Jahre
Krankenpflegehelfer/ –innen	2	1 Jahr
Pflegehelfer/ –innen	2	ab 200 Std. Basiskurs
Arzthelferinnen	2	2/3 Jahre

Fort- und Weiterbildung

Die vielfältigen Veränderungen in unserer Organisation können nur gelingen, wenn wir sie im Bildungsbereich durch entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen flankieren. Deshalb gibt es im Ev. Krankenhaus Enger gGmbH ein umfangreiches zentrales Angebot an Fort- und Weiterbildungen.

Im Pflegedienst ist neben der Tätigkeit eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung unabdingbar.

Unter Punkt B-12.2 Pflegepersonal finden Sie die zahlreichen anerkannten Fachweiterbildungen und Zusatzqualifikationen aufgelistet.



Geriatric

B-1.1 Name Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Geriatrie
 Schlüssel: Geriatrie (0200)
 Art: Hauptabteilung
 Chefarzt: Bernd Dorn (seit dem 1. Mai 2009)
 Chefärztin: Dr. Ute Krys (bis zum 31. Dezember 2008)
 Straße: Hagenstraße 47
 PLZ / Ort: 32130 Enger
 Postfach: 240
 PLZ / Ort: 32122 Enger
 Telefon: 05224 / 694 - 150
 Telefax: 05224 / 694 - 445
 E-Mail: info@krankenhaus-enger.de
 Internet: www.krankenhaus-enger.de

**Was ist eine Geriatrische Fachklinik?**

Bei älteren Menschen treten häufig mehrere Krankheiten gleichzeitig auf und die Krankheitsfolgen sind oft so erheblich, dass sie die Selbständigkeit der Betroffenen gefährden. Für diese Patienten sind wir da. Wir wollen akut oder chronisch erkrankten alten Menschen einen möglichst hohen Grad an Selbständigkeit und Unabhängigkeit erhalten oder wiederherstellen. Deshalb gibt es bei uns nicht nur hervorragend qualifizierte Ärzte und Pflegefachkräfte, sondern ein interdisziplinäres Team, zu dem auch Physio-, Sprach- und Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und Seelsorger gehören.

Wie in jedem Krankenhaus, wird auch in unserer Fachklinik für Geriatrie der stationäre Ablauf vom ärztlichen Dienst geleitet. Zu jeder Zeit - auch nachts und an den Wochenenden - ist immer eine Ärztin, ein Arzt verfügbar. Die Ärzte in unserem Krankenhaus sind erfahren in der medizinischen und funktionellen Behandlung älterer Menschen. Die Behandlungen werden mit anderen Berufsgruppen (Pflege, Krankengymnastik, Ergotherapie etc.) abgestimmt. Denn gerade in der Altersheilkunde sind Fragen-, Zuhören- und Beobachten können wichtige Elemente der ärztlichen Tätigkeit. Diagnose und Therapie werden heute vielfach apparativ unterstützt. Alle üblicherweise in einer Geriatrie anfallenden Untersuchungen werden bei uns im Haus durchgeführt. Spezielle und technisch sehr aufwändige Untersuchungen können in den umliegenden Krankenhäusern schnell durchgeführt werden.

Der Chefarzt Herr Dorn ist Mitglied bei:

- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) - Arbeitskreis: Ernährung
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)
- Deutsche Gesellschaft für internistische Intensivmedizin (DGIIN)
- Bund der deutschen Internisten (BDI)

B-1.2 Versorgungsschwerpunkte Organisationseinheit / Fachabteilung

Die Geriatrie bietet keine weiteren Versorgungsschwerpunkte an.

B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung / -beratung / -seminare	Fallbezogene Angebote der Beratung und Anleitung z. B. Pflegetechniken, Mobilisation, Lagerung und Ernährung. Teilnahme und Beratung bei therapeutischen Angeboten der Logopädie, Ergotherapie und Sprachtherapie.
MP04	Atemgymnastik / -therapie	Indikationsbezogene Leistung der Physiotherapie und Physikalischen Therapie.
MP05	Babyschwimmen	In unseren Räumlichkeiten werden Kurse angeboten.
MP06	Basale Stimulation	Fester Bestandteil der Pflegekonzeption. Die Mitarbeitenden der Pflege werden regelmäßig im Rahmen von mehrtägigen Inhouse-Seminaren geschult.
MP07	Beratung / Betreuung durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen	Eingebunden in das Team aus Pflege, Medizin und Therapie hat der Sozialdienst einen festen Platz in der Versorgung der Patienten in unserer Klinik. Die Sozialarbeiterinnen bieten Patienten und deren Bezugspersonen Beratung und Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und der Planung der Alltagsversorgung nach Krankenhausaufenthalt an. Zu den Hauptaufgaben gehören: <ul style="list-style-type: none"> - Psychosoziale Beratung, - Beratung zu häuslichen Hilfen, ambulanten Angeboten, Kurzzeitpflegen, Altenheimen, alternativen Wohnformen, Hilfsmitteln, sozialrechtlichen Ansprüchen (z. B. Pflegeversicherung), Betreuungsangelegenheiten, - Organisation von Hilfen, - Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und sozialen Versorgungssystems, - Entlassungsvorbereitungen mit allen beteiligten Personen und Institutionen.
MP09	Besondere Formen / Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Wir bieten folgende Leistungen an: <ul style="list-style-type: none"> - ambulanter und stationärer Hospizdienst in Kooperation mit dem Lukas-Krankenhaus Bünde, - Trauerbegleitung und Aussegnung, - Trauergottesdienst.
MP10	Bewegungsbad / Wassergymnastik	Stationäres und ambulantes Angebot in der Physiotherapie.
MP11	Bewegungstherapie	Stationäres und ambulantes Angebot in der Physiotherapie.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und / oder Kinder)	Angebot für Schlaganfallpatienten durch weitergebildete Pflegekräfte und Physiotherapeuten.
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Bei besonderen Erkrankungen erfolgt die Beratung durch Diätassistentinnen und Diabetesassistentinnen (DDG = Deutsch Diabetes Gesellschaft).
MP15	Entlassungsmanagement / Brückenpflege / Überleitungspflege	Expertenstandards sind interdisziplinär und interprofessionell etabliert und evaluiert.
MP16	Ergotherapie / Arbeitstherapie	<p>In der Ergotherapie erfolgt eine ganzheitliche Schulung motorischer, geistiger und sozialer Fähigkeiten im Hinblick auf Selbständigkeit im Alltag, um verlorene Funktionen wieder aufzubauen und vorhandene Fähigkeiten zu erhalten. Zu den Hauptaufgaben gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Training der Aktivitäten des täglichen Lebens, - Therapie bei motorisch-funktionellen Störungen, - Therapie bei sensomotorischen-perzeptiven Störungen, - Hirnleistungstraining, - Hilfsmittelbeschaffung und -training, - Angehörigenberatung.
MP58	Ethikberatung / Ethische Fallbesprechung	
MP17	Fallmanagement / Case Management / Primary Nursing / Bezugspflege	Bezugspflege nach dem Kompetenzmodell von Benner im gesamten Pflegebereich.
MP18	Fußreflexzonenmassage	Stationäres und ambulantes Angebot in der Physiotherapie.
MP21	Kinästhetik	Fester Bestandteil der Pflegekonzeption. Die Mitarbeitenden der Pflege werden regelmäßig im Rahmen von mehrtägigen Inhouse-Seminaren geschult.
MP22	Kontinenztraining / Inkontinenzberatung	Nach Expertenstandards etabliert und umgesetzt.
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Stationäres und ambulantes Angebot in der Physiotherapie.
MP25	Massage	Stationäres und ambulantes Angebot in der Physiotherapie.
MP26	Medizinische Fußpflege	Individuelles Angebot ist vorhanden.
MP31	Physikalische Therapie / Bädetherapie	<p>Die Physikalische Therapie ist ein wichtiger Teil der Behandlung in unserer Fachklinik für Geriatrie. Das Ziel ist, die Beweglichkeit zu erhalten und verlorene Fähigkeiten möglichst wiederherzustellen. Zu unseren Hauptaufgaben gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Massagen incl. Spezialformen, - Hydrotherapie, - Elektrotherapie, - Thermotherapie, - Aerosoltherapie.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP32	Physiotherapie / Krankengymnastik als Einzel- und / oder Gruppentherapie	Die Physiotherapie ist im Zusammenhang mit der Physikalischen Therapie zu sehen. Beide Einheiten sind ein wichtiger Bestandteil der Behandlung in der Geriatrie. Zu den Hauptaufgaben der Physiotherapie gehören: - Mobilisation, - schmerzlindernde Maßnahmen, - Kontrakturenprophylaxe und -behandlung, - Tonusregulierung, - Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster, - funktionelles Training, - Gleichgewichtsschulung.
MP37	Schmerztherapie / -management	Nach Expertenstandards interdisziplinär und interprofessionell etabliert.
MP63	Sozialdienst	Siehe Punkt: Beratung/Betreuung durch Sozialarbeiter
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	Fallbezogene Angebote der Beratung und Anleitung.
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Durchführung einer aktivierenden, frührehabilitativen Pflege durch speziell geschulte Mitarbeitende der Pflege.
MP44	Stimm- und Sprachtherapie / Logopädie	Das Leistungsspektrum unserer Abteilung für Logopädie umfasst: - Diagnostik und Behandlung erworbener Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen, wie Aphasien, Dysarthrophonien, Sprechapraxien und Dysphonien, - klinische Diagnostik und transnasale Endoskopie zur Beurteilung des Schluckaktes, - Behandlung von Kau- und Schluckstörungen, - Diagnostik und Behandlung von Störungen der kognitiven Leistungsfähigkeit, - Beratung und Anleitung der Angehörigen.
MP45	Stomatherapie / -beratung	Durch qualifiziertes Fachpersonal, Stomatherapeuten, Selbsthilfegruppen.
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln / Orthopädietechnik	In Kooperation mit Sanitätshäusern und Orthopädieschuhmachermeister.
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Angebot der Physiotherapie.
MP49	Wirbelsäulengymnastik	Angebot der Physiotherapie.
MP51	Wundmanagement	Nach Expertenstandards etabliert, Versorgung von chronischen Wunden durch speziell ausgebildete Wundmanager unter ärztlicher Behandlungsleitung.
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen / Angebot ambulanter Pflege / Kurzzeitpflege	
MP52	Zusammenarbeit mit / Kontakt zu Selbsthilfegruppen	- Schlaganfallselbsthilfegruppe - Stromaselbsthilfegruppe - Selbsthilfegruppe für Angehörige von Demenzkranken

