

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

Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land Georgsmarienhütte

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 31.08.2009 um 13:00 Uhr erstellt.

DKTIG: <http://www.dktig.de>

ProMaTo: <http://www.netfutura.de>

# Inhaltsverzeichnis

	Einleitung
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses
A-2	Institutionskennzeichen des Krankenhauses
A-3	Standort(nummer)
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus
A-6	Organisationsstruktur des Krankenhauses
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses
A-9	Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses
A-10	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses
A-12	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses
A-14	Personal des Krankenhauses
B-[1]	Innere Medizin
B-[1].1	Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].6	Diagnosen nach ICD
B-[1].7	Prozeduren nach OPS
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-[1].11	Apparative Ausstattung
B-[1].12	Personelle Ausstattung
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden

## Qualitätssicherung

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

# Einleitung



Abbildung: Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land Georgsmarienhütte - Eingangsbereich

## Verantwortlich:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Dr. med. Ralf Engels	Verwaltungsdirektor	05421 - 302 - 221	05421 - 302 - 502	ralf.engels@diakonie-klinikum-osl.de
Dr. med. Gerd Werner	Chefarzt	05401 - 338 - 254	05401 - 338 - 266	gerd.werner@diakonie-klinikum-osl.de
Silke Wiemann	Pflegedienstleitung	05421 - 302 - 215	05421 - 302 - 502	silke.wiemann@diakonie-klinikum-osl.de

## Ansprechpartner:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Frank Metten	Controlling	05421 - 302 - 226	05421 - 302 - 472	frank.metten@diakonie-klinikum-osl.de
Stefan Spieker	stellv. Pflegedienstleitung	05421 302 216	05421 302 502	stefan.spieker@diakonie-klinikum-osl.de

**Links:**

[www.diakonie-klinikum-osl.de](http://www.diakonie-klinikum-osl.de)

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Dr. med. Engels, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

# Teil A - Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

## **A-1** Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

### **Hausanschrift:**

Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land Betriebsteil Georgsmarienhütte

Hospitalweg 1

49124 Georgsmarienhütte

### **Telefon:**

05401 / 338 - 0

### **Fax:**

05401 / 338 - 411

### **E-Mail:**

info@diakonie-klinikum-osl.de

## **A-2** Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260340454

## **A-3** Standort(nummer)

00

## **A-4** Name und Art des Krankenhausträgers

### **Name:**

Diakoniewerk Osnabrück gGmbH

### **Art:**

freigemeinnützig

## **A-5** Akademisches Lehrkrankenhaus

trifft nicht zu / entfällt

## A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

## A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt

## A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

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

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Es werden ganzjährliche Vortragsreihen angeboten.
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Wird als Leistungsangebot der physiotherapeutischen Abteilung, in Zusammenarbeit mit dem Pflegedienst angeboten
MP07	Beratung/Betreuung durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen	Versorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Ethikkomitee und Sterbebegleitung durch Hospizgruppe
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Zur Betreuung neurologischer Erkrankungen absolvierten Mitarbeiter der Physiotherapie und der Pflege die Bobath Ausbildung.
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Beratung erfolgt bei Bedarf durch eigene Diätassistenten
MP15	Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP21	Kinästhetik	Mitarbeiter der Berufsgruppen Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie werden regelmäßig geschult
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Wird bei uns ausschließlich durch speziell ausgebildete Therapeuten manuell durchgeführt
MP25	Massage	Es werden vielfältige Formen der Massage angeboten (z.B. klassische Massage, Triggerpunkt Massage, Fußreflexzonenmassage, Kolonmassage).

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manuelle Therapie	In der Physiotherapie haben mehrere Therapeuten die Manuelle Therapieausbildung. Aus dem Bereich der Osteopathie wird die Craniosakraltherapie angeboten.
MP00	Pflegeüberleitungsschwester	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	Es werden Warm- & Kalt- Anwendungen, und Elektrotherapie angeboten.
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Für stationäre und ambulante Patienten steht ein breitgeschultes Therapeutenteam zur Verfügung.
MP33	Präventive Leistungsangebote/ Präventionskurse	regelmäßige Informationstage und Vortragsreihen
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	Als Einzelbehandlung möglich
MP63	Sozialdienst	Beratung, Antragswesen zu Pflegestufen, Rehabilitationsmaßnahmen, AHB's, Vermittlung von stat. Pflegeplätzen, amb. Pflegeplätzen und Hilfsmittelverordnungen
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Kunstaussstellung, Gottesdienste
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Zusammenarbeit mit ext. Logopäden bei bestimmten Krankheitsbildern und Symptomen
MP49	Wirbelsäulengymnastik	Im stationären oder ambulanten Bereich findet für Patienten mit Rückenproblemen WS Gymnastik kombiniert mit Rückenschule statt.
MP51	Wundmanagement	Eine Wundsprechstunde wurde eingerichtet und mehrere Pflegekräfte für die Betreuung der Patienten bestimmt und ausgebildet.
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Die Selbsthilfegruppen haben Ihre Räumlichkeiten im Klinikum in Dissen.
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege	Kurzzeitpflege des gleichen Trägers im Nebengebäude. Ambulante Pflege des gleichen Trägers im Gebäude, regelmäßiges Treffen mit umliegenden Pflegeheimen und ambulanter Pflege.

