

Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V

für das

Berichtsjahr 2008

Geriatrische Kliniken St. Antonius

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Weitergehende Informationen	4
A Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	5
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	5
A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	5
A-3 Standort(nummer)	5
A-4 Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses	6
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 Krankenhaus nach §108/109 SGB V	9
A-13 Fallzahlen des Krankenhauses	9
A-14 Personal des Krankenhauses	9
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	11
B-1 Akutgeriatrie	11
C Qualitätssicherung	20
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 Abs.1 Satz 3 Nr.1 SGB V (BQS-Verfahren)	20
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß §112 SGB V	20
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	20
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	20
C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V	20
C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“)	20
D Qualitätsmanagement	21
D-1 Qualitätspolitik	21
D-2 Qualitätsziele	22
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	23
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements	24
D-5 Qualitätsmanagement-Projekte	29
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements	33

Einleitung



Luftaufnahme des Petrus-Krankenhauses und der Geriatrischen Rehabilitationsklinik

Die Geriatrische Kliniken St. Antonius gGmbH (im Folgenden Geriatrische Kliniken genannt) gehörten im Berichtsjahr 2008 zum Krankenhausverbund der Kliniken St. Antonius gGmbH.

Nach einem Trägerwechsel im Jahr 2009 stehen die Kliniken St. Antonius und damit auch die Geriatrischen Kliniken St. Antonius unter dem Namen:

Klinikverbund St. Antonius und St. Josef

Eine Einrichtung der Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria

Geschäftsführung

Anja Jankowski, B.Sc.

Prof. Dr. med. Annette Welz-Barth

Tel. 0202/299-4600

Fax 0202/299-4615

Weitergehende Informationen

Verantwortlich für den Qualitätsbericht

Anke Brandenburger, Leitung Abteilung Risk- und Qualitätsmanagement
Tel. 0202 299-2376, Fax 0202 299-2372
anke.brandenburger@antonius.de

Ansprechpartner für den Qualitätsbericht

Susanne Bernges, Abteilung Risk- und Qualitätsmanagement
Tel. 0202 299-2375, Fax 0202 299-2372
Susanne.bernges@antonius.de

Pressearbeit

Martin Mackenberg-Hübner
Tel. 0202/299-2383, Fax 0202/299-2372
pr-ksa@antonius.de

Internetdarstellung

www.antonius.de - Kliniken St. Antonius
www.marienhospital-schwelm.de - Marienhospital Schwelm
www.afg-wuppertal.de - Akademie für Gesundheitsberufe
www.rtz-online.de - Regionales Therapiezentrum
www.it-g.de – Information und Technologie im Gesundheitswesen
www.ape-service.de - Personalvermittlung
www.baby-aus-dem-tal.de - Informationen rund um die Geburt

Weitere Qualitätsberichte der Kliniken St. Antonius gGmbH finden Sie unter Marienhospital Schwelm und Kliniken St. Antonius.

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Frau Anja Jankowski und Frau Prof. Dr. med. Annette Welz-Barth, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

A Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhausname: Geriatrische Kliniken St. Antonius
Hausanschrift: Carnaper Str. 55
42283 Wuppertal
Telefon: 0202 299-4310
Fax: 0202 299-4202
URL: www.antonius.de
EMail: gf@antonius.de

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen: 260512054

A-3 Standort(nummer)

Standort: 00

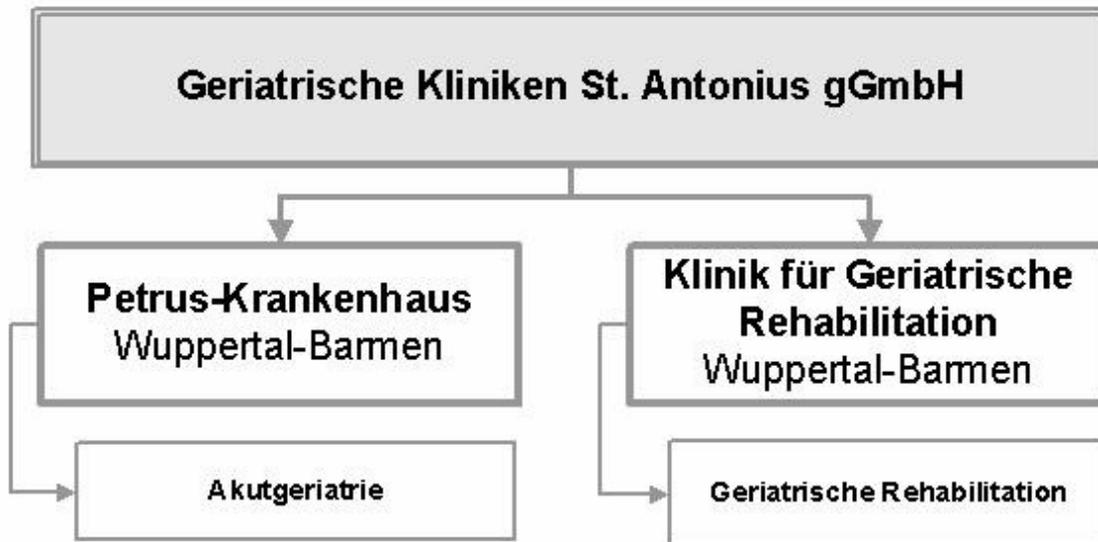
A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Geriatrische Kliniken St. Antonius gGmbH
Art: freigemeinnützig

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus: Nein

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



Die Geriatrischen Kliniken St. Antonius setzen sich zusammen aus dem akutgeriatrischen Bereich, der in diesem Qualitätsbericht vorgestellt wird, und aus der Klinik für Geriatrische Rehabilitation.

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Es handelt sich nicht um ein psychiatrisches Krankenhaus.

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Zentrum für Geriatrie (VS00)	
Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	stationäre Akutgeriatrie; teilstationäre Akutgeriatrie; Geriatrische Rehabilitation

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

- Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare (MP03)
- Atemgymnastik/-therapie (MP04)
- Basale Stimulation (MP06)
- Beratung/Betreuung durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen (MP07)
- Berufsberatung/Rehabilitationsberatung (MP08)
- Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden (MP09)
- Bewegungsbad/Wassergymnastik (MP10)
- Bewegungstherapie (MP11)
- Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) (MP12)
- Diät- und Ernährungsberatung (MP14)
- Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege (MP15)

- Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege (MP17)
- Kinästhetik (MP21)
- Kontinenztraining/Inkontinenzberatung (MP22)
- Manuelle Lymphdrainage (MP24)
- Massage (MP25)
- Medizinische Fußpflege (MP26)
- Osteopathie/Chiropraktik/Manuelle Therapie (MP29)
- Physikalische Therapie/Bädertherapie (MP31)
- Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie (MP32)
- Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) (MP60)
- Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst (MP34)
- Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik (MP35)
- Schmerztherapie/-management (MP37)
- Sozialdienst (MP63)
- Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit (MP64)
- Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen (MP39)
- Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen (MP13)
- Spezielles pflegerisches Leistungsangebot (MP42)
- Stomatherapie/-beratung (MP45)
- Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik (MP47)
- Wärme- und Kälteanwendungen (MP48)
- Wirbelsäulengymnastik (MP49)
- Wundmanagement (MP51)
- Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen (MP52)

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

- Beschwerdemanagement (SA55)
- Besuchsdienst/„Grüne Damen“ (SA39)
- Bibliothek (SA22)
- Cafeteria (SA23)
- Diät-/Ernährungsangebot (SA44)
- Dolmetscherdienste (SA41)
- Ein-Bett-Zimmer (SA02)
- Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA03)
- Elektrisch verstellbare Betten (SA13)
- Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen (SA40)
- Faxempfang für Patienten und Patientinnen (SA24)
- Fernsehgerät am Bett/im Zimmer (SA14)
- Fortbildungsangebote/Informationsveranstaltungen (SA49)
- Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl) (SA20)
- Frisiersalon (SA26)

- Getränkeautomat (SA46)
- Kiosk/Einkaufsmöglichkeiten (SA28)
- Kirchlich-religiöse Einrichtungen (SA29)
- Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen (SA30)
- Kostenlose Getränkebereitstellung (SA21)
- Kühlschrank (SA16)
- Kulturelle Angebote (SA31)
- Maniküre/Pediküre (SA32)
- Nachmittagstee/-kaffee (SA47)
- Niedrigbetten zur Sturzvorbeugung (SA00)
- Orientierungshilfen (SA51)
- Parkanlage (SA33)
- Patientenfürsprache (SA56)
- Posey-Bett (Sicherheitssystem) zur Sturzvorbeugung (SA00)
- Rundfunkempfang am Bett (SA17)
- Schwimmbad/Bewegungsbad (SA36)
- Seelsorge (SA42)
- Sozialdienst (SA57)
- Tageszeitungsangebot (SA54)
- Telefon (SA18)
- Therapiegarten (SA00)
- Unterbringung Begleitperson (SA09)
- Wäscheservice (SA38)
- Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer (SA19)
- Zwei-Bett-Zimmer (SA10)
- Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA11)

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-11.1 Forschungsschwerpunkte

Zurzeit laufende Projekte am Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/ Herdecke, Univ. Prof. Dr. I. Füsgen

- Einfluss von Desmopressin bei Nykturie multimorbider geriatrischer Patienten
- Hyponatriämie bei stationären geriatrischen Patienten
- Diabetikerschulung TypII-Diabetiker in der hausärztlichen Praxis
- Wasserbindung von Macrogolen (Tierversuch, gemeinsam mit Hamburger Labor)
- Erhebung an 14 geriatrischen Kliniken über Schluckstörungen (Apoplex, Morbus Parkinson, Demenz)
- Diabetes mellitus TypII und urologische Probleme (Untersuchung bei 4000 ambulanten Patienten)

A-11.2 Akademische Lehre

- Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten (FL01)
Prof. Dr. med. I. Füsgen: Lehrstuhlinhaber für Geriatrie an der Freien Universität Witten/Herdecke
- Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale (FL08)
- Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien (FL07)
- Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten (FL04)
Prof. Dr. med. I. Füsgen: wissenschaftlicher Leiter der ISOGAM (Institut für Soziale Gerontologie und Alternsmedizin) an der Bergischen Universität Wuppertal
- Studentenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) (FL03)

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

Die Akademie für Gesundheitsberufe gGmbH "A.f.G", eine Einrichtung der Kliniken St. Antonius gGmbH, des Caritasverbandes Wuppertal e.V. und der Klinikum Niederberg gGmbH bildet in folgenden Heilberufen aus:

- Altenpfleger und Altenpflegerin (HB00)
- Ergotherapeut und Ergotherapeutin (HB06)
- Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin (HB01)
- Physiotherapeut und Physiotherapeutin (HB03)

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

Betten: 65

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Vollstationäre Fallzahl: 1211
Ambulante Fallzahl:
- Fallzählweise: 0

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	8,1	Bei akutem Bedarf werden Personalvermittlungsagenturen eingeschaltet.
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,2	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0	
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0,3	Hygienebeauftragter Arzt

Zusätzlich zu den festangestellten Ärztinnen und Ärzten wird ärztliche Kompetenz in den Bereichen Radiologie, Neurologie, Medizin-Controlling, Risk- und Qualitätsmanagement sowie Betriebsmedizin durch externe Mitarbeiter sichergestellt.