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP00	Therapiegarten	<p>Die Fachklinik verfügt im Außenbereich über einen Therapiegarten. Diese Gartenanlage ist speziell auf den Therapiebedarf geriatrischer Patienten abgestimmt und ermöglicht den Patienten ein realitätsgetreues Training ihrer alltäglichen Fähigkeiten im Rahmen ihrer Mobilität. Durch individuelle Übungsprogramme werden auf unterschiedlichsten Untergründen, wie z.B. Kies in verschiedenen Körnungen, Pflaster unterschiedlichster Größe, Rindenmulch, Holzböden unter Einbeziehung von Alltagshindernissen, wie z.B. Bordsteinkanten, Außentreppe, folgende therapeutische Ziele angestrebt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung + von Koordination und Gleichgewicht + von Kraft und Ausdauer + der Gelenkbeweglichkeit + des Selbstbewusstseins - Haltungsschulung - Sensibilitätsschulung - Vorbeugung von Stürzen. <p>Dieses therapeutische Angebot trägt zu einer Optimierung der Behandlung unterschiedlichster Krankheitsbilder bei.</p>

B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Serviceangebot	Kommentar / Erläuterung
SA01	Räumlichkeiten: Aufenthaltsräume	Auf jeder Station sind Aufenthaltsbereiche. Des Weiteren haben wir einen Wintergarten mit einem Getränke- und Süßwarenangebot.
SA03	Räumlichkeiten: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	Ein-Bett-Zimmer bieten wir als Wahlleistungsangebot und bei medizinisch-pflegerischer Notwendigkeit an.
SA04	Räumlichkeiten: Fernsehraum	Alle Patientenzimmer sind mit Fernseher ausgerüstet. Video/DVD wird als Wahlleistung vorgehalten. In unserem Wintergarten steht ein Fernseher zur Verfügung.
SA06	Räumlichkeiten: Rollstuhlgerechte Nasszellen	Als Geriatrische Fachklinik haben wir in den überwiegenden Zimmern rollstuhlgerechte Nasszellen.
SA09	Räumlichkeiten: Unterbringung Begleitperson	Gästezimmer für Begleitpersonen werden vorgehalten.
SA11	Räumlichkeiten: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	Zwei-Bett-Zimmer bieten wir als Wahlleistungsangebot und bei medizinisch-pflegerischer Notwendigkeit.
SA13	Ausstattung der Patientenzimmer: Elektrisch verstellbare Betten	Im Wahlleistungsbereich stehen elektrisch verstellbare Betten zur Verfügung.

Nr.	Serviceangebot	Kommentar / Erläuterung
SA14	Ausstattung der Patientenzimmer: Fernsehgerät am Bett / im Zimmer	Alle Patientenzimmer sind mit Fernseher ausgerüstet.
SA17	Ausstattung der Patientenzimmer: Rundfunkempfang am Bett	Wird auf Wunsch zur Verfügung gestellt.
SA18	Ausstattung der Patientenzimmer: Telefon	Wird auf Wunsch zur Verfügung gestellt.
SA19	Ausstattung der Patientenzimmer: Wertfach / Tresor am Bett / im Zimmer	In jedem Zimmer sind Wertfächer vorhanden. Wertgegenstände und größere Geldbeträge können gegen Quittung im Stationstresor deponiert werden.
SA20	Verpflegung: Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	Auf Wunsch und bei medizinischer Indikation werden die Speisekomponenten individuell zusammengestellt. Wunschkost und Zusatznahrung wird bei entsprechender medizinischer Indikation gestellt.
SA21	Verpflegung: Kostenlose Getränkebereitstellung	Auf jeder Station haben wir Getränke-Servicewagen mit Kühlschrank, die Kaffee, Tee, Säfte und Mineralwasser enthalten.
SA22	Ausstattung / Besondere Serviceangebote des Krankenhauses: Bibliothek	Fahrbare Bibliothek, regelmäßiger Service der Evangelischen Krankenhaushilfe.
SA24	Ausstattung / Besondere Serviceangebote des Krankenhauses: Faxempfang für Patienten und Patientinnen	Ein Faxempfang ist über das Aufnahmebüro möglich.
SA26	Ausstattung / Besondere Serviceangebote des Krankenhauses: Frisiersalon	Friseurbesuche werden nach terminlicher Absprache gewährleistet.
SA27	Ausstattung / Besondere Serviceangebote des Krankenhauses: Internetzugang	Ein Internetzugang ist über das Aufnahmebüro möglich.
SA29	Ausstattung / Besondere Serviceangebote des Krankenhauses: Kirchlich-religiöse Einrichtungen	Wir bieten regelmäßig Gottesdienste an. Auf Wunsch wird der Gemeindepfarrer über den Krankenhausaufenthalt informiert. Für Angehörige von Verstorbenen bieten wir einen Aussegnungsraum und spezielle Trauergottesdienste an.
SA30	Ausstattung / Besondere Serviceangebote des Krankenhauses: Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Es gibt ausreichenden und extra ausgewiesenen Parkraum für Patienten und deren Angehörige.
SA32	Ausstattung / Besondere Serviceangebote des Krankenhauses: Maniküre / Pediküre	Fußpflege wird im Haus vorgehalten. Patienten werden nach Terminabsprache dorthin begleitet.
SA34	Ausstattung / Besondere Serviceangebote des Krankenhauses: Rauchfreies Krankenhaus	Wir setzen die gesetzliche Vorschrift um.
SA38	Ausstattung / Besondere Serviceangebote des Krankenhauses: Wäscheservice	Auf Wunsch wird ein Wäscheservice gewährt.
SA39	Persönliche Betreuung: Besuchsdienst / „Grüne Damen“	Unsere Grünen Damen besuchen regelmäßig die Patienten und bieten einen Begleitservice, z. B. zu den Gottesdiensten, an.
SA40	Persönliche Betreuung: Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen	Unsere Patienten werden bei der Aufnahme vom Pflegepersonal in Empfang genommen und auf die Station begleitet.
SA42	Persönliche Betreuung: Seelsorge	Regelmäßige Besuche und Gesprächsangebote durch unsere Krankenhausesseelsorge. Auf Wunsch wird der Gemeindepfarrer informiert.

Nr.	Serviceangebot	Kommentar / Erläuterung
SA58	Persönliche Betreuung: Wohnberatung	Der Sozialdienst informiert über andere Wohnformen, Umbaumöglichkeiten der eigenen Wohnung incl. Zuschüsse und vermittelt an die Wohnberatungsstellen vor Ort.

B-1.5 Fallzahlen Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 987

Teilstationäre Fallzahl: 0

Anzahl Betten: 63

B-1.6 Diagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	204
2	M96	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	155
3	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	80
4	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	42
5	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	33
6	I50	Herzschwäche	30
7	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	26
8	M62	Sonstige Muskelkrankheit	24
9	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	21
10	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	19

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-1.7 Prozeduren nach OPS**B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-550	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen	881
2	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	64
3	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	40
4	8-390	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z.B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett	32
5	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	15
6	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	13
7 – 1	8-650	Behandlung mit elektrischem Strom, meist direkt über die Haut	12
7 – 2	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	12
9	3-823	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	11
10	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	10

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

In der Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie besteht die Möglichkeit, alle gängigen Therapien ambulant in Anspruch zu nehmen. Zum Teil erfolgt dies in Kooperation mit niedergelassenen Praxen.

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

In der Fachklinik für Geriatrie erfolgen keine ambulanten Operationen.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- stationäre BG-Zulassung
- nicht vorhanden

B-1.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h ¹	Kommentar / Erläuterung
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	<input checked="" type="checkbox"/>	In Kooperation mit dem Lukas-Krankenhaus Bünde
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen	_____ ²	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	<input type="checkbox"/>	In Kooperation mit dem Lukas-Krankenhaus Bünde
AA11	Elektromyographie (EMG) / Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit	Messung feinsten elektrischer Ströme im Muskel	_____ ²	In Kooperation mit dem Lukas-Krankenhaus Bünde
AA12	Gastroenterologisches Endoskop	Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung	<input type="checkbox"/>	
AA27	Röntgengerät / Durchleuchtungsgerät		<input type="checkbox"/>	
AA29	Sonographiegerät / Dopplersonographiegerät / Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät / mit Nutzung des Dopplereffekts / farbkodierter Ultraschall	<input type="checkbox"/>	
AA58	24h-Blutdruck-Messung		_____ ²	
AA59	24h-EKG-Messung		_____ ²	

¹ 24h: Notfallverfügbarkeit 24 Stunden am Tag sichergestellt (² bei diesem Gerät nicht anzugeben)

B-1.12 Personelle Ausstattung

B-1.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	6,17	Der Chefarzt verfügt über die Weiterbildungsermächtigung von Assistenzärzten im Gebiet der Inneren Medizin mit 24 Monaten und in der Zusatzweiterbildung Geriatrie.
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	3,67	
Belegärztinnen/ -ärzte (nach § 121 SGB V)	0	

¹ Bei den Belegärztinnen/ -ärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Facharztbezeichnungen	Kommentar / Erläuterung
Innere Medizin	
Neurologie	Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Physikalische und Rehabilitative Medizin	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatzweiterbildungen

Zusatzweiterbildungen (fakultativ)

Ärztliches Qualitätsmanagement
 Allergologie
 Geriatrie
 Intensivmedizin
 Naturheilverfahren
 Physikalische Therapie und Balneologie
 Rehabilitationswesen
 Röntgendiagnostik
 Sozialmedizin

B-1.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	25,2	3 Jahre
Altenpfleger/ –innen	5,6	3 Jahre
Krankenpflegehelfer/ –innen	1,4	1 Jahr
Pflegehelfer/ –innen	0,6	ab 200 Std. Basiskurs
Arzthelferinnen	1,0	2/3 Jahre

Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ02	Diplom
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ00	Langzeitrehabilitation

Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP04	Endoskopie / Funktionsdiagnostik
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP09	Kontinenzberatung
ZP10	Mentor und Mentorin
ZP12	Praxisanleitung

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomapflege
ZP16	Wundmanagement

B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal
SP04	Diätassistent und Diätassistentin
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
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin
SP00	Diätassistentin mit besonderer Qualifikation für die Ernährung und Verpflegung von Senioren /VDD

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

Die Informationen für den Berichtsabschnitt "C-1.1" für dieses Berichtsjahr liegen noch nicht vor.