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

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA01	Aufenthaltsräume	vorhanden
SA12	Balkon/Terrasse	vorhanden



Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA39	Besuchsdienst/ "Grüne Damen"	Grüne Damen bieten Hilfe und Gespräche an
SA23	Cafeteria	im Eingangsbereich
SA41	Dolmetscherdienste	durch Mitarbeiter
SA02	Ein-Bett-Zimmer	auf Wunsch erhältlich
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	auf Wunsch erhältlich
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	ein Fernsehgerät pro Zimmer
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	vorhanden, tägliche Befragung der Patienten durch das Küchenpersonal.
SA00	Hospizzimmer	
SA28	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten	im Eingangsbereich
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	Für Besucher und Patienten sind ausreichend kliniknahe, kostenlose Parkplätze vorhanden.
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)	auf den Stationen erhältlich
SA33	Parkanlage	direkt am Klinikum
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	auf Wunsch erhältlich
SA17	Rundfunkempfang am Bett	an jedem Patientenbett verfügbar
SA42	Seelsorge	Krankenhausseelsorger verschiedener Konfessionen
SA18	Telefon	an jedem Patientenbett verfügbar
SA09	Unterbringung Begleitperson	auf Wunsch des Patienten
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	auf Wunsch erhältlich
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	auf Wunsch erhältlich

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

trifft nicht zu / entfällt

### **A-11.1** Forschungsschwerpunkte

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

48 Betten

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

### **Vollstationäre Fallzahl:**

1498

### **Ambulante Fallzahlen**

#### **Fallzählweise:**

205

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

### **A-14.1** Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	7,5 Vollkräfte	
<b>davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	4,0 Vollkräfte	
<b>Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)</b>	0 Personen	
<b>Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind</b>	0 Vollkräfte	

### **A-14.2** Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	19,2 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen</b>	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Altenpfleger und Altenpflegerinnen</b>	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen</b>	0,0 Vollkräfte	2 Jahre	
<b>Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen</b>	3,1 Vollkräfte	1 Jahr	
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	0,0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
<b>Entbindungspfleger und Hebammen</b>	0 Personen	3 Jahre	
<b>Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen</b>	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	

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

## B-[1] Fachabteilung Innere Medizin

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

Innere Medizin

#### **Art der Abteilung:**

Hauptabteilung

#### **Fachabteilungsschlüssel:**

0100

#### **Hausanschrift:**

Hospitalweg 1

49124 Georgsmarienhütte

#### **Telefon:**

05401 / 388 - 254

#### **Fax:**

05401 / 388 - 266

#### **E-Mail:**

[www.diakonie-klinikum-osl.de](http://www.diakonie-klinikum-osl.de)

#### **Chefärztinnen/-ärzte:**

Titel:	Name, Vorname:	Funktion:	Tel. Nr., Email:	Sekretariat:	Belegarzt / KH-Arzt:
	Niemöller, Martha	Chefärztin	05401 338 256 martha.niemoeller@d iakonie-klinikum- osl.de	05401 338-254 (Mo- Fr. von 7:00 bis 14:00 Uhr)	KH-Arzt

### **B-[1].2** Versorgungsschwerpunkte [Innere Medizin ]

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin :	Kommentar / Erläuterung:
-----	---	--------------------------

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin :	Kommentar / Erläuterung:
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (Diabetes, Schilddrüse, ..)	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Geriatrische frühmobilisierende Komplexbehandlung wird durchgeführt. Mehrere Ärzte verfügen über die Weiterbildungsermächtigung in klinischer Geriatrie.
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	Alle Bekannten Suchttherapeutische Verfahren werden unter einem Dach angeboten.

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin :	Kommentar / Erläuterung:
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	

### **B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Innere Medizin ]**

trifft nicht zu / entfällt

### **B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Innere Medizin ]**

trifft nicht zu / entfällt

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

#### **Vollstationäre Fallzahl:**

1498

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

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

Rang	ICD-10- Ziffer* (3-stellig):	Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	F10	627	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
2	I50	93	Herzschwäche
3	F05	48	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt
4	J18	43	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
5	F13	27	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Beruhigungs- oder Schlafmittel
6	J44	26	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
7	I63	23	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
8	D46	21	Krankheit des Knochenmarks mit gestörter Blutbildung - Myelodysplastisches Syndrom
8	K56	21	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch

Rang	ICD-10- Ziffer* (3-stellig):	Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
10	E86	20	Flüssigkeitsmangel

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## B-[1].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

keine Angaben

## B-[1].7 Prozeduren nach OPS

### B-[1].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer (4-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	1-632	199	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
2	8-550	154	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen
3	1-650	111	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
4	8-800	104	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
5	1-440	76	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
6	8-985	69	Entzugsbehandlung von Suchtkranken
7	3-200	55	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
8	1-444	28	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung
9	8-561	25	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen
10	8-121	15	Darmspülung

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

keine Angaben

## B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr:	Art der Ambulanz:	Bezeichnung der Ambulanz:	Nr. / Leistung:	Kommentar / Erläuterung:
AM08	Notfallambulanz (24h)			
AM07	Privatambulanz			
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

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

Rang	OPS-Ziffer (4-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	1-650	21	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
2	1-444	7	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung
3	5-452	<= 5	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA03	Belastungs-EKG/Ergometrie	Belastungstest mit Herzstrommessung		
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	Mitnutzung des CT am Diakonie-Klinikum in Dissen
AA12	Gastroenterologisches Endoskop	Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung	Ja	
AA27	Röntgengerät/ Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)		Ja	
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall	Ja	



Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA31	Spirometrie/ Lungenfunktionsprüfung			

## B-[1].12 Personelle Ausstattung

### B-[1].12.1 Ärzte und Ärztinnen:

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	7,5 Vollkräfte	
<b>davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	4 Vollkräfte	
<b>Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)</b>	0 Personen	

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung:

Nr.	Facharztbezeichnung:	Kommentar / Erläuterung:
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ):	Kommentar / Erläuterung:
ZF07	Diabetologie	
ZF09	Geriatric	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF36	Psychotherapie	
ZF38	Röntgendiagnostik	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	