A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungs- dauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	17,8	3 Jahre	Bei akutem Bedarf werden Personalvermittlungsagenturen eingeschaltet.
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	2,0	3 Jahre	
Arzthelfer und Arzthelferin	2,0	3 Jahre	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0,5	ab 200 Stunden Basis	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	6,2	1 Jahr	

Das hier erwähnte qualifizierte Pflegepersonal wird durch andere nicht pflegerisch ausgebildete Mitarbeiter unterstützt (z.B. Servicekräfte, Verpflegungsassistenten).

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Akutgeriatrie

B-1.1 Allgemeine Angaben der Akutgeriatrie

Fachabteilung:	Akutgeriatrie
Art:	Hauptabteilung
Chefarzt:	Herr Professor Dr. med. Ingo Füsgen
Ansprechpartner:	Frau Elke Kraus
Hausanschrift:	Carnaper Str. 55 42283 Wuppertal
Telefon:	0202 299-4310
Fax:	0202 299-4202
URL:	www.antonius.de
EMail:	elke.kraus@antonius.de

B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Akutgeriatrie

Die Akutgeriatrie ist Teil des Zentrums für Geriatrie der Kliniken St. Antonius und stellt einen zentralen Bereich in der ganzheitlichen Versorgung des älteren akutkranken Patienten dar. Aufgaben der Akutgeriatrie sind Vorbeugung, Diagnostik, Behandlung und Frührehabilitation von Krankheiten und Fähigkeitsstörungen des älteren Menschen.

In der Frührehabilitation wird ein umfassendes therapeutisches Angebot zur Reaktivierung nach typischen Erkrankungen des Alters, wie Hüftoperationen, Diabetes und Herzkrankheiten geboten. Mit dem Ziel, die Lebensqualität zu sichern, setzt die Pflege verstärkt auf aktivierende Elemente, um das Potential der geriatrischen Patienten bestmöglich auszuschöpfen. In diesem Sinne besteht ein integrativer Therapieansatz von einander ergänzenden Behandlungsmethoden.

- Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis (VI29)
- Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel (VR11)
- Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
- Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)
- Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
- Diagnostik und Therapie von Allergien (VI22)
- Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden (VN05)
- Diagnostik und Therapie von Arthropathien (VO01)
- Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)
- Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (VO03)
- Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems (VN12)
- Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems (VN13)
- Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)
- Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen (VN03)
- Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)
- Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute (VN08)
- Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)
- Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12)

- Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (VI11)
- Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen (VN11)
- Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VI24)
- Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VN19)
- Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen (VI33)
- Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)
- Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)
- Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)
- Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)
- Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
- Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln (VO06)
- Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus (VN14)
- Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16)
- Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten (VI05)
- Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums (VI13)
- Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns (VN06)
- Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
- Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen (VI08)
- Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien (VO09)
- Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
- Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems (VN15)
- Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen (VI25)
- Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
- Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17)
- Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
- Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin (VI32)
- Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)
- Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (VO05)
- Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (VO10)
- Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes (VO08)
- Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen (VN02)
- Diagnostik und Therapie von Spondylopathien (VO04)
- Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen (VN10)
- Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes (VO02)
- Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)
- Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen (VN17)
- Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen (VN01)
- Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06)
- Duplexsonographie (VR04)
- Endoskopie (VI35)

- Intensivmedizin (VI20)
- Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)
- Native Sonographie (VR02)
- Palliativmedizin (VI38)
- Physikalische Therapie (VI39)
- Schmerztherapie (VI40)
- Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie (VO18)
- Transfusionsmedizin (VI42)

B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Akutgeriatrie

Der Schwerpunkt der Altersmedizin liegt in der Behandlung mehrfach kranker, älterer Patienten, die aufgrund des akuten Krankheitsgeschehens gefährdet sind, ihre noch vorhandene Selbständigkeit zu verlieren. Die spezifischen Probleme dieser älteren Patienten finden in der ganzheitlich orientierten Diagnostik und Therapie besondere Beachtung. Insbesondere wird bewusst auf die zur Abhängigkeit führenden geriatrischen "I's" (interlektueller Abbau, Immobilität, Inkontinenz, Instabilität) eingegangen.

- Ergotherapie/Arbeitstherapie (MP16)
- Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/ Konzentrationstraining (MP59)
- Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie (MP44)
- Therapiegarten (MP00)
siehe Teil D-5
- Wohnberatung durch die Ergotherapie, auch ambulant (MP00)

B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Akutgeriatrie

Die allgemeinen nicht-medizinischen Serviceangebote stehen zur Verfügung.

B-1.5 Fallzahlen der Akutgeriatrie

Vollstationäre Fallzahl: 1211

B-1.6 Diagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	145	Herzschwäche
2	R26	92	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit
3	J18	88	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
4	I63	86	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
5	F05	65	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt
6	N39	58	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
7	R29	40	Sonstige Beschwerden, die das Nervensystem bzw. das Muskel-Skelett-System betreffen

8	R55	33	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
9	K52	25	Sonstige Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Darms, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht
10	E86	24	Flüssigkeitsmangel
11	G45	24	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen
12	I10	24	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
13	E11	20	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
14	I21	20	Akuter Herzinfarkt
15	J44	19	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
16	S72	19	Knochenbruch des Oberschenkels
17	M62	16	Sonstige Muskelkrankheit
18	A04	13	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien
19	G20	13	Parkinson-Krankheit
20	I64	13	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Blutgefäßverschluss bezeichnet
21	M96	13	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen
22	G30	12	Alzheimer-Krankheit
23	E87	10	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
24	F01	10	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz) durch Blutung oder Verschluss von Blutgefäßen im Gehirn
25	I48	10	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
26	J20	10	Akute Bronchitis
27	A08	9	Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Viren oder sonstige Krankheitserreger
28	J69	9	Lungenentzündung durch Einatmen fester oder flüssiger Substanzen, z.B. Nahrung oder Blut
29	K25	9	Magengeschwür
30	M54	9	Rückenschmerzen

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

keine

B-1.7 Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-550	734	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
2	3-200	220	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
3	1-771	196	Einheitliche Basisuntersuchung von alten Menschen
4	1-632	122	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung

5	3-220	106	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel
6	8-561	96	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen
7	8-121	76	Darmspülung
8	1-440	66	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
9	1-635	64	Untersuchung des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
10	8-800	60	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
11	9-320	49	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens
12	1-770	41	Fachübergreifende Vorsorge und Basisuntersuchung von alten Menschen
13	5-431	40	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung
14	1-207	39	Messung der Gehirnströme - EEG
15	8-390	35	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z.B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett
16	8-191	34	Verband bei großflächigen bzw. schwerwiegenden Hautkrankheiten
17	1-650	30	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
18	3-225	27	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
19	8-930	26	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
20	3-222	22	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
21	8-152	20	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit
22	3-203	17	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel
23	3-820	17	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel
24	8-987	16	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern
25	8-132	15	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase
26	3-052	14	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE
27	3-800	13	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel
28	8-120	13	Magenspülung
29	1-653	10	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung
30	1-844	10	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren
keine

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

interdisziplinäre Notfallambulanz	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VI24)

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

entfällt

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein
 Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-1.11 Apparative Ausstattung

- Angiographiegerät/DSA (AA01) (keine 24h-Notfallverfügbarkeit)
Gerät zur Gefäßdarstellung
in Kooperation mit radiologischer Praxis
- Audiometrie-Labor (AA02)
Hörtestlabor
- Belastungs-EKG/Ergometrie (AA03)
Belastungstest mit Herzstrommessung
- Bodyplethysmograph (AA05)
Umfangreiches Lungenfunktionstestsystem
- Cell Saver (AA07)
Eigenblutauflbereitungsgesät
- Computertomograph (CT) (AA08) (24h-Notfallverfügbarkeit)
Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen
in Kooperation mit radiologischer Praxis
- Elektroenzephalographiegerät (EEG) (AA10) (keine 24h-Notfallverfügbarkeit)
Hirnstrommessung
- Elektromyographie (EMG)/Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit (AA11)
Messung feinsten elektrischer Ströme im Muskel
- Gastroenterologisches Endoskop (AA12) (24h-Notfallverfügbarkeit)
Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung
- Geräte der invasiven Kardiologie (AA13) (24h-Notfallverfügbarkeit)
Behandlungen mittels Herzkatheter
in Kooperation mit Klinikum Niederberg
- Geräte für Nierenersatzverfahren (AA14) (24h-Notfallverfügbarkeit)
- Geräte zur Strahlentherapie (AA16)
in Kooperation mit radiologischer Praxis
- Kipptisch (AA19)
Gerät zur Messung des Verhaltens der Kenngrößen des Blutkreislaufs bei Lageänderung
- Magnetresonanztomograph (MRT) (AA22) (keine 24h-Notfallverfügbarkeit)
Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder
in Kooperation mit radiologischer Praxis

- Mammographiegerät (AA23)
Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse
in Kooperation mit radiologischer Praxis
- Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT (AA26)
Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich
in Kooperation mit radiologischer Praxis
- Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät (AA27) (24h-Notfallverfügbarkeit)
- Schlaflabor (AA28)
- Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät (AA29) (24h-Notfallverfügbarkeit)
Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall
- Spirometrie/Lungenfunktionsprüfung (AA31)
- Uroflow/Blasendruckmessung (AA33)
- 24h-Blutdruck-Messung (AA58)
- 24h-EKG-Messung (AA59)
- 24h-pH-Metrie (AA60)
pH-Wertmessung des Magens
- 3-D/4-D-Ultraschallgerät (AA62)
- Beatmungsgeräte/CPAP-Geräte (AA38)
Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck
- Bronchoskop (AA39) (24h-Notfallverfügbarkeit)
Gerät zur Luftröhren- und Bronchienspiegelung
- Defibrillator (AA40)
Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen
- Endoskopisch-retrograder-Cholangio-Pankreaticograph (ERCP) (AA46)
Spiegelgerät zur Darstellung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge mittels Röntgenkontrastmittel
- Endosonographiegerät (AA45)
Ultraschalldiagnostik im Körperinneren
- Gerät zur Argon-Plasma-Koagulation (AA36) (24h-Notfallverfügbarkeit)
Blutstillung und Gewebeverödung mittels Argon-Plasma
- Kapselendoskop (AA50)
Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung
- Laboranalyseautomaten für Hämatologie, klinische Chemie, Gerinnung und Mikrobiologie (AA52) (24h-Notfallverfügbarkeit)
Laborgeräte zur Messung von Blutwerten bei Blutkrankheiten, Stoffwechselleiden, Gerinnungsleiden und Infektionen
- Gerät zur analen Sphinktermanometrie (AA35)
Afterdruckmessgerät
- Szintigraphiescanner/Gammasonde (AA32)
Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten
in Kooperation mit radiologischer Praxis
- Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP (AA43)
Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden
- Gerät zur Durchflusszytometrie/FACS-Scan (AA41)
Gerät zur Zellzahlmessung und Zellsortenunterscheidung in Flüssigkeiten
- Laparoskop (AA53)
Bauchhöhlenspiegelungsgerät

- MIC-Einheit (Minimalinvasive Chirurgie) (AA55)
Minimal in den Körper eindringende, also gewebeschonende Chirurgie
- Single-Photon-Emissions-computertomograph (SPECT) (AA30)
Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens
in Kooperation mit radiologischer Praxis
- nächtliche Pulsoxymetrie (AA00)

B-1.12 Personelle Ausstattung

B-1.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	8,1
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,2
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0

Fachexpertise der Abteilung

- Ärztliches Qualitätsmanagement (ZF01)
- Betriebsmedizin (ZF05)
- Geriatrie (ZF09)
- Innere Medizin (AQ23)
- Notfallmedizin (ZF28)
- Palliativmedizin (ZF30)
- Physikalische und Rehabilitative Medizin (AQ49)
- Rehabilitationswesen (ZF37)
- Röntgendiagnostik (ZF38)
- Sozialmedizin (ZF40)
- Spezielle Schmerztherapie (ZF42)

B-1.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	17,8	3 Jahre
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	2,0	3 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	6,2	1 Jahr
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0,5	ab 200 Stunden Basis
Arzthelfer und Arzthelferin	2,0	3 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

- Aktivitas Trainer (ZP00)
- Bobath (ZP02)
- Endoskopie/Funktionsdiagnostik (ZP04)
- Kinästhetik (ZP08)

- Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)
- Mentor und Mentorin (ZP10)
- Praxisanleitung (ZP12)
- Wundmanagement (ZP16)

Diese Angaben enthalten anteilig die Mitarbeiter/innen des Funktionsdienstes.