C-1.2 Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren

Die Informationen für den Berichtsabschnitt "C-1.2" für dieses Berichtsjahr liegen noch nicht vor.

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an den vereinbarten Qualitätssicherungsmaßnahmen nicht teil.

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

Leistungsbereich	Kommentar / Erläuterung
Diabetes mellitus Typ 2	Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das VALEO-Krankenhaus am DMP-Diabetes mellitus Typ II teil.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Im Jahr 2008 hat die Fachklinik an keinen weiteren externen Qualitätssicherungen teilgenommen.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

Das Krankenhaus hat in den Bereichen, für die Mindestmengen festgelegt sind, keine Leistungen erbracht.

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

Die Fachklinik erbringt keine Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung.

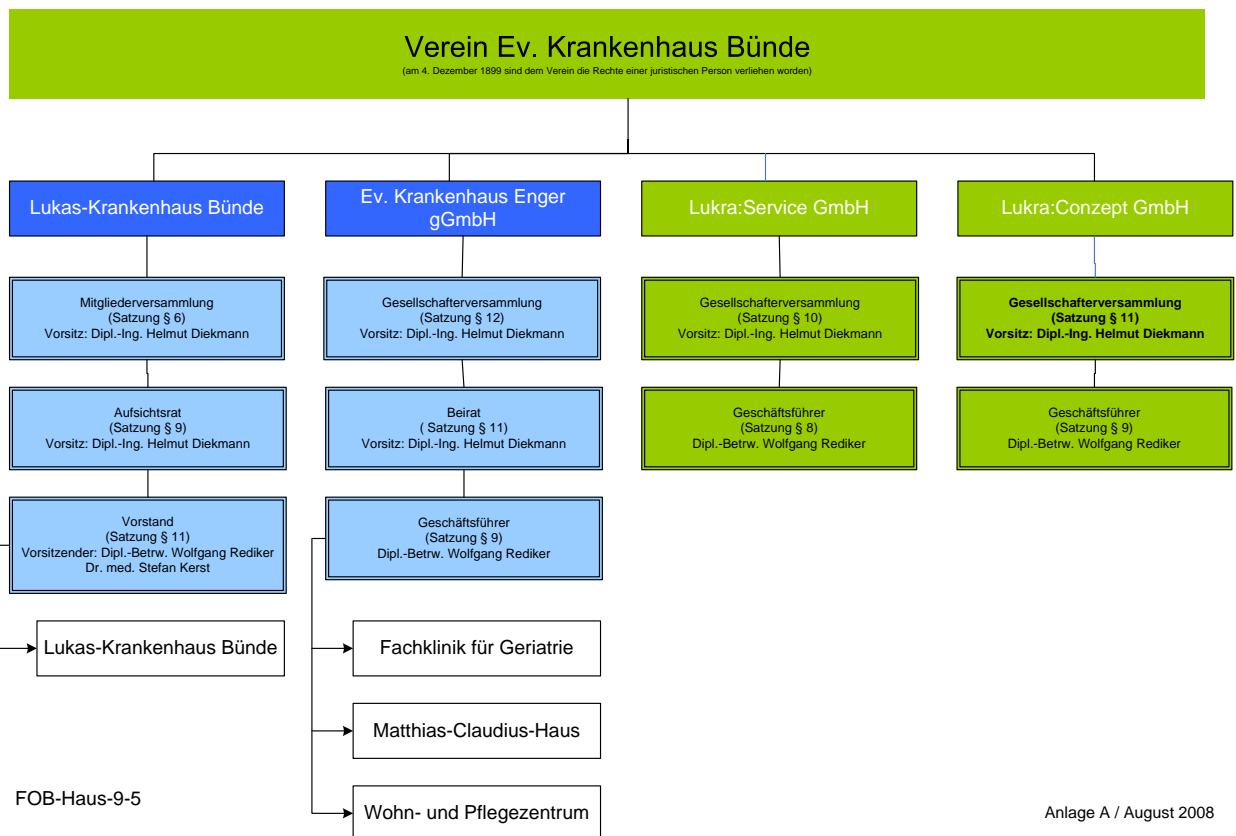
D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

D-1.1 Einleitung

Der Gesetzgeber verpflichtet die Krankenhäuser nach § 137 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) ein internes Qualitätsmanagement einzuführen und sich an qualitätssichernden Maßnahmen zu beteiligen. Unabhängig von dieser gesetzlichen Forderung verstehen wir die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems als Selbstverpflichtung und elementaren Baustein der Unternehmensentwicklung und Unternehmenssicherung.

Der Verein Evangelisches Krankenhaus Bünde, mit seinen Einrichtungen dem Evangelischen Krankenhaus gGmbH Enger <http://www.krankenhaus-enger.de> und dem Lukas-Krankenhaus Bünde <http://www.lukas-krankenhaus.de>, arbeitet daher seit dem Jahr 1999 in einem aktiven und methodisch geleiteten Entwicklungsprojekt an dem kontinuierlichen Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems auf der Grundlage der DIN EN ISO 9001: 2008.



Getragen wird dieses strategische Entwicklungsprojekt durch den richtungsweisenden Beschluss des Trägers, für unsere Einrichtungen ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem einzuführen und im Rahmen eines Zertifizierungsverfahrens die Güte des Qualitätsmanagementsystems, das heißt seine Wirksamkeit und Funktionsfähigkeit unter Beweis zu stellen.

Im Ev. Krankenhaus Enger, Fachklinik für Geriatrie, wurden alle Bereiche nach DIN EN ISO erfolgreich zertifiziert:

Klinik, Abteilung	Jahr der Zertifizierung
Pflegedienst	2000
Physiotherapie und Physikalische Therapie	2004
Sozialdienst	2005
Seelsorge	2005
Technischer Dienst	2005
Verwaltung	2005
Funktionsdienst	2006
Ärztlicher Dienst	2007
Ergotherapie	2007
Logopädie	2007

Die Vorgabe des Trägers, ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen ist gleichsam Auftrag wie auch Vision, nach wirtschaftlichen Kriterien eine qualitativ hochwertige, individuelle und menschlich zugewandte Diagnostik, Therapie und Pflege anzubieten und unseren christlich-diakonischen Auftrag „der tätigen Nächstenliebe“ wahrzunehmen und zu erfüllen.

Im Gegenzug verpflichtet sich der Träger, die notwendigen Ressourcen bereitzustellen und begleitet verantwortlich, aktiv und mitgestaltend den Prozess des Aufbaus und der Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems.

D-1.2 Qualität

Der Begriff Qualität wird branchenspezifisch unterschiedlich definiert.

Im Ergebnis führt dies dazu, dass die Leistungserbringer (Mitarbeitende des Krankenhauses) und Leistungsempfänger (unsere Patienten) unterschiedlicher Auffassung sein können, was sie unter einer guten bzw. angemessenen Qualität verstehen.

Die DIN ISO 9004 definiert Qualität als die

„Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produkts oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung fest gelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen“.

Für unser Qualitätsmanagement haben wir eine Definition aus dem Gesundheitswesen ausgewählt.

"Die Qualität der medizinischen Versorgung ist die Gesamtheit der Merkmale eines Prozesses oder eines Objektes hinsichtlich der Eignung vorgegebener Erfordernisse, im Sinne des Patienten, unter Berücksichtigung des aktuellen Kenntnisstandes der Medizin“.

Hier wird deutlich, dass die Qualität unserer Leistungen maßgeblich dadurch geprägt ist, das Handeln dahingehend auszurichten, dass es für den Patienten einen maximalen Nutzen bringt und den aktuellen Stand der medizinisch-therapeutischen und pflegerischen Erkenntnisse im Prozessgeschehen einbezieht.

Dabei ist es für uns selbstverständlich, den Patienten als gleichberechtigten und mündigen Partner, als Kunden zu verstehen und zu erfahren, was ein Patient von uns erwartet.

Dies ist das Entscheidende:

Das Nicht - Objekt - Sein

Martin Buber

(Elemente des Zwischenmenschlichen, 1954)

D-2 Qualitätsziele

Unser gemeinsames Verständnis von Qualität sowie die Planung, Durchführung, Kontrolle und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems wird über alle Ebenen der Einrichtungen durch unsere **Qualitätsleitsätze** geprägt.

Sie verdeutlichen die qualitätsrelevanten Werte sowie die Erwartungen des Trägers, schaffen den konzeptionellen und verbindlichen Rahmen für den Aufbau und die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems und leiten zielführend das alltagsbezogene Denken und Handeln unserer Mitarbeitenden.

Unsere Leitsätze berücksichtigen die grundsätzlichen Anforderungen an ein lebendiges Qualitätsmanagement und unterstreichen die diakonische Ausrichtung des Trägers. Der Träger verpflichtet sich und seine Mitarbeitenden, im Rahmen des christlichen Auftrages und der Zweckerfüllung der Einrichtungen, nach den folgenden Zielvorgaben zu handeln.

- **Diakonische Orientierung**, denn Diakonie vollzieht sich in Wort und Tat - als ganzheitlicher Dienst am Menschen. Wir geben Raum für den Austausch über persönliche Glaubensfragen und laden zu gemeinsamen gottesdienstlichen Feiern ein. Sterben und Tod sind Teil des Lebens. Es ist daher unser Auftrag, die uns anvertrauten Menschen auch in ihrer letzten Lebensphase zu begleiten.
- **Kundenorientierung**, die den Menschen in seiner Ganzheit und seinen individuellen Bedürfnissen als Interessenspartner in den Mittelpunkt unserer Dienstleistung stellt - als Patient, Bewohner oder Kunde.
- **Mitarbeiterbefähigung**, denn nur von gut qualifizierten, motivierten, informierten und unmittelbar beteiligten Mitarbeitern dürfen wir gute Qualität erwarten.
- **Prozessorientierung**, denn in den Behandlungs- und Betreuungsabläufen unserer Einrichtungen kommt es darauf an, durch den geplanten Einsatz der notwendigen Ressourcen gute Qualität zu erzeugen und diese messbar zu belegen.
- **Kontinuierliche Verbesserung**, um durch geeignete Maßnahmen die Effektivität und Effizienz von Tätigkeiten und Prozessen zu erhöhen, zum Nutzen unserer Interessenspartner und der Organisation.