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

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	19,2 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Altenpfleger und Altenpflegerinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen</b>	0 Vollkräfte	2 Jahre	
<b>Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen</b>	3,1 Vollkräfte	1 Jahr	
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
<b>Entbindungspfleger und Hebammen</b>	0 Personen	3 Jahre	
<b>Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Arzthelferin</b>	0,6	3 Jahre	

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung:**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss:	Kommentar / Erläuterung:
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	

Nr.	Zusatzqualifikation:	Kommentar / Erläuterung:
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP08	Kinästhetik	
ZP12	Praxisanleitung	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP15	Stomapflege	

Nr.	Zusatzqualifikation:	Kommentar / Erläuterung:
ZP16	Wundmanagement	

**B-[1].12.3 Spezielles therapeutisches Personal:**Für die Organisationseinheit/Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
SP27	Stomatherapeut und Stomatherapeutin	
SP28	Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte	

# Teil C - Qualitätssicherung

**C-1** Teilnahme externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

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

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

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

**C-5** Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

# Teil D - Qualitätsmanagement

## **D-1** Qualitätspolitik

### **Qualitätspolitik**

Die Grundlage der Qualitätspolitik des Diakonie-Klinikums Osnabrücker Land gGmbH stellt unser Leitbild dar.

### Leitbild

Unser Leitbild wurde 2004 von einer Projektgruppe zusammen mit der Krankenhausbetriebsleitung entwickelt. Das Leitbild unseres Trägers wurde dabei beachtet und einrichtungsspezifisch operationalisiert. Zufriedene Kunden (Patienten, Angehörige, Gäste, etc.) stehen im Mittelpunkt aller Bestrebungen und jeglichen Handelns. Die Patienten dauerhaft professionell zu versorgen und damit den gesellschaftlichen Auftrag ernst zu nehmen, beinhaltet auch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen im Blick zu haben sowie konstruktiv und ergebnisorientiert zu Kommunizieren. Die Zusammenarbeit vertrauensvoll zu gestalten ist Ziel des Klinikums und ebenfalls im Leitbild festgeschrieben.

Die Leitbild des Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land gGmbH stützt sich auf folgende fünf Säulen.

- **Unser Auftrag heilen, bereuen und versorgen**
- **Unser Mittelpunkt: zufriedene Patienten**
- **Unsere Zusammenarbeit: vertrauensvoll**
- **Unser Führungsstil: unterstützend**
- **Unser Netzwerk: partnerschaftlich**

Auf dieser Grundlage wurden die Unternehmensziele für den Berichtszeitraum maßgeblich an den gesetzlichen und politischen Rahmenbedingungen ausgerichtet. Unter den gegebenen Voraussetzungen hat die Weiterentwicklung der Qualität in der Patientenversorgung eine besondere Bedeutung. Dieser Herausforderung hat sich das Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land gGmbH gestellt.

## D-2 Qualitätsziele

### Qualitätsziele

Vom Leitbild abgeleitet haben wir unsere Qualitätsziele, in die vier Perspektiven nach dem System der Balance Score Card (BSC) unterteilt.

- Finanzen/ Wirtschaftlichkeit
- Mitarbeiter
- Patienten/ Kunden Zuweiser
- Prozesse

Diese Ziele werden jährlich im Rahmen einer Managementbewertung (siehe Kapitel D 6) auf oberster Leitungsebene (Geschäftsführung, Betriebsleitung, Chefärzte, QM Beauftragter) überprüft und aktualisiert.

### Arbeitsbezogene Qualitätsziele- Prozessziele

Unsere arbeitsbezogenen Qualitätsziele sind formuliert für unsere identifizierten Kernprozesse „Aufnahme“, „Ambulanzen“, „Diagnostik“, usw..

So lautet unser Prozessziel für die Aufnahme:

Die Aufnahme der Patienten und ihrer Angehörigen ist aus unterschiedlichen Gründen eine Schlüsselfunktion für den gesamten weiteren Krankenhausaufenthalt.

Der Patient und seine Angehörigen erfahren eine an den Bedürfnissen orientierte Organisation und Gestaltung. Die Mitarbeiter der unterschiedlichen Bereiche gestalten die Aufnahmeorganisation in einer freundlichen und angsthemmenden Atmosphäre. Der Patient fühlt sich versorgt und erhält einen nachhaltig angenehmen Eindruck.

### Arbeitsbezogene Qualitätsziele- Einzelziele

Zu jedem Prozessziel haben wir in unseren Ablauf- und Vorgehensbeschreibungen messbare, nachvollziehbare, relevante, angemessene und spezifische Einzelziele formuliert, welche je nach Prioritätsgrad, von unseren Mitarbeitern überprüft werden.

Einzelziele für die Ablaufbeschreibungen der Aufnahme lauten z. B.:

- Jeder elektive Patient wird innerhalb der ersten 1 ½ Stunden seines Aufenthaltes sowohl administrativ, ärztlich und pflegerisch aufgenommen und bekommt ein Zimmer zugewiesen.
- Innerhalb von zwei Minuten hat jeder Patient einen Ansprechpartner um ihm Sicherheit zu geben.
- Jeder Patient wird innerhalb von 30 Minuten vom behandelnden Arzt begrüßt.
- Alle Notfallpatienten werden innerhalb von einer Stunde durch den Arzt behandelt.

### Zielüberprüfung

Die Auswertung der Überprüfung bzw. die Neufestlegung dieser spezifischen Ziele ist wiederum Teil der Managementbewertung (nähere Informationen finden Sie unter D6 Bewertung des Qualitätsmanagements in diesem Q-Bericht).

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

### **Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements**

#### **Aufbau**

Mit dem Aufbau eines strukturierten Qualitätsmanagementsystems beschäftigt sich unsere Einrichtung seit 2001. In 2008 wurde das Projekt QM durch die Betriebsleitung intensiviert, mit dem Plan eine Zertifizierung nach den KTQ- Kriterien im Jahr 2010 zu erreichen.