B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

- Arzthelfer und Arzthelferin (SP02)
- Bobath-Therapeut und Bobath-Therapeutin für Erwachsene und/oder Kinder (SP32)
- Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin (SP05)
- Logopäde und Logopädin/Sprachheilpädagogin und Sprachheilpädagogin/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin (SP14)
- Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin (SP15)
- Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)
- Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25)
- staatl. geprüfte Diätassistentin mit besonderer Qualifikation für die Ernährung und Verpflegung von Senioren/VDD (SP00)

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 Abs.1 Satz 3 Nr.1 SGB V (BQS-Verfahren)

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

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

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

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

keine Teilnahme

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

keine Teilnahme

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

entfällt

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

entfällt

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Die Kliniken St. Antonius mit all ihren Einrichtungen sind in einem Dienstleistungsbereich tätig, in dem in den letzten Jahren das Gebot der Wirtschaftlichkeit und die damit verbundenen Konsequenzen immer mehr in den Vordergrund getreten sind.

Diese Situation, in die die Krankenhäuser durch die gesetzgeberischen Aktivitäten gebracht worden sind, erfordert ein Umdenken in allen Bereichen, ohne dabei die eigentlichen Ziele unseres Handelns aus den Augen zu verlieren.

Unsere Kliniken werden in der wachsenden Konkurrenzsituation zu anderen Krankenhäusern nur bestehen, wenn die Grundlagen des gemeinsamen Handelns klar definiert sind. Die Arbeit muss effizienter gestaltet, Sensibilität im Umgang miteinander gepflegt und das Bewusstsein für das Umfeld, in dem wir uns begegnen, geschärft werden.

Vor diesem Hintergrund sollen die im Folgenden vorgestellten Leitlinien allen Mitarbeitern als Orientierung und Richtschnur dienen, mit deren Hilfe die Weiterentwicklung vorangetrieben werden soll. Sie formuliert damit Aufgaben und Ziele, Herausforderungen und Perspektiven.

Der Eckstein unserer Arbeit

Jeder Mensch ist wertvoll. Das christliche Menschenbild prägt unser Handeln.

Wir behandeln unsere Patienten und ihre Angehörigen freundlich; wir nehmen ihre Erwartungen, Hoffnungen und Ängste ernst.

Wir gehen auf den Patienten und seine Angehörigen zu und kommen ihrem Gesprächsbedürfnis nach.

Wir gehen auf Wünsche und Kritik der Patienten ein.

Wir respektieren die Intimsphäre des Patienten.

Wir begleiten Patienten und Angehörige in Krisensituationen.

Wir stehen den Sterbenden und ihren Angehörigen bei.

Wir bejahen und unterstützen die Krankenhauseelsorge als einen wesentlichen Auftrag unserer Kliniken.

Wir handeln nach Erkenntnissen der aktuellen Forschung, wie auch nach den bewährten Prinzipien der medizinischen und pflegerischen Wissenschaft.

Wir bewahren unsere Kompetenz durch ständige Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Teilnahme an der wissenschaftlichen Forschung.

Wir respektieren die Grenzen unseres Handelns.

Das Fundament unseres Alltags

Unsere Mitarbeiter sind uns wichtig. Der gemeinsame Auftrag kann nur im Zusammenwirken der Einzelnen erfüllt werden.

Wir bilden eine Dienstgemeinschaft.

Wir praktizieren einen kooperativen Führungsstil.

Wir informieren zeitnah und angemessen.

Wir fördern die fachliche, persönliche und psychosoziale Kompetenz.

Wir übernehmen Verantwortung für eine positive Arbeitsatmosphäre.

Wir sind im Umgang offen und sprechen Probleme direkt an.

Wir sind offen für Anregungen und Kritik und erwarten Eigenverantwortung.

Wir lösen Aufgaben interdisziplinär und überwinden Abteilungsgrenzen.

Wir schätzen die Arbeit der ehrenamtlichen Krankenhaushilfe.

Die Klammer unserer Anstrengungen

Unsere Kliniken sind Teil des Gesundheitssystems. Wir unterliegen dem Gebot der Wirtschaftlichkeit.

Wir setzen unsere Mittel kostenbewusst und verantwortlich ein.

Wir schaffen Kostentransparenz.

Wir wollen Überschüsse erzielen, um Arbeitsplätze zu erhalten.

Wir organisieren unsere Arbeitsabläufe patientenorientiert und zweckmäßig.

Wir praktizieren interne Kundenorientierung.

Wir beachten bei unserer Arbeit den Schutz der Umwelt als unsere Lebensgrundlage.

Der Zielpunkt unserer Ansprüche

Wir sind gut. Wir wollen besser werden.

- Wir befinden uns in einer Wettbewerbssituation und nehmen diese Herausforderung an.
- Wir sind uns bewusst, dass unsere Arbeit beobachtet und bewertet wird.
- Wir wissen um die Bedeutung eines einheitlichen Erscheinungsbildes.
- Wir suchen die Öffentlichkeit und entsprechen ihrem Informationsbedürfnis.
- Wir verbessern ständig unsere Qualität, um zukunftsfähig zu bleiben.
- Wir entsprechen der Verpflichtung zur ständigen Weiterbildung.

Jeder Mitarbeiter der Kliniken St. Antonius wurde im Rahmen von Informationsveranstaltungen und Workshops über die Grundsätze und Leitlinien und damit verbunden über die übergeordneten Qualitätsziele informiert. Neue Mitarbeiter erhalten die Grundsätze und Leitlinien mit den Einstellungsunterlagen. Für die Öffentlichkeit liegen entsprechende Broschüren in den Häusern aus. Abgeschlossene Projekte werden ebenfalls in Informationsveranstaltungen oder im Rahmen von regelmäßig stattfindenden Klinikkonferenzen vorgestellt. Um eine breite Öffentlichkeit zu finden, werden größere Maßnahmen wie zum Beispiel Zertifizierungsverfahren in einer klinik-eigenen Zeitung vorgestellt. Die Geschäftsführung der Kliniken berichtet zudem in den bereits erwähnten Klinikkonferenzen über die Erreichung der ökonomischen Ziele und über weitere inhaltliche Maßnahmen, die im Interesse der Patienten sowie der wirtschaftlichen Sicherung der Klinik liegen.

D-2 Qualitätsziele

Die Grundsätze und Leitlinien spiegeln die Ausrichtung unserer Qualitätsbemühungen wider. Auf dieser Grundlage wurden übergeordnete Qualitätsziele entwickelt, die im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses immer wieder hinterfragt und überarbeitet werden. Somit prägen die Grundsätze und der daraus entwickelte Qualitätsansatz die strategische Ausrichtung der Kliniken St. Antonius und damit auch die Aktivitäten innerhalb des Qualitätsmanagements. Folgende Schwerpunkte wurden hierzu gesetzt:

- Patientenzufriedenheit

Wir nehmen die Erwartungen, Hoffnungen und Ängste der Patienten ernst und sichern ihnen eine nach den gegebenen Möglichkeiten individuelle Versorgung zu. Überprüft wird die Zufriedenheit durch Befragungen und ein in den Kliniken eingeführtes aktives Beschwerdemanagement, welches dem Qualitätsmanagement Ansatzpunkte zu Veränderungen gibt.

- Mitarbeiterorientierung

Unser Umgang untereinander ist geprägt von Respekt, Wertschätzung und Anerkennung der persönlichen Leistung jedes einzelnen. Fehler, die passieren können, nutzen wir zur Verbesserung unserer angebotenen Leistungen. Hierbei bauen wir auf die Erfahrungen unserer Mitarbeiter. Überprüft wird auch dies durch Befragungen zur Mitarbeiterzufriedenheit, deren Ergebnisse im Rahmen von Teamsitzungen und Qualitätszirkeln aufgearbeitet werden.

- Wirtschaftlichkeit

Wir setzen unsere Mittel kostenbewusst und verantwortlich ein und organisieren unsere Abläufe patientenorientiert. Ziel unserer Anstrengungen ist beispielsweise die Vermeidung überflüssiger und teurer Mehrfachuntersuchungen. Die konsequente Analyse von Fehlern ermöglicht uns zudem, kostenintensive Schwachstellen zu erkennen und zu beheben. Zur Unterstützung dieser Maßnahmen haben die Kliniken ein Riskmanagement sowie ein System zur Erfassung kritischer Vorfälle (CIRS) implementiert.

- Qualitätsverbesserung

Unsere tägliche Arbeit am Patienten ist an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen ausgerichtet, um die Qualität unserer Dienstleistungen kontinuierlich zu verbessern und sicherzustellen. Dies spiegelt sich beispielsweise bei der Entwicklung von Behandlungspfaden oder der Erstellung klinik-interner Leitlinien wider. Die Einhaltung gesetzlicher Vorschriften, die Beachtung nationaler und internationaler Standards sowie eine moderne technische Ausstattung unterstützen und ergänzen unsere Qualitätsbemühungen. Die festgelegten Prozessschritte und Standards werden regelmäßig evaluiert und unter Einbeziehung der Beteiligten korrigiert oder angepasst. Im Rahmen von Zertifizierungsverfahren wird dieses Vorgehen auch extern überprüft.

Um die genannten klinikweit geltenden Vorgaben in abteilungsbezogene Ziele und praktische Maßnahmen zu übersetzen, wenden wir die SMART-Methode an. Hierzu gehört selbstverständlich auch die Einbeziehung der beteiligten Personen, zu denen je nach Fragestellung auch niedergelassene Ärzte und andere externe Partner gehören.

Die Zielfindungsmethode nach SMART stellt sicher, dass Ziele konkret (**s**pezifisch), überprüfbar (**m**essbar), an der Sache orientiert (**a**ngemessen), erreichbar (**r**ealistisch) und zeitlich festgelegt (**t**erminiert) sind.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Zum 01.01.2000 wurde innerhalb der Kliniken St. Antonius mit dem Aufbau eines internen Qualitätsmanagements begonnen. Ziel war es, die Geschäftsführung bei ihren Qualitätsbemühungen zu unterstützen, Risiken frühzeitig zu erkennen und möglichst zu vermeiden. Aufgrund der stets wechselnden gesetzlichen Anforderungen wurde eine Zusammenführung der Bereiche Risk- und Qualitätsmanagement beschlossen. Diesem Bereich wurde fernerhin das zentrale Beschwerdemanagement der Kliniken zugeordnet.