Qualitätsleitsätze und daraus abgeleitete Qualitätsziele

Die Qualitätsleitsätze des Trägers bilden die Basis für unsere alltägliche Arbeit im Evangelischen Krankenhaus Enger - Fachklinik für Geriatrie. Sie sind für uns selbstverpflichtende Vorgaben und beziehen alle Dienstleistungen im direkten und indirekten Patienten-, Angehörigen- und Mitarbeiterkontakt ein.

Klare Führungsstrukturen, ein hohes Maß an geriatrischem Fachwissen, Verantwortungsbewusstsein und menschliche Kompetenz im interdisziplinären Behandlungsteam, sowie sorgfältig koordinierte Abläufe schaffen ein gutes und vertrauensvolles Klima für unsere Patienten, deren Angehörige, für alle Mitarbeitende und Kooperationspartner.

Ein gutes Betriebsklima ist für uns eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit und ein erfolgreiches Behandlungsgeschehen.

Unter Berücksichtigung der geplanten wirtschaftlichen Mittel, wird die beste erreichbare Behandlungsqualität für die Patienten angestrebt. Dies betrifft in erster Linie den einzelnen Patienten.

Daher verfolgen wir das Ziel, unsere Mitarbeitenden, auch im Rahmen der Fort- und Weiterbildung, optimal auf ihre Aufgaben und Tätigkeiten vorzubereiten.

Unser Krankenhaus orientiert sich aber auch an den Bedingungen der Wirtschaftlichkeit als Grundlage der Existenzsicherung, damit auch in Zukunft qualitativ hochwertige medizinische, therapeutische und pflegerische Behandlungen in allen Kliniken und Abteilungen angeboten werden können.

Konkret bedeutet dies für unseren klinischen Alltag:

- Wir verfolgen das Ziel die Alltagskompetenz und Lebensbewältigung unserer Patienten aktiv zu fördern.
- Wir sehen unseren Patienten in seiner spezifischen Lebenssituation und respektieren seine Ziele und Wünsche.
- Wir stärken das Selbstbestimmungsrecht der Patienten einschließlich der informellen Selbstbestimmung durch umfassende Informationen bei der Planung und Durchführung der Therapien.
- Wir achten auf eine liebenswürdige, respektvolle Behandlung, damit sich unsere Patienten bei uns gut betreut fühlen.
- Wir optimieren unsere Beziehung zu den Zuweisern und Nachbehandlern, zu den Angehörigen der Patienten, zu den Kostenträgern und zu den übrigen Interessenten an unseren Dienstleistungen, auch hausintern.
- Wir verbessern stetig unsere Ergebnisqualität. Dafür optimieren wir unsere Prozessqualität und Strukturqualität. Insbesondere halten und fördern wir das hohe Ausbildungsniveau unserer Mitarbeitenden.
- Wir messen die Ergebnisse unserer Leistungserbringung und die Zufriedenheit unserer Patienten mit geeigneten Mitteln.

Die Verantwortung für die Festlegung und Einhaltung der Ziele trägt die Betriebsleitung. Unsere Mitarbeitenden tragen durch ihre persönliche Leistungsbereitschaft täglich dazu bei, diese Ziele zu verwirklichen.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Bezeichnung **Qualitätsmanagement** ersetzt den bisherigen Oberbegriff Qualitätssicherung und weist auf die Gesamtheit der aufbau- und ablauforganisatorischen Gestaltung und die Verknüpfung qualitätsbezogener Aktivitäten hin. Die Grundlage dafür findet sich in der internationalen Norm DIN EN ISO 8402.

Qualitätsmanagement umfasst

„ alle Tätigkeiten des Gesamtmanagements, die im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems die Qualitätspolitik, die Ziele und Verantwortungen festlegen sowie diese durch Mittel wie Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement-Darlegung und Qualitätsverbesserung verwirklichen.“

Der kontinuierliche Aufbau des Qualitätsmanagementsystems wird durch den Geschäftsführer des Trägers geleitet und begleitet.

Seine Vorgaben werden durch speziell ausgebildete Qualitätsmanager umgesetzt. Diese Qualitätsmanager bilden die Qualitätsmanagement-Steuerungsgruppe.

Die **Qualitätsmanagement-Steuerungsgruppe** ist einrichtungsübergreifend, interdisziplinär aus dem ärztlichen, pflegerischen und dem Verwaltungsdienst besetzt. Dadurch wird sichergestellt, dass berufsgruppenübergreifend die jeweiligen Fachkompetenzen in unser Managementsystem einfließen und die strategischen Entwicklungen interdisziplinär positiv beeinflussen.

Die Qualitätsmanagement-Steuerungsgruppe ist als Referat auf der Vorstandsebene angesiedelt, arbeitet auf der Grundlage einer Geschäftsordnung.

Die Mitglieder der Steuerungsgruppe sind **Qualitätsmanagement-Beauftragte**, die über eine für diesen Aufgabenbereich spezielle Qualifikation verfügen.

Zu den Hauptaufgaben der Qualitätsmanagement-Beauftragten gehört die Umsetzung der strategischen Entscheidungen des Trägers/Geschäftsführers in allen Einrichtungen.

Sie beraten den Geschäftsführer im Rahmen der Weiterentwicklung des Systems, initiieren neue Projekte und Prozesse und überwachen das Gesamtsystem.

Ein Mitarbeitender der Fachklinik für Geriatrie ist ständiges Mitglied der Steuerungsgruppe und vertritt die Fachklinik weiterhin in der VALEO-Fachgruppe „Qualitätsmanagement“. Dadurch wird sichergestellt, dass wir unmittelbar an allen relevanten Entwicklungen im Bereich Qualitätsmanagement beteiligt sind.

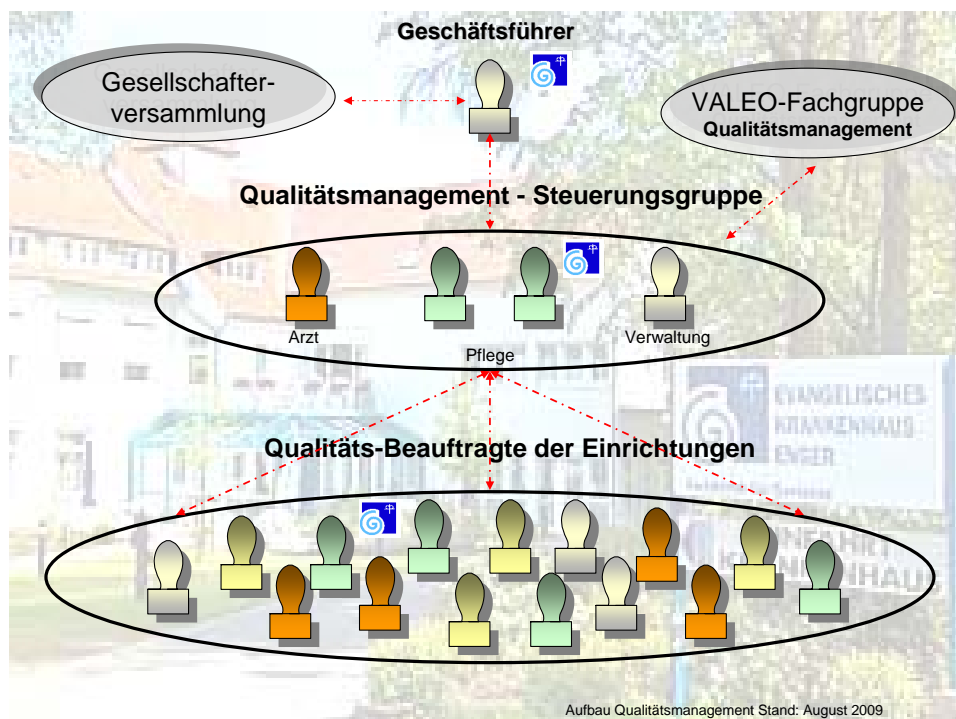
Für die Initiierung, Umsetzung und Weiterentwicklung von Prozessen oder auch Projekten in unserer Einrichtung ist ein **Qualitätsbeauftragter** verantwortlich.

Der Qualitätsbeauftragte unterstützt die Betriebsleitung, die Qualitätsmanagement-Steuerungsgruppe und die Abteilungsleitungen im klinischen Alltag.

Daneben plant und leitet er Audits in dem ihm zugewiesenen Aufgabenbereichen und leitet Verbesserungsvorschläge an die Qualitätsmanagement-Steuerungsgruppe weiter.

Er verfügt ebenfalls über eine spezifische Qualifikation und arbeitet eigenverantwortlich nach den Vorgaben der Qualitätsmanagement-Steuerungsgruppe.

Die nachfolgende Abbildung ermöglicht einen strukturellen Überblick über den personellen Aufbau des Managementsystems.



Qualitätsmanagement wirkungsvoll und erlebbar gestalten bedeutet für uns:

- Schaffen eines klaren ordnungspolitischen Rahmens
- Festlegung von konkreten und verbindlichen Zielen
- Effektive Informations- und Kommunikationsstrukturen
- Planung vereinbarter Aktivitäten
- Aufgaben, Tätigkeiten und Verantwortungen eindeutig regeln und notwendige Kompetenzen zuweisen
- Bereitstellung notwendiger personeller Ressourcen und angemessene und ausreichende Sachmittel
- Festlegung und aktive Beherrschung unserer Prozesse
- Prozesse kontrollieren, messen und ggf. anpassen
- Kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung
- Qualitätsdokumentationen führen

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

D-4.1 Ordnungspolitischer Rahmen (verbindliche Vorgaben)

Den ordnungspolitischen Rahmen des Managementsystems bildet die Qualitätspolitik des Trägers.

Durch den Trägerbeschluss und dem daraus abgeleiteten eindeutigen Bekenntnis zum Qualitätsmanagement macht die Unternehmensleitung deutlich, dass sie die Verantwortung für das Managementsystem trägt und aktiv für die konsequente Umsetzung auf allen Hierarchieebenen sorgt.