Strukturell haben wir unser QM-System folgendermaßen aufgebaut:

1. Projektplanung
2. Klärung der Personalien und der Zuständigkeiten
3. Projektdurchführung
4. Projektcontrolling/ Weiterführung des QM-Systems nach der evtl. Zertifizierung

#### **Projektplanung**

Wir haben uns entschieden die Beratung eines externen Unternehmens bei der Einführung unseres QM-System zu Hilfe zu nehmen. Durch diese Umständewurde der größte Teil der eigentlichen Projektplanung von den Beratern als Knowhow mitgebracht und innerhalb einer ersten Sitzung mit der Krankenhausbetriebsleitung auf die einrichtungsspezifischen Besonderheiten angepasst. Unser Projektplan sieht ein modulbezogenes Vorgehen vor (wird unter Projektdurchführung näher beschrieben), welches eine Zertifizierungsreife nach 24 Monaten als Ergebnis haben soll.

#### **Klärung der Personalien und Zuständigkeiten**

##### Lenkungsgruppe (LG)

QM ist eine Führungsaufgabe und somit ist die Einbindung der Krankenhausleitung eine Selbstverständlichkeit. Die Krankenhausleitung, ergänzt durch den Qualitätsmanagementbeauftragten bildet die sogenannte Lenkungsgruppe.

Für diese Lenkungsgruppe wurden folgende Aufgaben und Zuständigkeiten festgelegt:

- Die Betriebsleitung benennt den QMB und das QM-Team.
- Die LG trägt die Verantwortung für die gesamte Projektplanung.
- Die LG leitet den Betrieb sukzessive unter den neuen QM-Gesichtspunkten.
- Die LG setzt die Rahmenbedingungen und Grundlagen des Qualitätsmanagements im Rahmen des normativen Managements (z.B. Leitbild, Ethik, Führung usw.) fest.
- Die LG zeichnet sich verantwortlich für das Ressourcenmanagement.
- Die LG gewährleistet eine zeitnahe Steuerung aller QM-Aktivitäten.
- Die LG erstellt die Qualitätsziele und erklärt ihre Gültigkeit.
- Die LG entscheidet über sämtliche QM-Ergebnisse und gibt sie frei.
- Die LG sorgt für ein Controlling der QM-Umsetzung an Hand der Qualitätsziele (QM-Berichte, Bewertungen, Audits).
- Die LG ist Vorbild und Vorreiter.

#### Qualitätsmanagementbeauftragter (QMB)

Der schon genannte Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) ist hauptamtlich in der Einrichtung tätig. Er ist für alle QM-Aktivitäten zu 50 % seiner Arbeitszeit freigestellt. Im Organigramm ist er als Stabstelle unterhalb des Verwaltungsdirektors angesiedelt. Folgende Aufgaben- und Kompetenzbeschreibung ist für den QMB maßgeblich:

- Der QMB nimmt an allen Sitzungs-Terminen der Lenkungsgruppe und des QM-Teams teil.
- Der QMB ist Projekt-Leiter für die Einführung des QM-Systems und berichtet an die Betriebsleitung.
- Der QMB aktualisiert die Projektmanagement-Dokumentation (Projektsteuerung und Detail-Projektplan).
- Der QMB organisiert und leitet die regelmäßigen QM-Team-Sitzungen.
- Der QMB führt das QM-Team (Ansprechpartner für Fragen und Probleme).
- Der QMB erarbeitet gemeinsam mit Kollegen die Ablauf-Beschreibungen.
- Der QMB organisiert alle Optimierungs-Workshops und die Selbstbewertung in der Einrichtung.
- Dem QMB obliegt die Lenkung der in der Klinik verwendeten Formulare und Dokumente (Bestand, Aktualität, Verfügbarkeit von Formularen).
- Dem QMB obliegt die Lenkung der Organisations-Handbücher (Bestand, Aktualität, Verfügbarkeit).

#### Qualitätsmanagementteam (QM-Team)

Neben der Steuerungsgruppe, gibt es eine weitere Mitarbeitergruppe - das sogenannte Qualitätsmanagementteam. Bei uns sind im QM-Team 11 Mitarbeiter aus den Bereichen ärztlicher und pflegerischer Dienst sowie jeweils ein Mitarbeiter der Physiotherapie, der Funktionsabteilung, der MAV, der EDV-Abteilung und der Haustechnik. Ihre Aufgabenbeschreibung sieht wie folgt aus:



- Die Mitglieder des QM-Teams erarbeiten gemeinsam mit Kollegen die Ablauf-Beschreibungen inkl. der QM-Dokumente.
- Die Mitglieder des QM-Teams unterstützen den QMB bei der Erstellung des Organisationshandbuchs.
- Die Mitglieder des QM-Teams nehmen an allen QM-Sitzungen und Workshops teil.
- Die Mitglieder des QM-Teams sind verantwortlich für ausgewählte Prozesse (Prozess-Paten).
- Die Mitglieder des QM-Teams motivieren ihre Kollegen dazu, sich aktiv an der Entwicklung des QM-Systems zu beteiligen.
- Die Mitglieder des QM-Teams verstehen sich als Multiplikatoren im Haus und informieren interessierte Mitarbeiter über Grundlagen des Qualitätsmanagementsystems (nicht über Inhalte der Teamsitzungen).
- Die Mitglieder des QM-Teams nehmen an ausgewählten Optimierungs-Workshops teil und arbeiten aktiv bei der Selbstbewertung mit.
- Weitere Mitarbeiter wurden prozessbezogen hierarchie- und professionsübergreifend in das laufende Projekt ressourcenbezogen integriert.