Die Abteilung für Risk- und Qualitätsmanagement ist als Stabsabteilung direkt der Geschäftsführung des Konzerns zugeordnet. Sie übernimmt durch ihre Funktion eine besondere Rolle und Verantwortung im Qualitätsmanagement. Hierfür ist eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit notwendig, die berufsgruppen- und hierarchieübergreifend in allen Einrichtungen realisiert wird. Die Qualitätsaktivitäten werden in regelmäßigen Abständen mit der Klinikleitung koordiniert und vereinbart. Oberste Priorität haben hierbei die patientennahen Bereiche. Die Geschäftsführung ist maßgeblich dafür verantwortlich, dass der eingeschlagene Weg vollständig umgesetzt wird, der Qualitätsgedanke weiter getragen und entsprechend den Veränderungen innerhalb des Gesundheitswesens angepasst wird. Auf dieser Basis verstehen sich die Kliniken als lernende Organisation, die die Bedingungen für eine qualitativ hochwertige Versorgung schafft. Unterstützung findet die Qualitätsarbeit innerhalb des Konzerns durch ausgebildete Qualitätsbeauftragte, interne Auditoren und Moderatoren für die Qualitätszirkel.

Die Abteilung Risk- und Qualitätsmanagement verfolgt in ihrer Arbeit einen integrativen Ansatz. So stellen Erkenntnisse, die beispielsweise aus der Beschwerde- oder Fehlerbearbeitung heraus gewonnen werden, eine wichtige Quelle für Verbesserungsansätze dar, die über das Qualitätsmanagement initiiert oder begleitet werden. Die aktive Einbindung der Kunden, Mitarbeiter und Kooperationspartner ist hierbei von größter Bedeutung, damit der Qualitätsgedanke nicht nur theoretisch beschrieben, sondern auch praktisch „gelebt“ werden kann. Um die Qualität zu verbessern und notwendige Veränderungen zu initiieren, wird auf bekannte und bewährte Methoden des Qualitätsmanagement wie beispielsweise das Geschäftsmodell der EN ISO 9000 oder den PDCA Zyklus nach Deming zurückgegriffen. Parallel dazu werden auch neue Ansätze erprobt und weiterentwickelt.



Diesen Herausforderungen trägt unter anderem die personelle Aufstellung der Stabsabteilung Risk- und Qualitätsmanagement Rechnung. Sie besteht aus Mitarbeitern unterschiedlicher Qualifikationen, um dem komplexen Geschehen innerhalb der Organisation Krankenhaus adäquat begegnen zu können.

Anke Brandenburger
Gesamtleitung, Koordination, Beschwerdemanagement

Susanne Berges
Zertifizierung, CIRS, Qualitätsbericht

Prof. Johannes Köbberling
Risk-Management, Medizinische Beratung, CIRS

Frits Klein Meulekamp
Mitarbeiterbefragung, Projektarbeit

Christoph Mroczek
Interne Qualitätssicherung, Zertifizierung, Klinische Pfade

Stefan Pasche
Externe Qualitätssicherung, Datenschutz

Melanie Rodehorst
Riskmanagement, Juristische Beratung, Haftpflicht-Schaden

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Internes Audit

Mit einem internen Audit bezwecken die Kliniken eine kontinuierliche Beurteilung der zuvor festgelegten Qualitätskriterien. Stellt man sich den oben beschriebenen Regelkreislauf des PDCA-Zyklus vor, so dient das interne Audit dem CHECK. Darüber können bei Bedarf auch Anpassungsprozesse (ACT) abgeleitet werden.

Die internen Auditoren der Kliniken gehören unterschiedlichen Berufsgruppen an und sind für diese spezielle Aufgabe in ausreichender Zahl qualifiziert worden. So ist es möglich, interne Audits von unabhängigen Personen (nicht für den jeweiligen Bereich verantwortlich) durchführen zu lassen, um eine bestmögliche Neutralität bei der Beurteilung sicherzustellen.

Grundsätzlich unterscheidet man interne Audits in Produkt-, Verfahrens- und Systemaudits.

Bei den Kliniken werden primär Produkt- und Verfahrensaudits durchgeführt. Das Produktaudit (Pa) beurteilt im Kern die Ergebnisqualität, während das Verfahrensaudit (Va) die Prozessqualität im Blick hat. Nach diesem Prinzip werden in den einzelnen Bereichen derzeit 12 verschiedene interne Audits regelmäßig durchgeführt, die im Folgenden benannt werden.

Reanimation und Defibrillation / Va

Einhaltung Hygienerichtlinien / Pa

Umgang und Lagerung von Medikamenten / Pa

Lenkung von Aufzeichnungen / Va

Einhaltung Endoskopiestandards / Va

Einhaltung Aufnahmestandards / Pa

Einhaltung Visitenstandards / Pa

Dokumentation der Krankenhausbehandlung / Pa

Einhaltung der Arbeitssicherheitsvorschriften / Pa

Sturzprophylaxe / Va

Lieferantenbewertung / Pa

Qualitätsmanagement / Pa

Klinische Pfade

Die Klinischen Pfade sind ein Qualitätsinstrument zur Beschreibung der standardisierten Prozesse eines Behandlungsverlaufes. Sie stellen eine gleichbleibend hohe medizinische Qualität unter Beachtung ökonomischer Vorgaben sicher und sind gleichzeitig das behandlungsbegleitende Dokumentationsinstrument. Somit schaffen sie Transparenz in den Behandlungsabläufen und deren Dokumentation. Klinische Pfade geben den Patienten und den Mitarbeitern Klarheit und Sicherheit über das Behandlungsgeschehen. Sie minimieren Schnittstellenprobleme und daraus resultierende Fehlerquellen. Bei den Kliniken werden die Klinischen Pfade seit 2003 entwickelt und implementiert. Die nachfolgende Tabelle vermittelt einen Überblick über die bisher standardisierten Behandlungsprozesse im jeweiligen Fachbereich sowie das Jahr der Entwicklung.

Klinischer Pfad	Fachbereich	Jahr
Leistenhernie	Allgemeine Chirurgie	2003
Cholezystektomie	Allgemeine Chirurgie	2003
Struma	Allgemeine Chirurgie	2003
Varizen	Allgemeine Chirurgie	2005
Unklares Abdomen	Allgemeine Chirurgie / Gastroenterologie	2006
Extrahepatische Cholestase	Allgemeine Chirurgie / Gastroenterologie	2006
ERCP	Gastroenterologie	2004
Mediastinoskopie	Thorax-Chirurgie	2007
Video-Assistierte Thorakoskopie	Thorax-Chirurgie	2007
Primär operable Raumforderung der Lunge	Thorax-Chirurgie	2007
Unklare Raumforderung der Lunge	Thorax-Chirurgie / Pneumologie	2007
Schlafapnoediagnostik beim Verdacht auf OSAS	Pneumologie	2008
Tonsillektomie	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	2003
Gynäkologie	Basispfad bei Mamma-Karzinom	2003
Geriatric	Geriatrische Komplexbehandlung	2008
Anästhesie	Behandlungspfad bei ambulanten Patienten	2003
Anästhesie	Behandlungspfad bei stationären Patienten	2003
Hüft-Totalendoprothese	Chirurgische Klinik MHS	2004
Knie-Totalendoprothese	Chirurgische Klinik MHS	2004
Vorfuß-Operationen	Chirurgische Klinik MHS	2004
Synkope	Medizinische Klinik MHS	2007
Ambulant erworbene Pneumonie	Medizinische Klinik MHS	2007
Akute Exazerbation COPD	Medizinische Klinik MHS	2007
Hypertensive Entgleisung	Medizinische Klinik MHS	2007
Herzinsuffizienz	Medizinische Klinik MHS	2007

Für das Jahr 2009 ist die Implementierung weiterer Klinischer Pfade, wie nachfolgend dargestellt, geplant.

Klinischer Pfad	Fachbereich	Jahr
Ambulant erworbene Pneumonie	Pneumologie	2009
Akute Exazerbation COPD	Pneumologie	2009
Asthma bronchiale	Pneumologie	2009
OP vorderes Kreuzband	Chirurgische Klinik MHS	2009
Schulter offen	Chirurgische Klinik MHS	2009

Riskmanagement

Die Kliniken St. Antonius betreiben zur Vermeidung risikobedingter Patientenschäden und Störungen des Behandlungsablaufs ein klinisches Riskmanagement. Aufgabe des Riskmanagements ist es, Risiken in der Patientenversorgung zu erkennen, zu analysieren und zu reduzieren.

Das Riskmanagement wird bei den Kliniken St. Antonius als Instrument der Schadenprävention und zur Fehleranalyse mit unterschiedlichen Methoden umgesetzt. Dabei sind u.a. das Critical Incident Reporting System (CIRS), die Prüfung von Behandlungsabläufen, die Fallbesprechungen und die Erstellung von Dienst- und Verfahrensweisungen wichtige Instrumente zur Erreichung dieser Ziele.

Im Anschluss an die Arbeit der zurückliegenden Jahre wurde im Jahr 2008 das Instrument der Prüfung von gemeldeten Behandlungsabläufen und der Fallbesprechungen intensiviert sowie die Vernetzung zum Qualitätsmanagement ausgebaut. So konnte überwiegend die frühestmögliche Meldung kritischer Verläufe aus der Klinik an das Riskmanagement festgestellt werden. Schwachpunkte und Risiken wurden so direkt erkannt und konnten gemeinsam beseitigt werden. Die Verknüpfung der Tätigkeit des Riskmanagements zum Qualitätsmanagement brachte dabei den positiven Effekt der Überführung von Analyseergebnissen in die dortigen Instrumente (Standards, Behandlungspfade etc.) und führte so zur dauerhaften Regelung und Abbildung der Prozesse. Die Umsetzung der Dienstweisungen zur Dokumentation und Aufklärung über ärztliche Maßnahmen ergab messbare Verbesserungen (Stichproben) in der Behandlungsdokumentation und trug zur Vermeidung von Fällen mit Aufklärungsversäumnissen bei.

Critical Incident Reporting System (CIRS)

Eine wesentliche Komponente in einem umfassenden Risikomanagement ist das sog. Critical Incident Reporting System (CIRS). Ihm liegt die Erkenntnis zugrunde, dass zwischen schweren Zwischenfällen, leichten Zwischenfällen und „Beinahe-Zwischenfällen“ ein enger Zusammenhang besteht. Viele unerwünschte Ereignisse im Klinikalltag, die folgenlos verlaufen und daher auch als „trivial“ wahrgenommen werden, bergen trotzdem das Risiko von schweren Komplikationen oder Todesfällen in sich. Beim CIRS spielt der tatsächliche Schadeneintritt eine ganz untergeordnete Rolle, da die Analyse in der Regel zu spät kommt, wenn der Schaden bereits eingetreten ist. Eine strukturierte Meldung von Beinahe-Zwischenfällen mit anschließender Analyse der zugrunde liegenden Abläufe dient dagegen der Prävention schwerer Schäden. Neben der Erhöhung der Patientensicherheit führt CIRS auch zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit im Behandlungsteam durch die veränderte Fehlerkultur.

Eine einigermaßen vollständige Erfassung von Beinahe-Zwischenfällen ist nur möglich, wenn die Berichterstattung garantiert sanktionsfrei erfolgt. Fehler dürfen nicht mehr unter dem Aspekt persönlicher Schuld und drohender Sanktionen betrachtet werden, vielmehr muss allgemein akzeptiert werden, dass Fehler überall und bei jedem Menschen vorkommen und vorwiegend unter dem Aspekt zu betrachten sind, wie Wiederholungen zu vermeiden sind ("Fehlerkultur vom Typ B"). Erst dann kann die notwendige Transparenz erzielt werden und ein offener Umgang mit Beinahe-Zwischenfällen entstehen. Nur die Fehlervertuschung, also eine Intransparenz, wird dann zur sanktionsbedrohten „Schuld“.