D-4.2 Ziele (Zielsetzung- und Planung)

Die übergeordneten **Qualitätsziele** des Trägers bilden die Basis für alle nachfolgenden Zielsetzungen der einzelnen Unternehmensbereiche.

Aus dieser Zielsetzung werden konkrete bereichsbezogene Qualitätsziele formuliert.

Aus diesen Zielen entwickeln sich die jahresbezogenen spezifischen Ziele unserer Fachklinik für Geriatrie.

D-4.3 Planung vereinbarter Aktivitäten (Aktivitätenplanung)

Aktivitäten ergeben sich aus den übergeordneten oder jahresbezogenen Qualitätszielen des Trägers, vorrangig Anpassungs- und Verbesserungsmaßnahmen, aber auch durch gesetzliche Veränderungen, Anforderungen bzw. Erwartungen unserer Patienten, Veränderungen auf dem Gesundheitsmarkt oder Maßnahmen, die im Rahmen von internen und externen Audits getroffen werden.

Zielorientierte Maßnahmenplanungen sind Grundlage der Aktivitäten im Qualitätsmanagement. Sämtliche Planungen beginnen mit einer Ist-Analyse auf deren Grundlage eine Aktionsplanung erstellt wird. Die Planung umfasst die jeweilige Zielsetzung, Teilziele, Planzeiten, Aufgaben bzw. Tätigkeiten, Verantwortlichkeiten und Ressourcenaufwand.

D-4.4 Aufgaben, Tätigkeiten und Verantwortungen eindeutig regeln und notwendige Kompetenzen zuweisen (Aufbau- u. Ablauforganisation)

Aufgaben, Tätigkeiten, Verantwortungen und Kompetenzen sind im Rahmen von Geschäftsordnungen, Stellenbeschreibungen, Verfahrensanweisungen und Prozessdarstellungen geregelt. Als Instrumente der Aufbauorganisation wird hier eindeutig geregelt, welche Erwartungen an die Mitarbeitenden im Alltag gestellt werden und wie sich die einzelnen Berufsgruppen im Rahmen des interdisziplinären Teams ergänzen.

D-4.5 Bereitstellung notwendiger personeller Ressourcen und angemessener Sachmittel (Ressourcenplanung)

Für den Aufbau sowie Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems müssen kontinuierlich die notwendigen personellen und materiellen Ressourcen zur Verfügung stehen. Im Rahmen der Unternehmensplanung wird daher sichergestellt, dass unsere Mitarbeitenden für ihre Aufgaben ausreichend qualifiziert sind und ihnen die notwendigen Sachmittel zur Verfügung stehen.

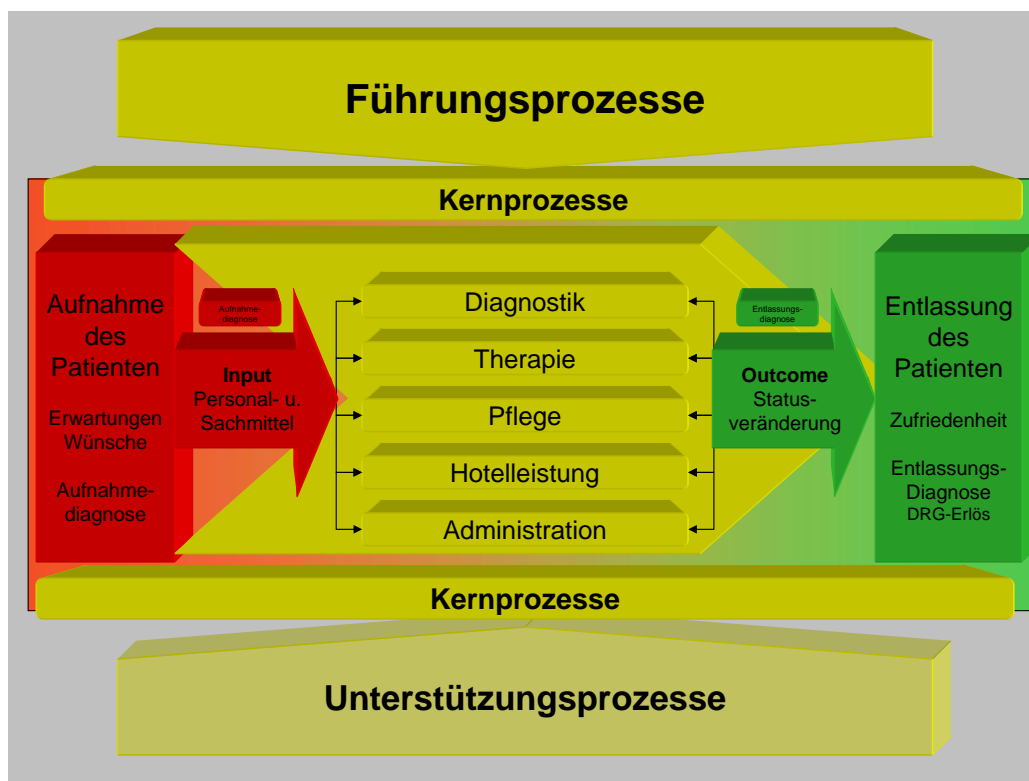
Die Mitglieder der Qualitätsmanagement-Steuerungsgruppe sind durchgehend als Qualitätsmanager im Gesundheits- und Sozialwesen qualifiziert und als Auditoren geschult.

Qualitätsbeauftragte erhalten eine qualifizierte interne Schulung bzw. nehmen themenbezogen an externen Schulungen teil.

Im Rahmen der Infrastruktur stehen für die Erfüllung der Aufgaben ausreichend Büros, Schulungsräume und eine persönliche EDV-Ausstattung zur Verfügung.

D-4.6 Festlegung und aktive Beherrschung unserer Prozesse (Prozessanalyse- u. Modulation)

Grundsätzlich unterscheiden wir zwischen Führungs-, Kern- und unterstützenden Prozessen.



Die Prozesse werden regelmäßig im Rahmen einer Ist-Analyse untersucht und unter Einbeziehung der beteiligten Mitarbeitenden kontinuierlich angepasst und verbessert.

Die geriatrisch funktionelle Behandlung ist charakterisiert durch ein interprofessionelles Prozessgeschehen. Daher legen wir ein besonderes Augenmerk auf alle prozessrelevanten Schnittstellen.

Alle optimierten Leistungsprozesse werden in unserer Qualitätsdokumentation in Form von Flussdiagrammen hinterlegt.

Hier finden sich neben den grafisch dargestellten Abläufen auch die jeweiligen Zuständigkeiten, Verantwortungen und die Kommunikationsschnittstellen.

Der Sicherung einer festgelegten Qualität dienen weiterhin unsere Verfahrensanweisungen, die auf der Grundlage validierter Vorgaben (bspw. gesetzliche Forderungen oder Behandlungsleitlinien) beruhen. Kritische Prozesse sind durch dienstliche Anweisungen eindeutig gesichert.

D-4.7 Kontrollieren, messen, anpassen (Bereichs- u. Systemaudits, Managementbewertung)

Qualitätsmanagement und das daraus folgende Handeln ist sowohl systematisch als auch dynamisch. Unsere Ziele, Strukturen, Prozesse und Ergebnisse unterliegen der kontinuierlichen Weiterentwicklungen und müssen daher ständig überprüft, aktualisiert und verbessert werden. Vor diesem Hintergrund wird in geplanten Abständen die fortlaufende Eignung, Angemessenheit und Effizienz unseres Qualitätsmanagement-Systems überprüft. Wichtige Instrumente sind die internen und externen Audits und die Bewertung des Managementsystems.

Die sich daraus ergebenden Maßnahmen sind unter D-6 Qualitätsbewertung beschrieben.

D-4.8 Kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung (Projekt- und Fehlermanagement)

Die Ergebnisse der Managementbewertung werden direkt in die Planung unserer Aktivitäten im Rahmen des Verbesserungswesens übergeleitet.

In Abstimmung mit der Krankenhausleitung und der Qualitätsmanagement-Steuerungsgruppe wird zeitnah die Qualitätsmanagement-Planung für das Folgejahr erstellt.

Fester Bestandteil der Planung ist die kontinuierliche Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems und die vereinbarten Maßnahmen aus den internen und externen Audits. Weiterhin ergeben sich bei festgestellten Abweichungen aus der Managementbewertung neue Zielsetzungen und Maßnahmen.

Verbesserungsmaßnahmen werden im Rahmen von festgelegten Projekten angestoßen. Der Ablauf von Projekten ist in den Vorgaben des Projektmanagements geregelt. Dazu gehören Projektauftrag, Zielsetzung, Projektbeteiligte, Verantwortlichkeiten, Projektberichte bzw. Projektdokumentation und Ergebnisse.

Begrenzte Themenbereiche oder auch kurzfristige Veränderungsmaßnahmen, bspw. zur Behebung von Fehlern, werden durch Qualitätszirkel bearbeitet.

Qualitätszirkel werden eingesetzt, um Fehler im Prozessgeschehen zu minimieren und Abläufe zu verbessern. Qualitätszirkel sind innerbetriebliche Arbeitskreise, die das große Potential an Wissen, Ideenreichtum, Erfahrungen und Verantwortungsbewusstsein der Mitarbeitenden aktivieren.

Sie bestehen aus einer Kleingruppe von Mitarbeitenden, die zeitlich begrenzt, themen- und projektbezogen unter Anleitung eines geschulten Moderators arbeiten. Die Ergebnisse der Gruppenarbeit fließen unmittelbar in das Projektmanagement ein und bilden die Grundlage für alle weiteren Überlegungen und Entwicklungen.