## **Projektdurchführung**

Im Folgenden werden die Module des Projektes kurz vorgestellt.

### Stärken-/Schwächenprofil

Die Stärken- und Schwächenanalyse wurde in einem sog. Kurzcheck von Vertretern aller Abteilungen des Krankenhauses anhand der KTQ- Kriterien erstellt. Bestimmte Probleme konnten in diesem Zusammenhang direkt angesprochen oder gelöst werden.

### Mitarbeiterinformation

Im nächsten Schritt wurden alle Mitarbeiter des Krankenhauses über das QM- Projekt im Allgemeinen und über die daraus resultierenden Aufgaben informiert.

### Ist-Analyse

Um Prozesse optimieren zu können, ist es wichtig, zu Anfang erst einmal eine Ist- Analyse zu erstellen. Diese Ist- Analyse erfolgt im Regelfall in Interviewform, durchgeführt von einem Mitarbeiter des QM-Teams mit an dem Prozess beteiligten Personen. Es werden neben dem Ist- Zustand auch die „Probleme“ bzw. die Verbesserungspotentiale angesprochen. Der Mitarbeiter des QM-Teams dokumentiert das Ergebnis in Form einer Ablaufbeschreibung. Ebenso erstellt er eine Auflistung der relevanten Problemen und Ideen zur Problemlösung.

### Prozessoptimierung

In moderierten Workshops werden dann mit „Betroffenen“ und „Entscheidern“ die Ablaufbeschreibungen bearbeitet. Es wird über den Ist- Zustand und die Verbesserungspotentiale diskutiert und Entscheidungen über eventuelle Veränderungen der Vorgehensweisen werden getroffen. Die Ablaufbeschreibungen werden angepasst und nach Freigabe durch die Betriebsleitung als verbindliche Soll- Vorgabe an alle Mitarbeiter in Form eines EDV Organisationshandbuchs verteilt. Diese Optimierungen waren und sind der Kern unseren QM-Systems.

### Prozessüberprüfung

Die Prozessüberprüfung findet auf mehreren Wegen statt. Die von uns festgelegten Überprüfmechanismen werden im Kapitel D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements näher beschrieben.

### Prozessanpassung

Die in der Prozessüberprüfung festgestellten Probleme und Verbesserungspotentiale oder nötige Änderungen der Ablaufbeschreibungen führen dazu dass diese durch die Mitarbeiter des QM-Teams erneut bearbeitet und angepasst werden.

### Selbstbewertung

Anfang 2010 sieht unser Projektplan die Erstellung des Selbstbewertungsberichtes nach KTQ vor.

### Zertifizierung nach KTQ

Für den Sommer 2010 planen wir die Durchführung der Zertifizierung nach KTQ.

### **Projektcontrolling/ Weiterführung des QM-Systems nach der evtl. Zertifizierung**

Uns ist bewusst, dass QM einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess darstellt und somit niemals beendet werden kann. Unser Unternehmen profitiert jedoch bereits von den bisher erreichten Ergebnissen. Um diesen positiven Prozess auch nach Erhalt des Zertifikates weiterführen zu können, wenden wir Instrumente zur Qualitätsbewertung (vergl. D4) an und werten diese Ergebnisse im Rahmen von Strategiesitzungen, Leitungskonferenzen, Managementbewertungen oder sonstigen Veranstaltungen aus.

Ziel ist es unser QM-System zu verbessern und zu ergänzen, d.h. es werden kontinuierlich neue Ablaufbeschreibungen beauftragt, die Defizite und Schnittstellenproblematiken aufzeigen und somit einer Lösung zugeführt werden können.

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

### **Instrumente des Qualitätsmanagements**

Um eine hohe Qualität für die Patienten und weitere Kundenkreise zu gewährleisten, setzen sich die Mitarbeiter des Klinikums täglich engagiert ein. Dennoch ist eine kontinuierliche Überprüfung der Prozess- und Ergebnisqualität von großer Bedeutung für die Weiterentwicklung der Klinik.

Zur Überprüfung der Kundenzufriedenheit sowie zur Reflexion der definierten Prozesse und Abläufe stehen unter anderem folgende QM - Instrumente zur Verfügung

#### **Audits**

Audits beinhalten einen gezielten Frage-Antwort-Prozess zu vorab festgelegten Themenbereichen. Durch die Antworten der beteiligten Mitarbeiter kann abgeleitet werden, inwieweit eingeführte Regelungen, Verfahren, Ablaufbeschreibungen sinnvoll sind und eingehalten werden (können).

Im Klinikum unterscheiden wir Prozessaudits und Stationsaudits.

### Prozessaudits

Jede Ablauf- und Vorgehensbeschreibung wird einmal im Jahr von den Mitarbeitern des QM Teams (siehe Kapitel D2) überprüft. Erhoben wird die Einhaltung der festgelegten Vorgehensweisen, die Abarbeitung der Optimierungspotentiale. Zusätzlich werden weitere Verbesserungspotentiale erfasst.

### Stationsaudits

Um die Durchdringung des Systems zu gewährleisten, finden 1-mal im Jahr so genannte Stationsaudits statt. Es werden in allen Abteilungen anhand einer Checkliste der Bekanntheitsgrad des QM-Systems sowie die Einhaltung verschiedener Verbindlichkeiten geprüft.