Die Meldungen können grundsätzlich anonym erfolgen. Bei offenen Meldungen werden spätestens mit der Eingabe in die EDV-Datenbank alle Bezüge zu Personen gelöscht, damit sich die meldenden Mitarbeiter darauf verlassen können, dass Dritten gegenüber ihre Anonymität gewahrt wird. Regelmäßig erfolgen Rückmeldungen aus der interdisziplinären CIRS-Gruppe an die Mitarbeiter in den jeweiligen Fachbereichen, um die Motivation für die Mitarbeit zu erhalten.

Bei den Kliniken St. Antonius konnte das CIRS-Konzept bisher in zwei Standorten erfolgreich implementiert werden. Der Grundstein wurde im Zentrum für Innere Medizin (ZIM) im Jahr 2004 gelegt. Seit diesem Zeitpunkt bewerten drei Ärztinnen und zwei Krankenschwestern die ankommenden Meldungen, informieren die Mitarbeiter über erzielte Ergebnisse und geben Handlungsempfehlungen. Aus Mustern wiederkehrender Vorfälle werden verschiedene Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet, die dann durch das Qualitätsmanagement initiiert werden. Analog zu diesem Prozess und auf der Basis der im ZIM gemachten Erfahrungen konnte das CIRS durch eine ebenfalls interdisziplinäre Gruppe (eine Krankenschwester, eine Ergotherapeutin und ein Arzt) ab 2007 im Elisabeth-Krankenhaus aufgebaut werden.

Die Kliniken St. Antonius gehören zu den Pionieren, die den Umgang mit Fehlern über CIRS verändern wollen. Auf Initiative des RQM fand im Jahr 2007 ein Symposium mit anderen Kliniken aus ganz Deutschland statt, die ein CIRS ebenfalls eingeführt haben. Dabei konnten die Teilnehmer ihre Erfahrungen mit der Thematik austauschen, die Vorgehensweise der Bearbeitung erläutern, und über die Erfolge und Schwierigkeiten der Implementierung berichten.

Hygienemanagement

Die Hygiene dient der Prävention, welche die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse sicherstellen und verbessern soll. Bei den Kliniken St. Antonius bedient man sich der folgenden Managementstrukturen, um diese Vorgaben zu erfüllen:

- Hygieneverantwortlicher bei den Kliniken St. Antonius ist der Ärztliche Direktor.

- Oberstes Beratungsgremium des Hygieneverantwortlichen ist die Hygienekommission. Deren Mitgliedschaft regelt die Hygieneordnung der Bistümer. Zusätzlich sind als stimmberechtigte Mitglieder in den Kliniken St. Antonius die Chefärzte sowie einige Funktionsträger der Kliniken (Verwaltungsdirektor und Pflegedienstleitung der Betriebsstätten, Apotheker, Mikrobiologe usw.) in die Kommission berufen. Damit wird dem strukturellen Umstand einer erschwerten innerbetrieblichen Beratung und Kommunikation in den verschiedenen Betriebsstätten Rechnung getragen. Erweitert wird die Kommission im Bedarfsfall um eingeladene fachkompetente, nicht stimmberechtigte Mitglieder.
- Die Hygienekommission tagt zweimal jährlich, kann gemäß Satzung aber auch zu Sondersitzungen zusammengerufen werden.
- Im Jahre 2008 fanden drei Sitzungen der Hygienekommission statt. Schwerpunkt der Beratungen waren die Besprechung der Begehungsergebnisse und Festlegung der Korrekturmaßnahmen, der Umgang mit Problemkeimen (MRSA, ESBL, Noro-Viren, Clostridium diff.), sowie die Reorganisation des Hygienemanagements bei den Kliniken ab 2009.
- Die praktische Krankenhaushygiene in den Betriebsstätten wird durch die Mitarbeiter der Kliniken St. Antonius sichergestellt. Die Mitarbeiter setzen dabei den als Dienstanweisung konzipierten Hygieneplan um.

Strukturelle Umsetzung:

- Der Ärztliche Direktor koordiniert die Organisation der wirtschaftlichen, arbeits- und verwaltungsrechtlichen Erfordernisse und ist das Bindeglied zwischen den Hygienefachleuten und der Geschäftsführung.
- Die definierte Funktion der Hygienefachkraft wird bei den Kliniken St. Antonius durch eine externe Firma wahrgenommen. Die Hygiene-Komplexversorgung beinhaltet die Wahrnehmung der in den einschlägigen Richtlinien, Verordnungen und Bestimmungen zur Krankenhaushygiene festgelegten Aufgaben in rechtlich eigenständiger Verantwortung.
- Der externe Krankenhaushygieniker nimmt im Rahmen einer regelmäßigen Beratungstätigkeit die Aufgaben nach den vorgegebenen Bestimmungen wahr. Neben seiner Beratungstätigkeit in krankenhaushygienischen arbeitsalltäglichen Fragen liegt sein Schwerpunkt in der Beratung bei betrieblich-organisatorischen sowie funktionell-baulichen Maßnahmen.
- Der Hygienebeauftragte Arzt ist für die sich aus dem IfSG ergebenden Aufgaben für alle Betriebsstätten der Kliniken St. Antonius zuständig. Dazu gehören folgende Aufgabenbereiche:
 - Feststellung der Krankenhausinfektionen
 - Erforschung ihrer Ursachen
 - Statistische Aufarbeitung der Nosokomialen Infektionen und multiresistenten Erreger
 - Mitwirkung bei der Verbesserung des Hygieneplans
- Durch regelmäßige interdisziplinäre Begehungen aller Betriebsstätten, an denen ein Mitarbeiter der Technik, der Krankenhaushygieniker, die Pflegedienstleitung sowie der Hygienebeauftragte Arzt teilnehmen (davon 1x jährlich mit dem Gesundheitsamt), wird die Umsetzung der Vorgaben des Hygieneplans kontrolliert. Hierüber werden Protokolle geführt, die Mängelbeseitigung wird zeitnah durch den Hygienebeauftragten Arzt sichergestellt und überprüft.

Beschwerdemanagement

Die Kliniken St. Antonius und ihre Töchter haben im Jahre 2001 eine Anlaufstelle speziell für Patienten- und Angehörigenbeschwerden eingerichtet: Das Beschwerdemanagement.

Im komplexen Krankenhausablauf kann es immer wieder zu kleineren oder auch größeren Störungen kommen. Dann ist es wichtig, dass die Patienten ihre Kritik gezielt äußern können. Dabei sind Patientenbeschwerden keinesfalls negativ zu bewerten. Vielmehr ist jede Patienten- oder Angehörigenbeschwerde als eine kostenlose Beratung anzusehen. Daher werden Kritik und Beschwerden angenommen, bearbeitet und genutzt. Genutzt als eine Chance, Veränderungen herbeizuführen, wo sie möglich und nötig sind.

Über jede eingegangene Beschwerde, ob schriftlich, persönlich, telefonisch oder auch per Mail, werden intern Recherchen in den betroffenen Fachabteilungen oder Dienstbereichen (z.B. ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Cateringunternehmen, Reinigungsdienst etc.) betrieben.

Das Beschwerdemanagement erarbeitet dann anhand der durchgeführten Recherchen eine ausführliche Stellungnahme. Das Ergebnis wird dem Beschwerdeführer in den meisten Fällen schriftlich, von der Geschäftsführung unterschrieben, mitgeteilt. Somit ist auch die Geschäftsführung über jede einzelne Patientenbeschwerde informiert. Gegebenenfalls erfolgt ein persönliches Gespräch mit dem Beschwerdeführer unter Hinzuziehen des ärztlichen Dienstes, des pflegerischen Dienstes oder auch der Klinikleitung.

Nach Bearbeitungsabschluss wird jede einzelne Beschwerde statistisch erfasst. Die Ergebnisse werden ein- bis zweimal jährlich den jeweiligen Fachabteilungen und Dienstbereichen zur Verfügung gestellt.

In fachbereichsbezogenen Teamgesprächen werden Lösungs- und Verbesserungsvorschläge erarbeitet, um so den seitens der Patienten oder der Angehörigen kritisierten Prozessablauf zu optimieren. Als Kontrollinstrument dient hier erneut die statistische Beschwerdeaufbereitung.

Anhand der Jahresberichte ist somit ersichtlich, wie sich die Beschwerdeproblematik in den jeweiligen Fach- und Dienstbereichen im weiteren Verlauf entwickelt.

Fortbildungsmodul Qualitätsmanagement

In Kooperation mit der Akademie für Gesundheitsberufe wurde in 2008 erstmals eine Fortbildungsreihe zu Basisthemen des Qualitätsmanagements angeboten. Ziel dieser aufeinander aufbauenden Veranstaltungen war es, den Theorie-Praxistransfer anschaulich an Mitarbeiter der kundennahen Bereiche zu vermitteln.

Die internen Referenten setzen sich aus Mitarbeitern der Abteilung RQM und Qualitätsbeauftragten des ärztlichen und pflegerischen Dienstes zusammen, die in kurzen Einheiten Methoden und Instrumente des Qualitätsmanagements anhand praxisnaher Beispiele vermitteln.

In den jeweils eineinhalbstündigen Fortbildungseinheiten wurden folgende Themenbereiche aufgegriffen.

- Einführungsseminar Qualitätsmanagement: Qualitätsbegriff, Qualitätsanforderungen, Qualitätsmessung
- Entwicklung und Verbesserung: PDCA Zyklus, Zielfindungsmethode nach SMART
- Geregelte Verfahren im Qualitätsmanagement:
- Was sind Audits: Verfahren, Zielsetzung, Planung und Durchführung
- Kunden-, Mitarbeiter- und Systemorientierung: Geschäftsmodell der ISO, Grundsätze des Qualitätsmanagements

Patienteninformation

Die Patienteninformation spielt eine zentrale Rolle in unserem Konzept der Qualitätssicherung. Ein Patient muss seine individuellen Erwartungen und Erfahrungen mit dem generellen Leitbild sowie dem spezifischen Leistungsprofil des jeweiligen Hauses abgleichen können. Nach dieser Maßgabe kommunizieren wir neben und mit der Marke „Antonius“ die Angebote und Vorhaltungen der einzelnen Standorte und ihrer jeweiligen klinischen Einrichtungen. Dies geschieht auf verschiedenen Wegen: Eine erste, generelle Information geschieht über eine Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, die mit festen Formen der Berichterstattung – Sendungen und Kolumnen zum Thema Gesundheit im Radio sowie in der lokalen und regionalen Presse – Basisinformationen platziert. Daneben steht eine umfassende Flyerfamilie zur Verfügung, die über die Leistungen des Verbundes informiert - von Broschüren, die Krankheitsbilder thematisieren oder Behandlungswege erläutern, bis hin zu umfassenden Publikationen für den (potenziellen) Patienten und seinen Angehörigen.

Patientenbefragung

Durch strukturierte wie auch projektbezogene Patientenbefragungen verschaffen wir uns einen gezielten Überblick zum Verhältnis von Leistungserbringung und Patientenerwartung. Wir sind so in der Lage, auf einzelne Defizite schnell und adäquat zu reagieren bzw. manifeste oder wiederkehrende Mängel nachhaltig zu bearbeiten.