D-4.9 Qualitätsdokumentation (Qualitätsmanagement- und Qualitätshandbücher)

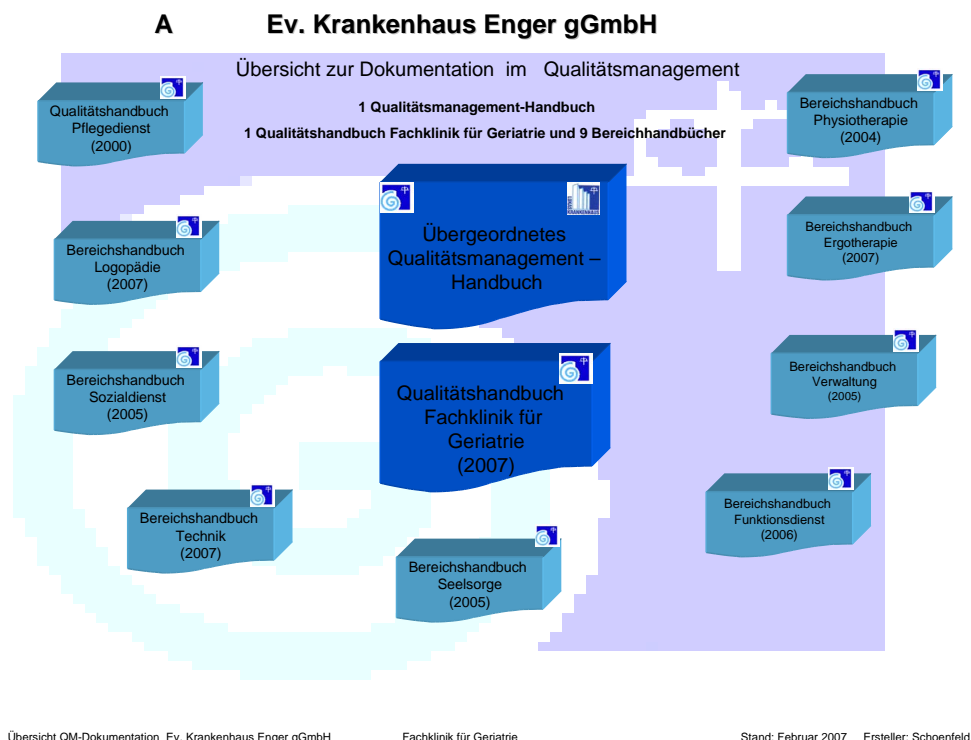
Alle einrichtungsübergreifenden Regelungen im Qualitätsmanagementsystem sind im Qualitätsmanagementhandbuch des Trägers dargelegt.

Der Aufbau des Handbuches orientiert sich an den Vorgaben der DIN EN ISO und umfasst die übergeordneten Bereiche:

- Qualitätspolitik,
- Management der Ressourcen,
- Dienstleistungserbringung,
- Messen, Analyse und Verbesserung.

Die Vorgaben des Trägers bilden die Basis für das Qualitätshandbuch der Fachklinik für Geriatrie. Hier sind die spezifischen Anforderungen an das geriatrische und interprofessionelle Behandlungsgeschehen festgeschrieben.

Die prozessbezogenen Regelungen der einzelnen Berufsgruppen finden sich in den jeweiligen Bereichshandbüchern wieder.



Diese Systematik gewährleistet den schnellen Zugriff auf übergeordnete, wie auch berufsgruppenspezifische Regelungen.

Die Aktualisierung der Dokumentation des Qualitätsmanagementsystems wird durch die Steuerungsgruppe überwacht und gelenkt.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

D-5.1 Projekt: Aufbau und Erweiterung eines Qualitätsmanagementsystems auf der Grundlage der EN DIN ISO 2000

Gemäß den Vorgaben des Trägers wurde im Berichtszeitraum kontinuierlich an der Weiterentwicklung des bestehenden Qualitätsmanagementsystems gearbeitet.

Grundlage war die jahresbezogene Aktionsplanung der Qualitätsmanagement-Steuerungsgruppe.

Projektleitung: Qualitätsmanagement-Steuerungsgruppe

Projektziel: Aufbau und Erweiterung des bestehenden Qualitätsmanagementsystems DIN EN ISO 9001:2000 in folgenden Bereichen:

- Ärztlicher Dienst
- Ergotherapie
- Logopädie

Projektbeschreibung:

Durch die Erweiterung des bestehenden Qualitätsmanagement-Systems um die oben genannten Geltungsbereiche wurde der letzte Schritt getan, um die gesamte Fachklinik nach der DIN EN ISO Norm zu zertifizieren.

In Absprache mit dem Geschäftsführer des Evangelischen Krankenhaus Enger gGmbH und in enger Abstimmung mit der Betriebsleitung wurde gemeinsam mit den Mitarbeitenden der Fachbereiche der Aufbau des Qualitätsmanagementsystems erarbeitet.

Die Basis bildete jeweils eine Ist-Analyse der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Bereiche. In der Folge wurden Aktionspläne erstellt, Aufgaben, Tätigkeiten und Verantwortlichkeiten festgelegt und Zeitpläne festgeschrieben.

In Begleitung durch die Qualitätsmanagement-Steuerungsgruppe haben die Mitarbeitenden ihre spezifischen Prozessabläufe analysiert und bei Bedarf optimiert, Verfahren verbindlich geregelt und die qualitätsrelevanten Regelungen in ihren Qualitätshandbüchern hinterlegt.

Projektergebnisse:

Sämtliche Geltungsbereiche wurden im Rahmen eines externen Systemaudits überprüft und zur Zertifizierung vorgeschlagen.

Im Jahr 2007 wurde die gesamte Fachklinik durch ein akkreditiertes Unternehmen zertifiziert.

D-5.2 Projekt: Porsche

Lassen sich Lean Management-Prinzipien aus der Automobilindustrie, wie Verschwendungsreduzierung, Wertschöpfung, Kosten und Termintreue unmittelbar auf die patientenbezogenen Abläufe eines Krankenhauses übertragen?

Diese Fragestellung war Ausgangspunkt für das Projekt: Schlanke Prozesse im Evangelischen Krankenhaus Enger; Fachklinik für Geriatrie in Zusammenarbeit mit der Porsche Consulting GmbH.

Projektziel:

Optimierung der patientenbezogenen Prozesse durch:

- Verbesserung der Behandlungsqualität,
- Erhöhung der Wertschöpfung ohne Leistungsverdichtung,
- Prozessoptimierung mit Blick auf eine langfristige Perspektive,
- Verbesserung der Zufriedenheit von
 - * Patienten,
 - * Mitarbeitenden,
 - * Einweisern.

Projektleitung:

Wolfgang Rediker, Geschäftsführer der Fachklinik,

Dr. med. Ute Krys, Chefärztin der Fachklinik,

Michael Schoenfeld, Betriebsleiter der Fachklinik.

Projektbegleitung:

Matthias Hill, Qualitätsbeauftragter der Fachklinik.

Projektbeschreibung:

Ausgehend von den Projektzielen, führten die Mitarbeiter der Porsche Consulting im Mai 2008 eine umfangreiche Analyse aller patientenbezogenen Abläufe durch.

Verbesserungsmaßnahmen im Prozessablauf fanden sich in den Bereichen: Visite, Arztbriefschreibung, Aufnahme- und Entlassungsmanagement, Planung der Therapiezeiten und Therapiekonferenzen und im Bereich der interdisziplinären Patientendokumentation. Aus dem Globalprojekt wurden zahlreiche Teilprojekte abgeleitet, die eine wichtige Funktion im Rahmen der Verbesserungsmaßnahmen einnehmen.

Es wurden insgesamt drei Workshopwochen durchgeführt, in denen die erkannten Verbesserungspotentiale interdisziplinär, gemeinsam mit den Beratern der Porsche Consulting bearbeitet und verbessert wurden.

Die Workshopwochen gestalteten sich wie folgt.

Erste Woche:

- Theoretische Wissenvermittlung zur Methodik und Methoden im KVP
- Praktische Umsetzungsübungen zur Optimierung von Prozessabläufen
- Workshop "Visite" und "Arztbriefschreibung"
- Festlegung von Prozesskennzahlen

Zweite Woche

- Workshop "Aufnahme" und "Entlassungsmanagement"
- Therapiekonferenz, Prozesskennzahlen

Dritte Woche

- Überprüfung der bisher umgesetzten Maßnahmen der einzelnen Workshops
- Workshop "Therapieplanung" und "Dokumentation"

Eine wichtige Voraussetzung zur Optimierung der vorher definierten Verbesserungspotentiale war, die geplanten Workshopteams so zu gestalten, dass alle maßgeblich beteiligten Akteure ihr Wissen einbringen konnten. Nur so wurde gewährleistet, dass Schnittstellenprobleme ausreichend beachtet wurden.

Daher waren stets Ärzte, Therapeuten und Mitarbeitende aus dem Pflege- und Verwaltungsdienst am Optimierungsprozess beteiligt.

Am Ende jeder Workshopwoche wurden die Arbeitsergebnisse der Workshopteams allen Mitarbeitenden der Klinik und der Klinikleitung vorgestellt und die zukünftigen Ziele und Vorgehensweisen vereinbart. Die Ergebnisse werden im klinischen Alltag nachhaltig umgesetzt und durch qualifizierte Mitarbeiter begleitet. Weiterführende Treffen der Workshopteams dienen zur Kontrolle und Anpassung der vereinbarten Maßnahmen. Daraus resultierende Anpassungsmaßnahmen sind wichtige Bausteine in diesem Projekt und kennzeichnen den Prozess der kontinuierlichen Verbesserung.

Projektergebnisse:

Visite:

- Rahmenvorgaben (Zeitplan) für die Durchführung der Visiten/Blutentnahmen
- Checkliste für die Kurven-/Visite
- Zeitliche Planungssicherheit für alle beteiligten Berufsgruppen

Arztbrief:

- Einheitliche Gestaltung der Arztbriefe
- Möglichkeit der laufenden Eingabe von Informationen in die Software Gerismart
- Der vorläufige Arztbrief wird aus der Klinik Software Gerismart generiert
- Erstellung des endgültigen Arztbriefes am Tag der Entlassung

Aufnahme- und Entlassungsmanagement:

- Aufnahme- und Entlassungssteuerung durch die Oberärzte
- Strukturierte Aufnahmeplanung mit Warteliste in der Kliniksoftware Gerismart
- Etablieren von Aufnahmekriterien für die Anmeldung von Patienten

Planung der Therapiezeiten:

- Erstellung eines Verfahrens zur Therapieplanung
- EDV-Planung der Therapieeinheiten in der Kliniksoftware, damit Transparenz für alle an der Therapie beteiligten
- Wöchentlicher Therapieplan für Patienten

Interdisziplinäre Therapiekonferenz:

- EDV-gestützte Therapiekonferenz mit vorgegebenen Qualitätskriterien, damit Konzentration auf die inhaltliche Arbeit/Zielformulierung/ Aufenthaltsplanung
- Visualisierung der Eingaben der Bereiche Therapeuten, Pflege und Sozialdienst

Interdisziplinäre Patientendokumentation/Informationstransfer:

- Anpassung der Patientendokumentation zur Vermeidung von mehrfach Dokumentationen, Vernetzung und Informationsverbesserung zwischen den Berufsgruppen und Vermeidung von Therapieausfällen

D-5.3 Projekt: Qualitätssiegel Geriatrie

Das Qualitätssiegel Geriatrie richtet sich an alle Einrichtungen in Deutschland und soll als gemeinsame Leitlinie in Sachen Qualität verstanden werden.