### **Kundenmeinungsmanagement / Beschwerdemanagement**

Trotz des motivierten Einsatzes der Mitarbeitern des Klinikums, können in den komplexen Abläufen im Klinikum Probleme auftreten, die Anlass geben, die professionelle Arbeit weiterzuentwickeln. In diesem Zusammenhang haben Rückmeldungen der Kunden eine hohe Bedeutung. Durch eine offene 'Beschwerdekultur' sollen die Kunden zur Meinungsäußerung angeregt werden. Das Beschwerdemanagement versteht sich in diesem Zusammenhang als Instrument zur Ermittlung von Kundenwünschen und dient der Steigerung der Zufriedenheit von Patienten, Angehörigen, Betreuern und Gästen des Diakonie-Klinikums. Für das Kundenmeinungs- / Beschwerdemanagement im Klinikum wurden folgende Grundsätze definiert:

- Als 'Kunden' werden alle Patienten, Angehörige, Betreuer und Gäste im Klinikum bezeichnet
- Anregungen und Lob, Kritik und Beschwerden unserer 'Kunden' sind jederzeit willkommen  
=> dadurch werden Informationen über die Organisation und Ergebnisse der Arbeit zurückgemeldet
- Für die Annahme von Rückmeldungen, Kritik und Beschwerden sind alle MitarbeiterInnen des Klinikums verantwortlich

### **Projektmanagement**

Projektgruppenarbeit ist im Klinikum Bestandteil des Führungskonzepts. Dadurch wird ermöglicht, dass komplexe Vorhaben, ressourcenschonend und mit hoher Qualität praxisnah durchgeführt werden können. Die Projektteilnehmer anstehender Projekte setzen sich entsprechend der Aufgabenstellung berufsgruppenübergreifend zusammen. Der Projektauftrag wird klar formuliert und zeitlich terminiert. Die Vorgehensweise und eine Auswahl der im Berichtszeitraum durchgeführten Projekte sind unter D-5 beschrieben.

### **Befragung einzelner Kundengruppen**

Durch die Befragung der verschiedenen Kundengruppen erhält das Klinikum fundierte Hinweise auf Stärken und Entwicklungspotentiale. Die ausgewerteten Befragungsergebnisse dienen als Orientierungshilfe für Weiterentwicklungsprozesse der Klinik. Im Klinikum werden folgende Befragungsinstrumente in regelmäßigen Abständen eingesetzt:

#### Befragung niedergelassener Ärzte

Eine Befragung niedergelassener Ärzte fand erstmalig im Jahr 2006 statt. Ein Fragebogen sowie das Verfahren zur Durchführung wurden erarbeitet, erprobt und können für noch folgende Ärztebefragungen modifiziert werden. Weitere Befragungen der niedergelassenen Ärzte sind für das Jahr 2010 vorgesehen.

#### Patientenbefragung

Patientenbefragungen wurden in der Vergangenheit bereits mehrfach durchgeführt und ausgewertet, so dass grundsätzliche Erfahrungen im Umgang mit diesem Instrument vorliegen. Für das Jahr 2009 ist eine stichprobenartige Patientenbefragung vorgesehen die im Rahmen des Qualitätsmanagements in drei jährigem Abstand wiederholt werden soll.

#### Mitarbeiterbefragung

Die zuletzt 2006 durchgeführte Mitarbeiterbefragung war themenbezogen. Der Fragebogen bezog sich auf die Mitarbeiterzufriedenheit zur Umsetzung der zuvor eingeführten Führungsgrundsätze. Die Ergebnisse wurden im klinikinternen Intranet veröffentlicht. Im Sommer 2009 wird wieder eine umfangreiche Mitarbeiterbefragung zu verschiedenen Themen durchgeführt.

#### **Gremien / Kommissionen**

In themenbezogen eingerichteten Gremien und Kommissionen (wie z.B. Arzneimittelkommission, Hygienekommission, Transfusionskommission) werden gesetzliche Änderungen besprochen und dessen Umsetzung im Klinikum diskutiert. Eine Überprüfung und gegebenenfalls die Aktualisierung der bestehenden Regelungen und Ablaufbeschreibungen erfolgt in den regelmäßig stattfindenden Sitzungsterminen. Interdisziplinäre Teams nutzen dabei ihre Erfahrungen, um qualitativ hochwertige und effektive Lösungen für die entsprechenden Fragestellungen zu erarbeiten.

#### **QM- Handbuch**

Im Rahmen eines umfassenden Qualitätsmanagements werden die wichtigsten qualitätsrelevanten Prozesse, Strukturen und Informationen gegliedert und gebündelt. Die Ergebnisse fließen in ein QM-Handbuch ein. In diesem Handbuch sind Abläufe, Zuständigkeiten sowie ggf. mitgeltende Dokumentenachvollziehbar, verbindlich und überprüfbar dokumentiert. Das QM-Handbuch ist zentral im Intranet veröffentlicht und kann somit von jedem Mitarbeiter vom Arbeitsplatz aus eingesehen werden. Themenbezogene Handbuchbereiche, wie z. B. das Hygiene-, Medizinprodukte- oder Transfusionshandbuch, sind ebenfalls diesem Handbuch beigelegt. Damit die QM-Dokumentation einen praktischen Nutzen für die tägliche Arbeit

darstellen kann, werden die Ablaufbeschreibungen, Konzepte sowie weitere Dokumentationsunterlagen von den jeweiligen Fachkräften entwickelt.

#### Zielsetzung des QM-Handbuches

- Fehlerminimierung und Qualitätssicherung
- Steigerung der Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit (durch Transparenz für die Mitarbeiter und qualitativ hochwertige Leistungen für die Kunden)
- Verständnis von Arbeitszusammenhängen

#### Praktischer Nutzen des QM- Handbuches

- Nachschlagewerk für die Praktiker.
- Es bietet (neuen) MitarbeiterInnen eine Orientierungshilfe und Informationsgrundlage
- Erhält das 'Einrichtungs-Know-how' bei Mitarbeiterwechsel
- bewusste, systematische Auseinandersetzung mit eigenen Regelungen während der Standarderarbeitung
- Optimierung von Abläufen und Vermeidung von Doppelarbeiten

## **D-5 Qualitätsmanagementprojekte**

### **Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum**

Die meisten unserer Projekte sind im Rahmen der Einführung unseres Qualitätsmanagementsystems initiiert worden. Wir unterteilen unsere Projekte in zwei Gruppen. Zu einem gibt es die Projekte die im Rahmen der QM-Einführung direkt abgewickelt werden. Hier zu nennen sind z.B. die Einführung eines Entlassmanagements.