Die Patientenbefragung ist für uns das wesentliche Vehikel zur Steigerung der Patientenzufriedenheit: Nicht gewohnte Abläufe und „bewährte“ Strukturen sollen das Angebot diktieren; vielmehr legen wir Wert darauf, die exakte Ausprägung der jeweiligen Patientenwahrnehmung aufzugreifen und den stetigen Wandel der Patientenansprüche zu berücksichtigen. Für die Patientenbefragung steht ein eigens konzipierter Flyer zur Verfügung.

Interdisziplinäre Fallbesprechungen/Post mortem Gespräche

Bei fraglichen Behandlungsfehlern oder Ablaufstörungen werden auf Initiative aus einer Klinik oder vom Risk-Management interdisziplinäre Fallbesprechungen durchgeführt. Hierzu werden Beteiligte oder Leitungspersonen aus den verschiedenen Dienstbereichen und Fachdisziplinen eingeladen. Unter Moderation des ärztlichen Leiters des Risk-Managements werden die Vorgänge von einem der federführend Handelnden in einem offenen, nach außen aber vertraulichen Gespräch vorgetragen und von Seiten anderer Beteiligter ergänzt oder ggf. korrigiert. Alle Handlungen und Abläufe werden anschließend gemeinsam analysiert. Die Suche nach „Schuld“ einzelner Personen oder eine Schuldzuweisung zu bestimmten Bereichen steht dabei völlig im Hintergrund, der Moderator stimmt vielmehr alle Teilnehmer vor der Sitzung auf die Inhalte einer modernen (nicht-punitiven) Fehlerkultur ein. Ziel der Gespräche ist ausschließlich eine Verbesserung der Abläufe und damit eine Erhöhung der Sicherheit. Wenn sich in der Diskussion Hinweise auf Behandlungsfehler ergeben, die ggf. haftungsrechtliche Folgen haben könnten, wird gemeinsam mit dem Risk-Management das weitere Vorgehen besprochen; dann meist auch unter Einbeziehung der Hausjuristin.

Interdisziplinäre Fallbesprechungen dieser Art werden grundsätzlich dann abgehalten, wenn die Umstände eines Todesfalles in der Klinik nicht voll klar sind, auch wenn zunächst kein Verdacht auf Behandlungsfehler vorliegt. Um zu vermeiden, dass Unklarheiten bei Todesfällen der Aufarbeitung entgehen, wird im Zentrum für Innere Medizin jeder Todesfall in einer gemeinsamen Ärztebesprechung vorgetragen und das Ergebnis wird in der

Krankenakte kurz protokolliert. Bei dieser Gelegenheit wird festgelegt, ob alle Umstände bekannt sind und alle Abläufe regelhaft waren. Wenn diesbezüglich Zweifel auftreten oder wenn es sich um einen besonderen und lehrhaften Krankheitsverlauf gehandelt hat, wird für einen gesonderten Termin eine vertiefte Fallbesprechung initiiert. Diese „Post mortem Gespräche“ werden zunächst klinikintern abgehalten, ggf. aber auch erweitert im Sinne der o.g. interdisziplinären Fallbesprechungen unter Einbeziehung des Risk-Managements.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Wir möchten Ihnen im Folgenden einen Überblick zu den in 2008 durchgeführten Projekten bei den Kliniken St. Antonius und ihren Tochtergesellschaften geben. Da sich die Abteilung Risk- und Qualitätsmanagement als konzernweiter Dienstleister versteht, werden Veränderungen nicht selten im Sinne eines Pilotprojektes zunächst an einem Standort erprobt. Die dort gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen sind bei der Ausweitung auf die anderen Standorte von großem Wert; dies ist bei Erfolgen leicht nachvollziehbar, aber auch das Vermeiden von Fehlern führt bei Folgeprojekten schneller zum gewünschten Ziel.

Bearbeitung der Schnittstellenprobleme ärztlicher/pflegerischer Dienst im Marienhospital Schwelm

Hintergrund des Problems

Das im Jahre 2006 durchgeführte Projekt „Zukunftssicherung Marienhospital Schwelm“ (siehe Qualitätsbericht Marienhospital Schwelm 2006) ergab in der Analyse, dass ein Potential an Wirtschaftlichkeitsreserven im Bereich der Personalkosten des Pflegedienstes liegt. Durch Veränderungen des Qualifikationsmixes im Pflegedienst und die Zusammenlegung kleinerer Stationen auf eine wirtschaftliche Größe konnte das Ziel, die Personalkosten den bundesdeutschen Durchschnittswerten anzupassen, erreicht werden.

Ausmaß des Problems / Zielfindung

In der „gelebten“ Umsetzung stellte sich heraus, dass mit der Veränderung des Qualifikationsmixes gleichzeitig neue Schnittstellen und damit verbunden auch neue Schnittstellenprobleme geschaffen worden waren. Die noch unzureichende Bearbeitung dieser Schnittstellen innerhalb der einzelnen Professionen zogen schließlich Störungen in der Ablauforganisation nach sich. Deshalb beauftragte die Verwaltungsleitung die Abteilung für Risk- und Qualitätsmanagement sowie die Stabstelle für Personalentwicklung mit einem Folgeprojekt. Mit diesem Projekt sollten die wesentlichen Schnittstellenprobleme identifiziert und behoben werden, mit dem Ziel, den medizinisch-pflegerischen Leistungsprozess zu optimieren.

Projektschritte

Zunächst wurde unter Einbindung der Führungsverantwortlichen (Chefarzt, Pflegedienstleitung) ein interdisziplinäres Projektteam bestimmt. Dieses Team setzte sich aus allen Professionen (Ärzte, Pflegekräfte, Arzthelferinnen und Servicekräften) zusammen, die an der Erbringung der medizinisch pflegerischen Dienstleistungsprozesses beteiligt sind.

In einer Informationsveranstaltung wurde allen Beteiligten das Ziel und der Umfang des geplanten Projektes vermittelt. In den anschließenden Treffen des Projektteams erfolgte die Ermittlung und Priorisierung der Störfelder sowie die gemeinsame Festlegung der zu bearbeitenden Schnittstellenprobleme. Dabei wurden vor allem die Visite und der Lauf der Krankenakte als wesentliche Problemfelder identifiziert.

Dazu wurden entsprechende Qualitätszirkel gebildet, die unter Beteiligung weiterer Bereiche (z.B. Medizin-Controlling, Chefarztsekretariat) die operativen Ziele, die jeweiligen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sowie die einzelnen Prozessschritte und Messkriterien gemeinsam erarbeiteten. Die Implementierung und anschließende Evaluierung der festgelegten SOLL Prozesse zur koordinierten Visite und zum Lauf der Krankenakte erfolgt dann in 2009.

Therapiegarten

Hintergrund des Problems und Zielfindung

Mit zunehmendem Alter fallen die selbstgesteckten Ziele oftmals sehr gering aus. Ausgehend von der Erkenntnis, dass Informationen, die gehört, gesehen und praktisch ausprobiert (also am **eigenen Leib** erfahren) werden, zu ca. 90% im Gedächtnis haften bleiben, stellt das praktische Ausprobieren einen wichtigen Faktor dar. Durch die außergewöhnliche Umgebung eines Therapiegartens sollen die Patienten aufgrund des Perspektivenwechsels neue Lebensfreude erfahren und das zielgerichtete Handeln stärken können.

Der Therapiegarten sollte so angelegt werden, dass möglichst viele Patienten sich angesprochen fühlen, ihn zu besuchen und ausreichend praktische Erfahrungen sammeln können. Nach dem Projektabschluss sollten neue Möglichkeiten zur Therapie bei Patienten mit orthopädischen und neurologischen Erkrankungen sowie dementiellen Abbauprozessen geschaffen werden.

Maßnahmen und deren Umsetzung

Es wurde ca. ein halbes Jahr benötigt, um den Therapiegarten vollständig zu errichten: Im März 2007 wurde mit den Arbeiten begonnen, die Fertigstellung erfolgte Anfang August.

Die Kliniken leisteten einen finanziellen Beitrag im Rahmen der Wegesicherungspflicht. Nach der Einweihungsfeier am 10. August 2007 wurden uns von einer Stiftung nochmals Gelder für Klangobjekte zur Verfügung gestellt.

Der Therapiegarten umfasst ein Schafgehege sowie ein Gewächshaus. In diesem ist es zu jeder Jahreszeit möglich, mit den Patienten zu arbeiten. Diese Bereiche wurden ausschließlich in Eigenleistung fertig gestellt. Das Gewächshaus wurde durch eine Spende und der Großteil des gesamten Therapiegartens durch Spenden und Stiftungsgelder finanziert. Ein geplanter Barfußweg (Sensiparcours) konnte aufgrund fehlender finanzieller Mittel noch nicht in den Gartenbereich integriert werden. Dieser ist für Mitte 2009 geplant.

Die Beete sind mit duftenden Pflanzen, Kräutern und Blumen bepflanzt. Zwei Beete sind auch für Rollstuhlfahrer erreichbar. Zwei schräg ansteigende Hochbeete (50-80 cm) haben sich für die Therapie aus dem Rollstuhl heraus bewährt. Ein abschüssiger Rundweg wurde mit Obstspalierhölzern eingefasst. An einem Gemüsebeet werden unter therapeutischer Anleitung z.B. rückschonendes Umgraben oder Ernten trainiert. In einem Gewächshaus können Arbeiten sowohl vom Rollstuhl aus als auch im Stand von Patienten ausgeführt werden. Hier finden jahreszeitlich abgestimmte Arbeiten, wie Jungpflanzen vorziehen, umtopfen und Aufzucht anspruchsvoller Pflanzen statt. So ist die Gartentherapie relativ unabhängig von der Witterung. Die geernteten Pflanzen werden in unserer Therapieküche während des Haushaltstrainings verarbeitet. Im Zentrum des Therapiegartens gibt es eine Fläche, die für Gesellschaftsspiele im größeren Maßstab benutzt wird. Die Schafe stellen einen weiteren Aspekt in der Gartentherapie dar. Schafe sind vielen Patienten durch ihre Vergangenheit vertraut. Im Vorfeld der Therapie können die Patienten die Früchte kleinschneiden und die Tiere damit füttern. Gerade Menschen mit Aufmerksamkeitsstörungen oder dementiellen Entwicklungen werden wacher, wenn ihnen die Tiere aus der Hand fressen und es dabei kitzelt. Die Tiere binden durch ihre Bewegung die Aufmerksamkeit der Patienten, sie bieten eine Abwechslung im Klinikgeschehen und ihr Wahrnehmungsradius wird größer. Die Motivation zur Kommunikation wird gesteigert. Dies unterstützt auch die Logopädische Arbeit.

Die Therapie im Garten kann durch die Bandbreite an Möglichkeiten individuell auf den Patienten zugeschnitten werden, seine Fähigkeiten können eingebracht werden und die Therapieziele werden auf diesem Wege verfolgt.

Anhand von dementiellen Abbauprozessen und anderen Krankheitsbildern werden die Fördermöglichkeiten näher dargelegt:

Patienten mit diesem Krankheitsbild sind über verschiedene Sinneskanäle zu erreichen. Da in unserem gesamten Garten bereits die Bereiche Sehen und Hören abgedeckt waren, ist der Therapiegarten mit folgenden Schwerpunkten: Riechen, Schmecken und Fühlen ausgerichtet. Es werden bei den Patienten Erinnerungen in ihrer Biographie geweckt, so dass ein Fundament für weitere therapeutische Arbeit geschaffen wurde.