Projektziel:

Das Projekt verfolgt das Ziel, über einen bundesweiten Zertifizierungsstandard aus der Mitte der bundesdeutschen Geriatrie heraus die Qualität der geriatrischen Versorgung zu belegen, zu stärken und den hohen Standard der Versorgung zu erhalten.

Gleichzeitig bietet sich die Chance, durch die Anwendung einer Auditcheckliste, eine einrichtungsindividuelle, qualitätsbezogene Standortbestimmung zu erarbeiten.

Projektleitung:

Frau Dr. med. Ute Krys Chefärztin; Michael Schoenfeld, Betriebsleiter der Fachklinik für Geriatrie

Projektbeschreibung:

Grundlage für den Erwerb des Qualitätssiegels Geriatrie ist die Erfüllung von definierten Kriterien, die in Form einer umfangreichen Auditcheckliste beschrieben sind und durch ein akkreditiertes Zertifizierungsunternehmen abgeprüft werden.

Die Qualitätskriterien der Checkliste wurden gemeinschaftlich durch die Fachgesellschaften

- Bundesverband Geriatrie
- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie
- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie

in Zusammenarbeit mit einem Zertifizierungsunternehmen festgelegt und als Basis- oder Zusatzanforderung deklariert.

Das Qualitätssiegel Geriatrie weist eine Besonderheit auf: Es ist eine branchenspezifische Ergänzung (Add on) zu einem bestehenden (zertifizierten) Managementsystem!

Was bedeutet das?

Das Qualitätssiegel Geriatrie ist an ein Grundzertifikat gebunden. Es kann nur erworben werden, wenn die geriatrische Einrichtung bereits ein „allgemeines“ Gütesiegel führt, z. B. nach ISO 9001 zertifiziert ist, ein Zertifikat nach KTQ besitzt oder erfolgreich ein vollständiges EFQM-Assessment durchlaufen hat.

Im Rahmen einer Selbstbewertung ist die Einrichtung in der Lage zu überprüfen, ob sie alle Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ausreichend erfüllt.

Als Leitfaden für die Selbstbewertung kann die Auditcheckliste vorab genutzt werden.

Nachdem eine umfassende Selbstbewertung durchgeführt wurde, konnte sich die Fachklinik für den Erwerb des Qualitätssiegels anmelden.

Im Rahmen eines externen Audits wurde überprüft, ob die Einrichtung die festgelegten Qualitätskriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umfassend erfüllt.

Projektergebnisse

Im Mai 2007 bekam die Fachklinik das Qualitätssiegel Geriatrie zuerkannt.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

D-6.1 Audits

Interne und externe Audits sind wichtige Bausteine des Management-Systems.

Das Qualitätsaudit ist eine systematische und unabhängige Untersuchung, um festzustellen, ob die qualitätsbezogenen Tätigkeiten und die damit zusammenhängenden Ergebnisse den geplanten Anordnungen entsprechen und ob diese Anordnungen wirkungsvoll verwirklicht und geeignet sind, die Ziele zu erreichen.

Durch unsere Audits erhalten wir ein bewertetes Bild über die Wirksamkeit und die Problemangemessenheit aller qualitätsrelevanten Aktivitäten bezogen u.a. auf:

- Arbeitsbereiche, Tätigkeiten und Abläufe
- Zufriedenheit der Patienten
- Beteiligung der Mitarbeitenden
- Qualitätsbewusstsein
- Fortschritte in den Qualitätsaktivitäten
- Umsetzung von Regelungen und Vereinbarungen zur Qualitätssicherung

Ziel der Audits ist es, Schwachstellen aufzudecken, Verbesserungsmaßnahmen anzuregen und die Wirkung des Qualitätsmanagementsystems zu überwachen.

Weiterhin tragen Audits dazu bei, die Aufmerksamkeit aller Beteiligten bezüglich der Qualitätsanforderungen aufrecht zu erhalten und weiter zu fördern.

Somit sind Audits als Führungsinstrument zu verstehen, das zur Vorgabe von Zielen und zur Information des Managements über die Zielerreichung eingesetzt werden kann.

D-6.2 Interne Audits

Interne Audits werden durch speziell geschulte, unabhängige Auditoren und Co-Auditoren der Einrichtungen durchgeführt.

Einmal jährlich werden interne Audits geplant und durchgeführt. Damit erfassen wir die Aktivitäten des Managements, der Qualitätsmanagement-Steuerungsgruppe und der einzelnen Berufsgruppen.

Auf der Grundlage von speziell entwickelten Checklisten werden in den einzelnen Arbeitsbereichen, Tätigkeiten, Abläufe und das jeweilige Management der Schnittstellen begutachtet und mit den jeweiligen Zielen und Anforderungen abgeglichen.

Die Ergebnisse werden in einem Auditbericht festgehalten und bewertet.

Verbesserungsmaßnahmen werden angeregt und bei Bedarf konkrete Maßnahmen zur Behebung von Abweichungen auferlegt.

D-6.3 Externe Audits

Externe Audits werden durch Auditoren eines neutralen Zertifizierungsunternehmens durchgeführt. In jedem Jahr stellt sich unsere Einrichtung dieser externen Überprüfung im Rahmen des Überwachungsaudits. Externe Audits sind als Systemaudit zu verstehen. Diese Auditform dient zum Nachweis der Wirksamkeit und Funktionsfähigkeit des gesamten Qualitätsmanagementsystems, seiner Dokumentation und der Aufrechterhaltung des Zertifikates als Gütesiegel.

Basis des Systemaudits ist ein Audit-Fragenkatalog, der sich an der DIN EN ISO 9000-9004 orientiert.

Die Erfüllung der spezifischen Anforderungen wird im Rahmen eines Auditberichtes beschrieben und durch das Zertifikat bestätigt.

In einem kontinuierlichen Turnus von drei Jahren stellt sich unsere Klinik einem Rezertifizierungsverfahren, um für weitere drei Jahre den Erhalt des Zertifikates zu sichern.

Durch unsere Audits erhalten wir ein Gesamtbild über die Wirksamkeit und Problemangemessenheit aller qualitätsrelevanten Aktivitäten in Bezug auf die Erfüllung der festgelegten Ziele.

Diese Bewertungen fließen unmittelbar in intern verfasste Qualitätsberichte und in die jährliche Ergebniskonferenz ein.

D-6.4 Kundenorientierung (Patientenbefragungen und Beschwerdemanagement)

Die Anforderungen, Erwartungen und Wünsche unserer Patienten/Kunden sind von uns von zentraler Bedeutung. Es geht uns darum, die Qualität unserer Leistungen aus Sicht der Kunden zu messen, zu bewerten und mit unserer aktuellen Zielsetzung abzugleichen um nachfolgend bei Bedarf Zielanpassungen und Verbesserungsmaßnahmen vorzunehmen.

Patientenbefragungen und das Management von Beschwerden stehen dabei im Vordergrund unserer Bemühungen.

D-6.5 Berichtswesen

Das Berichtswesen im Qualitätsmanagement folgt einer geplanten und strukturierten Kommunikationsstruktur. Dadurch stellen wir sicher, dass alle Beteiligten über die aktuellen Entwicklungen im Rahmen des Qualitätsmanagements informiert sind.

Ausgangspunkt ist der regelmäßige Austausch zwischen den Mitgliedern der Qualitätsmanagement-Steuerungsgruppe und dem Geschäftsführer der Krankenhaus-gGmbH.

Die Steuerungsgruppe berichtet hier über den Fortschritt der vereinbarten zeitraumbezogenen Ziele und damit verbundenen Aktivitäten.

Die Ergebnisse und weiterführenden Maßnahmen werden kontinuierlich protokolliert.

Die Berichte der Qualitätsmanagement-Steuerungsgruppe bilden die Grundlage für das Berichtswesen des Geschäftsführers gegenüber dem Aufsichtsrat des Trägervereins bzw. den Gesellschaftern der Krankenhaus-gGmbH.

Informationen zur Qualitätsdokumentation, Projekten, Entwicklungsschritten und Ergebnissen sind für alle Mitarbeitende im Intranet abrufbar hinterlegt.

D-6.6 Managementbewertung

Die Managementbewertung ist ein Instrument, um in geplanten Abständen die Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems zu bewerten.

Die Bewertung des Systems liegt in der Verantwortung der „Obersten Leitung“, d. h. in den Händen der Geschäftsleitung.

Die Managementbewertung erfolgt methodisch auf der Grundlage der Balanced Scorecard (BSC).

Die Balanced Scorecard ist ein Konzept zur Dokumentation der Ergebnisse aus Messungen der Aktivitäten eines Unternehmens im Hinblick auf seine Vision und Strategien, um den Führungskräften einen umfassenden Überblick über die Leistungsfähigkeit und Effektivität der Organisation zu bieten.

Das neue Element besteht darin, dass die BSC nicht nur auf die Finanzperspektive fokussiert, sondern auch die Bereiche Kunden, Mitarbeiter, Prozesse sowie Innovationen und Verbesserungen in die Bewertungen einbezieht.

Dadurch wird sichergestellt, dass der Blick des Managements auf alle qualitätsrelevanten Perspektiven und Entwicklungen gelenkt wird und die Bewertungen zu einem ausgewogenen Gesamtbild führen.

Festgelegte Zielwerte und Messkriterien, geplante Aktionen und die Zielwertkontrolle repräsentieren die Erreichung der Zielvorgaben.