In der zweiten Gruppen sind zusätzliche Projekte zu nennen, welche eine Optimierung der einrichtungsinternen Abläufe zur Folge haben aber nicht unbedingt die Grundlage für eine erfolgreiche Zertifizierung bilden. Für diese Projekte haben wir eine verbindliche Regelung des Projektmanagements für unsere Einrichtung gewählt. Alle Projektideen werden von der Geschäftsführung gesichtet, evtl. genehmigt und beauftragt. Als zentraler Projektkoordinator ist der QMB ernannt. Die einzelnen Projektphasen unterteilen wir in Zielplanung, Vorplanung, Ausführungsplanung, Durchführung und Controlling. Unsere Regelung zum Projektmanagement beinhaltet auch ein festgelegtes Berichtswesen. Spätestens am Ende jeder dieser Phasen entscheidet die Geschäftsführung über das weitere Vorgehen. In 2008 sind bzw. werden folgende Projekte bei uns abgewickelt:

- Anbieterwechsel des Krankenhausinformationssystems - Januar 2008
- Zusammenlegung der Küchen / Standorte: Dissen und Georgsmarienhütte / Mai 2008
- Einführung des Speiseerfassungssystems - November 2008
- Überarbeitung des Aufnahmeassessments - Januar 2008
- Pflegeüberleitung Oktober 2008
- Einführung einer EDV-gestützten Onlinebestellung - Oktober 2008

#### Anbieterwechsel des Krankenhausinformationssystems - Januar 2008

Diakoniewerk Osnabrück - beleglose Auftragskommunikation just in time

Mit der neuen KIS-Lösung ClinicCentre von iSOFT wurde das zuvor einige Jahre etablierte medico\ls von Siemens abgelöst. ClinicCentre bietet der Klinik eine zukunftsfähige IT-Infrastruktur, die für die Aufgabenstellungen des Gesundheitswesens von morgen gerüstet ist und eine langfristige Perspektive sichert. Ganz entscheidend im Auswahlprozess war für uns neben dem technologischen und funktionalen Aspekt ein auf unsere spezifischen Bedürfnisse abgestimmtes Migrationskonzept, so Stephan Wille, Leiter der IT-Abteilung des Klinikums. Nach nur 9 Wochen Implementierungszeit ist unsere Auftragskommunikation für alle Funktionsbereiche sofort beleglos am 1. Januar 2008 in den Echtbetrieb gegangen. Schon nach kurzer Zeit konnte dadurch eine signifikante Optimierung der Kommunikation zwischen Stationen und Funktionsbereichen erreicht werden. Davon profitieren Mitarbeiter und Patienten, denn die Transparenz der Abläufe stieg und kürzere Wartezeiten konnten nach der Einführungsphase beobachtet werden.

#### Zusammenlegung der Küchen / Standorte: Dissen und Georgsmarienhütte- Mai 2008

Im Mai 2008 erfolgt die Zusammenlegung der Küchen an den Standorten Dissen und Georgsmarienhütte ins Diakoniewerk Klinikum nach Dissen. Die Warmzubereitung erfolgt ausschließlich in Dissen.

Die zubereiteten Speisen werden nach Georgsmarienhütte transportiert und vor Ort portioniert und verteilt.

#### Einführung des Speiseerfassungssystems - November 2008

Im November erfolgte die Einführung der Küchensoftware und elektronischen Menüerfassung der Firma Orgacard. Am Anfang stand die Eingabe der Stammdaten und die Einrichtung der Software. Die Mitarbeiter wurden in mehreren Terminen geschult und am 24. November startete der Echtbetrieb.

Somit können seitdem die Patienten aus einem größeren Angebot an Speisen auswählen. Es besteht die Möglichkeit eine Komponentenauswahl zu treffen, dies bedeutet, dass eine individuelle Befragung der Patienten nach ihren Essenswünschen unter Berücksichtigung der ärztlichen Diätverordnung erfolgt.

Folgende Kostformen (inkl. Kombinationsmöglichkeiten) werden den Patienten angeboten:

#### **Vollkost**

- traditionelle, regionale Küche

## **Gesundheitsmenü**

- Einhaltung der Vorgaben für gesunde Ernährung nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin für eine besonders ausgewogene Nährstoffzusammensetzung.
- Zielgruppe sind Ernährungsbewusste Essensteilnehmer und Patienten mit einer Kaloriendefinierten Kostformverordnung.

## **Leichte Vollkost**

- Berücksichtigung von Unverträglichkeiten bei unkomplizierten Magen, Leber, Galle, Darm und Pankreas-Erkrankungen. Das Menü wird auch diabetesgerecht hergestellt.

*(Auf Wunsch wird eine Suppe, ein Dessert und eine Kaffeemahlzeit gereicht.)*

## Überarbeitung der Pflegeanamnese (Pflegeassessment) - Januar 2008

Angestoßen durch die im Strategieworkshop abgesprochene Vereinheitlichung und Vereinfachung der Dokumentation wurde in einem Projekt der Pflegeanamnesebogen überarbeitet.