Unabhängig von den Krankheitsbildern, die sich in der speziell für geriatrische Patienten ausgerichteten Einrichtung häufig überschneiden, erleben sich die Menschen als sinnvoll tätiges Wesen. Sie sind nicht mehr Patient, sondern Mensch. Sie knüpfen an Erinnerungen in ihrem Leben an, erleben, dass ihre bisherigen Erfahrungen Beachtung finden und in der Tätigkeit im Therapiegarten umgesetzt werden. Jeder arbeitet nach seinen Möglichkeiten und Fähigkeiten. Patienten im Rollstuhl erleben sich plötzlich am Hochbeet stehend arbeitend, Menschen mit dementiellen Abbauprozessen erinnern sich an die Gerüche und Begebenheiten, werden angeregt und wacher durch das Riechen und Schmecken verschiedener Kräuter. Menschen mit Paresen erfahren, dass sie sehr wohl mit beiden Armen arbeiten und eine Blume ins Bett pflanzen können. Dies alles stärkt neben der physischen Konstitution und den diesbezüglichen individuellen Zielen des einzelnen Patienten die psychische Belastbarkeit. Eine ½ Stunde im Garten wirkt bei vielen Wunder, was die Motivation und das Durchhalten bei den anderen wichtigen Therapien angeht.

In der Kleingruppe kommen die Menschen jenseits des Krankheitsgeschehens miteinander ins Gespräch, knüpfen Kontakte, arbeiten wieder zusammen für ein Ziel. Diese Kontakte tragen bisweilen durch die Aufenthaltsdauer in unserer Einrichtung.

Evaluation der Zielerreichung

Generell wird durch die Gartenarbeit eine sinnvolle Tätigkeit angeboten. Jeder Mensch hat das Bedürfnis, etwas Sinnvolles zu tun. Jeder Arbeitsschritt im Garten steht mit dem Endprodukt in einem erfassbaren und überschaubaren Zusammenhang. Die Verwertbarkeit der Pflanze spielt dabei eine große Rolle. Man kann daraus Nahrung gewinnen oder auch einen Blumenstrauß machen und verschenken. Man muss Verantwortung übernehmen, da jede Pflanze ihre Pflege benötigt. Pflanzen wirken beständig und beruhigend. Arbeitende im Therapiegarten machen auch die Betrachter neugierig, ein kommunikativer Austausch setzt sich auch im stationären Klinikalltag fort. Gartentherapie erweist sich als etwas Verbindendes über sämtliche Rollen hinweg.

Mit Beginn der Bauphase im März 2007 wird die gesamte Gartenanlage deutlich höher frequentiert genutzt. Mitarbeiter nutzen den Bereich, um Pausen wahrzunehmen und Kraft für die restlichen Aufgaben des Klinikalltages zu schöpfen. Onkologische Patienten haben die Möglichkeit, sich gedanklich für einen Moment von ihrem Schicksal zu distanzieren. Ein Teil dieser Patienten äußert auch kurz vor dem Tode den Wunsch, noch

einmal in den Park zu dürfen. Die jüngeren Patienten der HNO- Abteilung kürzen auf diesem Gelände, und speziell bei den Schafen, ihre Wartezeiten ab. Zum guten Schluss bildet das neu geschaffene Gelände einen würdigen Rahmen für feierliche Anlässe und Feste.

Sturzprophylaxe

Hintergrund des Problems

Die Anpassung des Expertenstandard zur Sturzprophylaxe an die Klinikpraxis stand bereits im Jahre 2006 auf der Agenda der geriatrischen Fachabteilung. Die mit diesem Projekt beauftragte interdisziplinäre Arbeitsgruppe hat zum Jahresende 2006 die erste Projektphase abgeschlossen. Dabei wurden klare Ablauf- und Dokumentationsstrukturen geschaffen und im Rahmen einer Informationsveranstaltung den Mitarbeitern vorgestellt. Anschließend wurde der neue Standard zum 01.01.2007 eingeführt.

Maßnahmen und deren Umsetzung

Nach der Einführungs- und der ersten Kontrollphase wurde zum Anfang 2008 der Standard von der Arbeitsgruppe überprüft und den neuen Erkenntnissen angepasst. Darüber hinaus sind im Auftrag der Geschäftsführung die Sachmittelressourcen (Niedrigbetten, Antisturzbetten, Hüftprotektoren etc.) erweitert worden. Auf dieser Grundlage wurde die Zielsetzung nach dem S.M.A.R.T.- Prinzip konkretisiert und zum Jahresabschluss bewertet:

Zielsetzung	Ergebnis 2008	Vergleich zum Vorjahr
1. Reduktion der Sturzereignisse		
1.1 Der Anteil gestürzter Patienten liegt unter 10% der insgesamt behandelten Patienten	15%	-2%
1.2 Der Anteil der Wiederholungsstürze liegt unter 25% der Gesamtstürze	27%	-5%
2. Reduktion der sturzbedingten Folgen (Klassifikation nach Morse)		
2.1 Sturzfolgen zweiten Grades liegen unter 10% der Gesamtstürze	11,83%	+0,55%
2.2 Sturzfolgen dritten Grades liegen unter 1% der Gesamtstürze	1,58%	+0,35%

Mit dem Instrument des internen Audits wurde im Jahre 2008 eine zweimalige Kontrolle des geltenden Standards durchgeführt, wobei sowohl der Durchdringungs- als auch des Erreichungsgrad im Fokus der Überprüfung standen. Des Weiteren wurden die Leitungen mit einer halbjährigen Sturzstatistik konfrontiert. Diese Maßnahme hat die Einschätzung des Zielerreichungsgrades (siehe Zielsetzung nach S.M.A.R.T.- Prinzip) ermöglicht. Auf Basis der vorliegenden Ergebnisse können für das Jahr 2009 Korrekturmaßnahmen, wo sie möglich und nötig sind, geplant werden.

Evaluation der Zielerreichung

Zum Vergleichsjahr 2007 kann in der geriatrischen Fachabteilung für das Jahr 2008 ein Rückgang der Gesamtstürze sowie der Wiederholungsstürze verzeichnet werden. Die mittelfristig gesetzten S.M.A.R.T.- Ziele werden auf dieser Basis weiterhin verfolgt.

Lenkung von Dokumenten

Hintergrund des Problems und Zielfindung

Mit der Einführung des Qualitätsmanagementsystems der DIN EN ISO in Teilbereichen unserer Kliniken ist deutlich geworden, dass alle geltenden Dokumente (z.B. Dienst- und Verfahrensanweisungen, Prozessbeschreibungen, Standards etc.) systematisch gelenkt werden müssen. Darunter versteht die ISO-Norm ein geregeltes Verfahren, in dem folgende Prozessschritte festgelegt sein müssen:

Erstellung – Überprüfung – Genehmigung – Verteilung – Einzug alter Versionen

Maßnahmen und deren Durchführung

Das bedeutet nicht, dass die Kliniken bisher die geltenden Dokumente nicht gelenkt hätten; allerdings unterlag das Vorgehen keinem übergreifenden Standard. Demzufolge wurde im ersten Schritt das Verfahren zur Lenkung von Dokumenten schriftlich festgelegt und um praktische Hinweise zur Handhabung erweitert.

Zuerst wurde die neue Regelung in den nach DIN EN ISO zertifizierten Bereichen eingeführt. Fernerhin entstand eine Datenbank, welche die Dokumentenverwaltung im Prozessablauf unterstützen soll. Im zweiten Schritt wurde die Frage behandelt, wie die geltenden Dokumente allen Mitarbeitern in digitaler Form verfügbar gemacht werden können. Für dieses Ziel konnte bereits 2008 ein Lösungsplan festgelegt werden. Es ist für das Jahr 2009 geplant, alle Dokumente, die den oben beschriebenen Prozess durchlaufen haben, im Intranet der Kliniken St. Antonius zur Verfügung zu stellen. Damit soll sichergestellt werden, dass alle geltenden Dokumente, in der aktuellen Fassung und unter möglichst geringem Zeitaufwand, von jedem PC-Arbeitsplatz in den Fachbereichen abgerufen werden können.

Mittelfristig soll das Verfahren zur Lenkung von Dokumenten klinikweit implementiert werden.

Fort- und Weiterbildung in Kooperation mit der Akademie für Gesundheitsberufe (A.f.G.) gGmbH

Als größter Bildungsträger im Gesundheitswesen des Landes Nordrhein-Westfalen steht die Akademie für Gesundheitsberufe gGmbH Wuppertal nicht nur für Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen, sondern auch für Fort- und Weiterbildung der unterschiedlichsten Berufsgruppen. Die Umstrukturierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen erfordern auch im Bereich der Bildung neue Angebote, um die Ergebnisqualität für die Kunden der Gesundheitsdienstleister zu optimieren.

In diesem Jahr wurden zahlreiche Verbesserungsmaßnahmen in unserem Fort- und Weiterbildungsbereich umgesetzt, die deutliche Veränderungen in der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zeigen.

Zu strukturellen Verbesserungen zählen unter anderem die Möglichkeit der Online-Buchung der im F&W-Programm angebotenen Kurse, der modulare Aufbau von Weiterbildungen (z.B. Praxisanleitung und NENA-Klinik[®]), die Anpassung der Veranstaltungszeiten auf Kundenwünsche (Referenten bzw. Teilnehmer). Die Teilnehmer erhalten kostenfrei Unterlagen zu den Veranstaltungen sowie kostenfreie Parkmöglichkeit. Die Vorbereitung der Räume erfolgt nach den Wünschen der jeweiligen Dozenten.

Optimierungsmaßnahmen in den Prozessabläufen, z.B. Veranstaltungshinweise per e-Mail, Übernahme des Veranstaltungsmanagements, Durchführung des Veranstaltungscaterings in unserem Hause, wirken sich sehr positiv auf das Kundenfeedback aus.

Im Bereich der Ergebnissicherung evaluieren wir die Kundenzufriedenheit mittels eines Feedbackbogens für jede einzelne Veranstaltung. Verbesserungspotentiale werden direkt in die Prozesse zurückgeführt und die Veränderungsmaßnahmen zeitnah implementiert. Das neue Design unserer Teilnahmebestätigungen unterstützt die Qualität unserer Ergebnisse im gleichen Maße wie es die Leistungen unserer Teilnehmer mit Wertschätzung optisch hervorhebt.

Weiterbildung Notfallpflege – NENA-Klinik[®]

Als Beispiel ist an dieser Stelle das Konzept der Weiterbildung Notfallpflege anzuführen. Die Planung der Weiterbildung durch eine eigens dafür zusammengestellte Arbeitsgruppe aus Experten der jeweiligen Fächer orientiert sich ausschließlich am Bedarf der täglichen Praxis einer Notaufnahme bzw. Ambulanz.

Ambulanzen und Notaufnahmen stellen den Erstkontakt zum Patienten her. Eine professionelle Behandlung und zuverlässige Weiterleitung der Patienten und ihrer Daten gewährt eine hohe Zufriedenheit bei allen Prozessbeteiligten und positive ökonomische Aspekte. Die täglich stattfindenden Kernprozesse sind zu analysieren und gegebenenfalls über das Prozesscontrolling zu optimieren. Hierdurch wird unter anderem eine Verbesserung des Schnittstellenmanagements erreicht.