In einem kontinuierlichen Prozess werden die erfolgsbezogenen Vorgaben regelmäßig überprüft und bei Bedarf durch korrigierende Maßnahmen gesteuert.

Die Ergebnisse der Managementbewertung dienen grundsätzlich der Verbesserung des Qualitätsmanagementsystems, der Leistungsprozesse und Kundenanforderungen und verdeutlichen den jeweiligen Bedarf an personellen und materiellen Ressourcen.

Festgestellte Verbesserungspotentiale fließen unmittelbar in die jahresbezogene Qualitäts-Zielplanung ein und speisen dadurch den Prozess der kontinuierlichen Anpassung und Verbesserung. Gleichzeitig wird hierdurch oftmals der Weg für Innovationen im Unternehmen geebnet.

D-6.7 Ergebniskonferenz

Im Rahmen der jährlich stattfindenden Ergebniskonferenz werden alle Mitarbeitenden über die Gesamtentwicklungen im Qualitätsmanagement informiert.

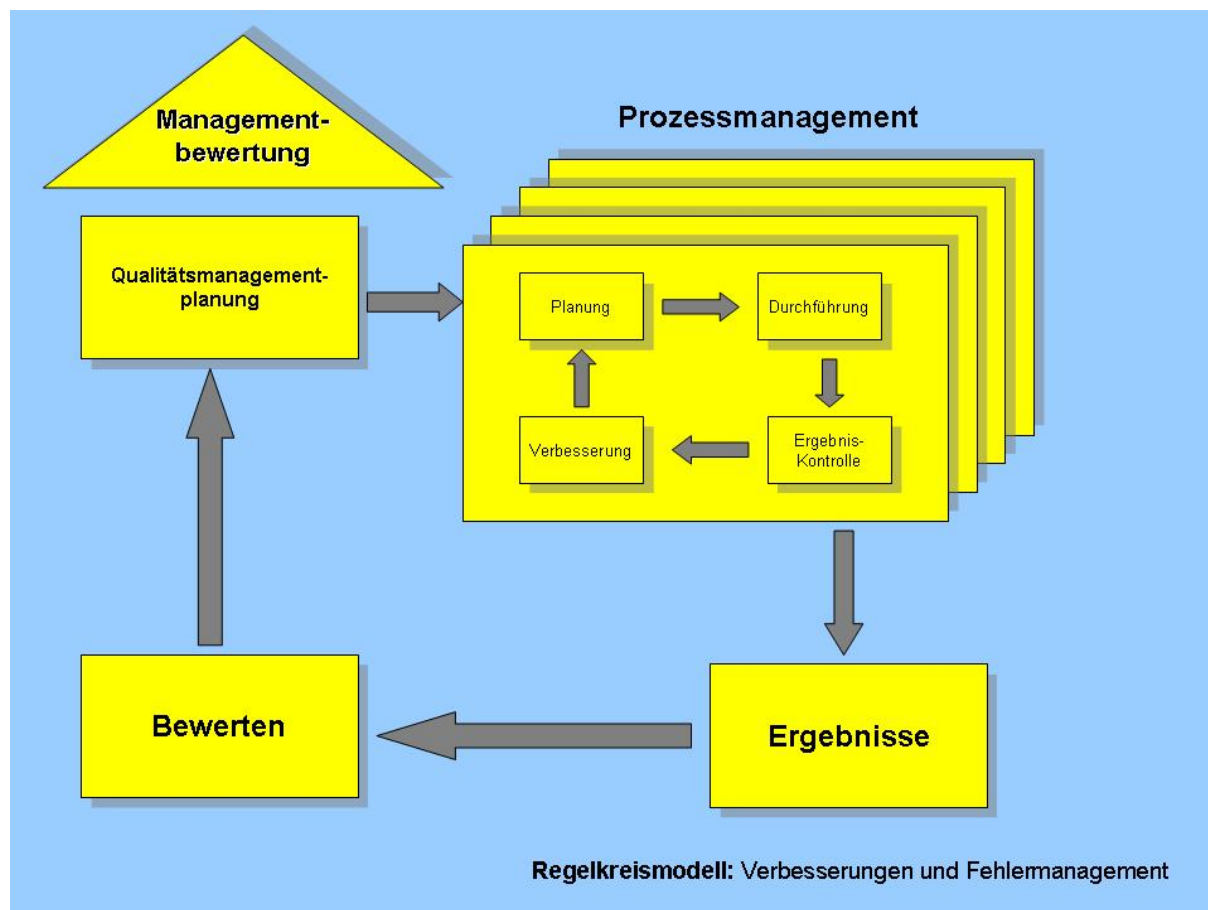
Die Konferenz gewährleistet eine zeitraumbezogene Standortbestimmung, bietet eine Plattform zur umfassenden Information und Raum für Diskussion und Fragen.

Die Konferenzleitung obliegt dem Vorstand des Trägervereins. Die Moderation erfolgt durch die Mitglieder der Qualitätsmanagement-Steuerungsgruppe.

In der Gesamtschau werden beispielhaft Auswertungen und Ergebnisse aus den Bereichen vorgestellt und erläutert:

- Interne wie externe Audits,
- Kundenbefragungen,
- Beschwerdemanagement,
- Bewertungen externer Dienstleister,
- Daten und Vergleiche externer Qualitätssicherung,
- Projekte im Rahmen der strategischen Unternehmensentwicklung und Verbesserungsmaßnahmen,
- klinisches- wie auch ökonomisches Risikomanagement,
- Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen.

Um den engen Bezug zu den Qualitätszielen des Trägers zu gewährleisten, werden die Themen der Ergebniskonferenz den jeweiligen Qualitätszielen zugeordnet. Dadurch möchten wir sicherstellen, dass die übergeordneten Zielsetzungen des Managementsystems stets im Blick aller Beteiligten verbleiben.

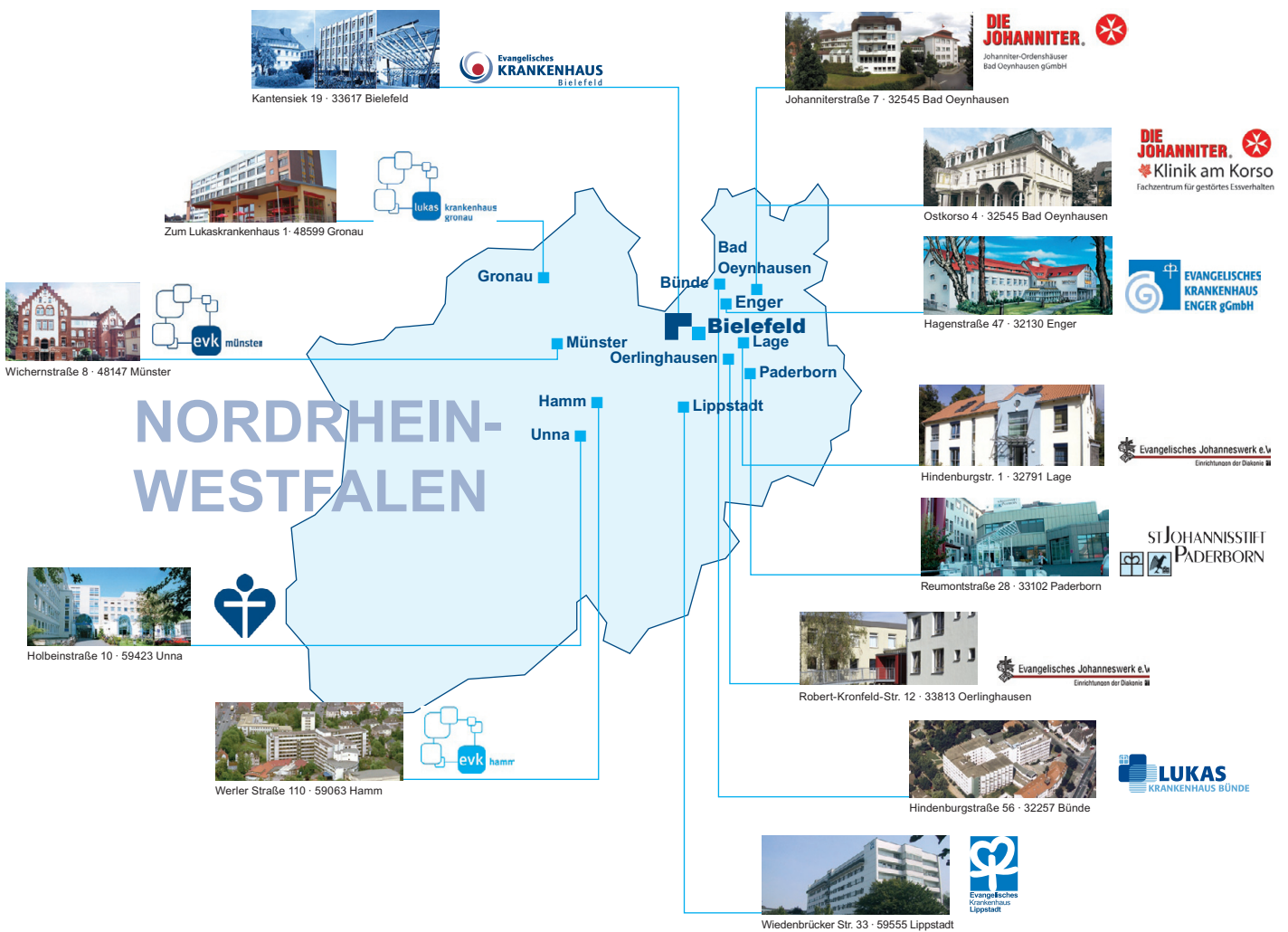


Standorte

Wir sind auch in Ihrer Nähe

Mit 13 Einrichtungen an 11 Standorten in NRW macht Valeo Medizin-Kompetenz vor Ort verfügbar. Für Sie als Patient heißt das: Unsere Spezialisten sind schnell und auf kurzen Wegen erreichbar. Da, wo sie gebraucht werden.

Die Valeo-Einrichtungen in Ihrer Nähe finden Sie auf der Übersichtskarte:



Valeo Geschäftsstelle
Annenstr. 6
33332 Gütersloh
Fon 052 41 | 400 992 12
info@valeo-klinikverbund.de
www.valeo-klinikverbund.de

**valeo**
Verbund Evangelischer Krankenhäuser in Westf. gGmbH