Die neu konzipierte Weiterbildung NENA-Klinik[®] qualifiziert Mitarbeiter unter anderem in den Bereichen: Grundlagen und Modelle der Ersteinschätzung, Behandlungsrang und -priorisierung, Behandlungspfade, allgemeine und spezielle Pharmakologie, Fallbearbeitung, Patientenversorgung, Katastrophen- und Notfallmanagement klinisch und präklinisch, Organisation, rechtliche Rahmenbedingungen, Kommunikation, Deeskalation, Krisenintervention, Aktivitas[®]-Konzept, Leitlinienorientierte Reanimation und nicht zuletzt Hygiene.

Der modulare Aufbau der Weiterbildung ermöglicht es, jederzeit in das laufende Programm einzusteigen, zumal die Module einzeln abgeprüft werden können. Insgesamt sind 18 Module mit Kolloquium und Abschluss in 720 Stunden theoretischem Unterricht zu absolvieren.

Bedarfsorientierung bedeutet für uns als Bildungsträger, die Nachfrage nach Themen aus der Praxis der Gesundheitsdienstleistungen zu erkennen und diese mit einem zielgerichteten Angebot zu beantworten. In dieser

Weise kommen wir unserem Bildungsauftrag nach und tragen zum Praxis-Theorie-Transfer bzw. Theorie-Praxis-Transfer bei.

Weiterbildung Praxisanleitung

Einen elementaren Beitrag zum Theorie-Praxis-Transfer leisten die Experten in den verschiedenen Berufsfeldern und Fachdisziplinen in der praktischen Anleitung von Auszubildenden und Berufsanfängern bzw. neu eingestellten Mitarbeitern. Sie haben den Auftrag, die benötigte Handlungskompetenz im Berufsalltag zu vermitteln.

Um den anleitenden Personen Unterstützung in Form von Qualifikation zu geben, wurde unsere Weiterbildung zur Praxisanleitung neu konzipiert. Ziel der Bildungsmaßnahme ist die Schaffung und Sicherung eines einheitlichen, fachlich abgestimmten und hochwertigen Qualitätsniveaus der Anleitungssituationen.

Dies erfordert psychologische und pädagogische sowie Planungs- und Organisationskompetenzen der anleitenden Personen im Praxisfeld.

Um diese Kompetenzen zu schulen, vermitteln wir in unserer Weiterbildung unter anderem Kenntnisse zu Konzeptionen praktischer Ausbildung, gesetzlichen Anforderungen, Kommunikation, Präsentationstechniken, Beratung und Anleitung, Pädagogik, Didaktik und Methodik sowie Qualitätsmanagement, Fallarbeit und Theorie- / Praxisvernetzung.

Die Weiterbildung zur Praxisanleitung entspricht den Anforderungen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege sowie den verbindlichen Vorgaben der „NRW Arbeitsgruppe Bundesgesetz Altenpflege“.

Die modular strukturierte Weiterbildung beinhaltet 160 Theorie- und 40 Praxisstunden mit Anleitungs-Hospitation. Nach Absolvieren einer Facharbeit und des Kolloquiums schließen die Teilnehmer mit einem bewerteten Zertifikat ab.

An der Akademie für Gesundheitsberufe gGmbH werden die Bildungsprodukte wie auch die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse ständig im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses überprüft.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

- **Elisabeth-Krankenhaus nach DIN EN ISO 9001:2000, Zertifizierung**
- **Zentralinstitut für Anästhesie nach DIN EN ISO 9001:2000, Rezertifizierung**

Die Kliniken St. Antonius haben innerhalb des Berichtszeitraumes im Rahmen des internen Qualitätsmanagement zwei Bewertungen ihrer Qualität vornehmen lassen. Ziel hierbei war die Überprüfung der Qualitätsmanagementsysteme auf ihre Übereinstimmung mit den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2000 durch die dafür akkreditierten Institute.

Elisabeth-Krankenhaus

Im Jahre 2006 wurde mit der Implementierung eines QM-Systems im Elisabeth-Krankenhaus Velbert-Neviges begonnen. Das Elisabeth-Krankenhaus ist Teil des Zentrums für Geriatrie der Kliniken St. Antonius und stellt einen zentralen Bereich in der ganzheitlichen und abgestuften Versorgung des älteren akutkranken Patienten dar.

Das Vorhaben, ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem nach der DIN EN ISO einzuführen und zertifizieren zu lassen, wurde in Form eines Projektes beauftragt, geplant und durchgeführt (siehe dazu Qualitätsbericht 2006). Im Verständnis des Qualitätsregelkreislaufes (*PDCA*) wurden hier die Phasen *Plan* und *Do* durchlaufen. Die Bewertung des Erreichten und die Festlegung der weiteren Ziele für 2008 fand intern in Form einer Managementbewertung statt, an der die Betriebsleitung, der QMB und die Leitung des RQM teilnahmen.

Im Januar 2008 erfolgte dann die externe Bewertung (*Check*) durch ein dafür akkreditiertes Institut, das den Erfolg der Qualitätsbemühungen durch Ausstellung des Zertifikates bestätigte. Besonders positiv wurde seitens des Auditors der Durchdringungsgrad des Qualitätsgedankens, des Wissens um Methoden und Instrumente bei den Mitarbeitern aller Berufsgruppen hervorgehoben. Auch die an Zielen orientierte Klarheit und Schlüssigkeit der beschriebenen Kernprozesse rund um die Aufnahme, stationäre Behandlung sowie die Entlassung fanden ein deutliches Lob. Ein Verbesserungspotential wurde im Bereich der gelenkten Dokumente sowie in der Überprüfung der Lieferanten gesehen.

Auf Grundlage der Managementbewertung und des externen Audits wurden nun die Ziele für 2008 angepasst (*Act*) und die Maßnahmen systematisch geplant (*Plan*).

Hierzu einige Beispiele:

- Entwicklung und Einführung einer Prozessbeschreibung zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexpauschale
- Durchführung einer Lieferantenbewertung mit anschließendem Audit

- Verbesserung der Dokumentenstruktur auf Grundlage der geltenden Verfahrensweisung
- Prüfung und Optimierung weiterer Behandlungsprozesse (Ergotherapie, Pflegeüberleitung, Logopädie)

Im Verlauf des Jahres galt es, die übergeordneten Ziele in SMART-Ziele zu übersetzen und durch Festlegung und Umsetzung geeigneter Maßnahmen zu erreichen. Diese Arbeit wurde durch die Steuerungsgruppe koordiniert und in Qualitätszirkeln umgesetzt, die sich aus den jeweils beteiligten Berufsgruppen zusammensetzen. Parallel dazu wurden die bereits implementierten Prozesse wie z.B. der Aufnahmeprozess oder die koordinierte Visite evaluiert und bei Bedarf angepasst. Ergänzt wurden die Qualitätsaktivitäten durch interne Audits, Durchführung von Fortbildungen und Informationsveranstaltungen.

Am Ende des Jahres erfolgte die abschließende Managementbewertung, in der sowohl die Qualitätsmaßnahmen und Ergebnisse von 2008 unter die Lupe genommen als auch die Ziele für 2009 gesetzt wurden.

Durch die Systematik im Vorgehen konnte das QMS im Elisabeth-Krankenhaus insgesamt ausgebaut und gestärkt werden. Auf dieser Grundlage fühlten sich alle Beteiligten ausreichend vorbereitet, das für Januar 2009 geplante externe Betreuungsaudit gut zu meistern.

Zentralinstitut für Anästhesie an den Standorten Petrus Krankenhaus, Klinik Vogelsangstraße, Marienhospital Schwelm

Das Zentralinstitut für Anästhesie hat ein über alle seine drei Standorte geltendes Qualitätsmanagementsystem aufgebaut. Die Basis bildete hier, wie auch im Elisabeth-Krankenhaus, die DIN EN ISO 9001:2000. Diese standortübergreifende Qualitätssystematik wurde zuerst im Jahre 2004 durch die Erteilung eines Zertifikates und in den folgenden Jahren im Rahmen der Betreuungsaudits bestätigt. Für das erste Quartal 2008 sollte das Qualitätsmanagementsystem erneut vollständig auf die Normkonformität überprüft werden.

Die Vorbereitung auf die so genannte „Rezertifizierung“ war ein kontinuierlicher Handlungsbestandteil aller Beteiligten im Zentralinstitut für Anästhesie. In regelmäßigen Zyklen wurden berufsgruppenübergreifend interne Fortbildungen zum Qualitätsmanagement und die Besprechung der geltenden Verfahren geplant und umgesetzt. Das Ergebnis der durchgeführten internen Audits bestätigte einen hohen Durchdringungsgrad des Qualitätsmanagements bei allen Mitarbeitern. Ende 2007 fand eine abschließende interne Bilanz der QM-Tätigkeiten (Managementbewertung) unter Beteiligung des Chefarztes, der Leitung des Funktionsdienstes, des QMB und der Leitung des RQM statt. Dabei wurde sowohl ein bewertender Rückblick auf das Jahr 2007 gerichtet als auch eine Zielsetzung für 2008 vorgenommen.

Im März 2008 hat sich das Zentralinstitut für Anästhesie der externen Überprüfung gestellt. Der Auditor honorierte mit der erneuten Ausstellung des ISO-Zertifikates den hohen Erreichungsgrad der Normanforderung und die kontinuierliche Qualitätsentwicklung der Abteilung. Insbesondere wurde die neue Systematik der Dokumentenlenkung gelobt.

Auf dieser Basis konnte im Jahr 2008 das Qualitätsmanagementsystem weiter gefestigt und fortentwickelt werden. Analog der Entwicklung im Elisabeth-Krankenhaus wurde auch im Zentralinstitut für Anästhesie die Zielverfolgung über Qualitätszirkel geplant und einheitlich in allen drei Standorten umgesetzt. Die Ergebnisse der internen Audits gaben auch hier eine positive Resonanz über den kontinuierlichen Verbesserungsprozess in der Abteilung. Zum Jahresabschluss wurde das Erreichte im Rahmen der Managementbewertung überprüft und ein neuer Zeitplan für das Folgejahr vereinbart. Im April 2009 wird die Entwicklung des Qualitätsmanagementsystems im Begleitaudit überprüft.

Fazit

Beide zertifizierten Bereiche haben Qualitätszirkel implementiert, die die tägliche Arbeit ständig hinterfragen, neuen Gegebenheiten anpassen und im Sinne der Patienten weiterentwickeln. Mitglieder dieser Zirkel sind erfahrene Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen, die den kontinuierlichen Verbesserungsprozess als Ausgangspunkt der Qualitätspolitik verstehen und anwenden.

Auf dieser Basis ist es gelungen, das bereits Erreichte zu halten und den Verbesserungsempfehlungen der externen Auditoren zu folgen. Interne Audits dienen als Vorbereitung auf die geplanten externen Überprüfungen. Daraus resultierende Ergebnisse wurden zunächst den Abteilungsleitungen vorgestellt und anschließend berufsgruppenübergreifend kommuniziert.

Die Zertifikatsausstellung belegt die guten Ergebnisse der kontinuierlichen Qualitätsarbeit, die durch die Mitwirkung aller Beteiligten erreicht werden konnten. Für das Jahr 2009 ist eine intern organisierte Weiterbildungsmaßnahme mit dem Ziel einer Zusatzqualifizierung zum Qualitätsmanagementbeauftragten/ Internen Auditor geplant. An dieser Schulung werden 15 Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten und Zentrumsmanager aus verschiedenen Einrichtungen des Klinikverbundes teilnehmen. Damit soll der Kreis der im Qualitätsmanagement qualifizierten Personen erweitert und somit die Implementierung eines klinikweiten Qualitätsmanagementsystems weiter verfolgt werden.