Eine Kleingruppe bestehend aus der Pflegedienstleitung, einer Abteilungsleitung und der Leitung der Krankenpflegeschule erstellten eine vierseitige Vorlage. Als Grundlage dienten die 'Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) von Nancy Rooper. Im Gegensatz zur bisher verwendeten Anamnese, die zum größten Teil im Ankreuzverfahren erstellt wurde bietet das neue Pflegeassessment, durch die Vorgabe von Fragen und Stichworten die Möglichkeit mit individuellen Formulierungen, in Freitextfeldern, eine dem einzelnen Patienten angepasste Anamnese zu erheben. Ebenso wurde darauf geachtet das bei den Stammdaten alle nötigen Angaben zum Patienten beinhaltet sind.

Diese Vorlage diene als Diskussionsgrundlage zur Vorstellung des neuen Pflegeassessments in den einzelnen Abteilungen des Hauses. Die sich aus dieser Vorstellung ergebenden Verbesserungen wurden in die überarbeitete dreiseitige Endfassung des Assessments aufgenommen. Im Anschluss daran wurde in einer Testphase der praktische Umgang erprobt. Im Januar 2008 wurde im internistischen Bereich mit der Implementierung des neuen Pflegeassessments begonnen. Zeitversetzt folgten im Laufe des Jahres dann alle anderen Fachabteilungen.

Seit August 2008 wird dieses Pflegeassessment im gesamten Diakonie Klinikum Osnabrücker Land eingesetzt.

Die bis jetzt gesammelten Erfahrung zeigen das wir auf dem richtigen Wege sind, aber es ist jetzt schon absehbar das je nach Schwere der Erkrankung und Fachgebiet eine individuelle Anpassung in den nächsten Jahren nötig sein wird.

## Pflegeüberleitung - Oktober 2008

Schon während der Überarbeitung der Pflegeanamnese stellte sich heraus, dass es sinnvoll wäre den bestehenden Pflegeüberleitungsbogen ebenfalls zu erneuern.

Es wurde eine Projektgruppe gebildet, bestehend aus den Abteilungsleitungen der verschiedenen Fachrichtungen. Ebenso war die stellv. Pflegedienstleitung eines benachbarten Pflege und Altenheimes, die sich im Praktikum für die Weiterbildung zur Pflegedienstleitung befand, Mitglied der Projektgruppe.

Diese Gruppe erarbeitete eine Pflegeüberleitung die im Aufbau dem Pflegeassessment entspricht. Sie ist ebenfalls nach den

‘Aktivitäten des täglichen Lebens’ (ATL) ausgerichtet wird aber zum größten Teil im ‘Ankreuzverfahren’ ausgefüllt. Da wir als Krankenhaus bei der Überleitung unserer Akutpatienten mit vielen weiterbetreuenden Einrichtungen des Gesundheitswesens zusammenarbeiten war es uns sehr wichtig auch die nachfolgenden Einrichtungen mit einzubeziehen. So wurde die von der Projektgruppe erarbeitete Vorlage im Rahmen einer Tagung der Pflegedienstleitungen der umliegenden Alten und Pflegeheime und Ambulanten Pflegestationen im Diakonie Klinikum in Dissen vorgestellt. Die Anwesenden bewerteten die vorgestellte Pflegeüberleitung als gute Grundlage. Einige Inhalte wurden angepasst. Viele der umliegenden Pflegeeinrichtungen übernahmen unseren Entwurf, so dass ein großer Teil der beteiligten Organisationen mit einem einheitlichen Instrument arbeitet.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an Hr. Stefan Spieker E-Mail: stefan.spieker@diakonie-klinikum-osl.de .

Seit Oktober 2008 arbeiten alle Abteilungen des Diakonie Klinikums Osnabrücker Land ausschließlich mit diesem Pflegeüberleitungsbogen.

#### Einführung einer EDV gestützten Onlinebestellung - Oktober 2008

In einem Krankenhaus müssen viele Räder ineinander greifen. Gerade beim Bestellwesen ist es daher wichtig das notwendige Hilfsmittel zu jeder Zeit in ausreichender Menge zur Verfügung stehen. Gleichzeitig aber sollen die Lagerkosten und -kapazitäten möglichst gering gehalten werden. Das gilt für Medikamente ebenso wie für Pflegehilfsmittel, Verbrauchsgüter und Krankenhausbettwäsche.

Bei den drei erstgenannten Bereichen arbeitet das Diakonie-Klinikum schon seit Jahren mit EDV-gestützten Bestellterminals einer Versandapotheke zusammen. Die Bestellungen wurden durch die Mitarbeiter eingegeben und zentral in der EDV gesammelt und übertragen. Durch Programmabstürze und eine veraltete Benutzeroberfläche kam es immer wieder zu Problemen bei der Bestellung oder bei der Suche nach bestimmten Artikeln.

Im Bereich der Wäschebestellung wurden von der Wäscherei mitgegebene Bestellzettel in den Abteilungen ausgefüllt und am nächsten Morgen an die Wäscherei gefaxt. Bei dieser Vorgehensweise kam es immer wieder zu Engpässen aufgrund von fehlenden Bestellungen.

Aus diesem Grund erfolgte 2008 in beiden Bereichen eine Umstellung auf ein EDV-gestütztes Onlinebestellsystem. Durch diese Umstellung ist jetzt jederzeit nachvollziehbar ob und welche Mengen bestellt worden sind und ob die Bestellung eingegangen ist. Ebenso ist die Suchfunktion für die Bestellung von Medikamenten und Verbrauchsgütern verbessert worden.

Im Vorfeld der Umstellung wurde auf den PCs der Abteilungen die Online- Bestellterminals der Versandapotheke und der Wäscherei eingerichtet. Die Mitarbeiter wurden vor der Umstellung des Systems geschult und angeleitet. Die einfache Handhabung des Systems ermöglichte es den Mitarbeitern sich problemlos einzuarbeiten. Eine enge Zusammenarbeit mit der Versandapotheke und der Wäscherei sorgte dafür, dass die Umstellung weitgehend reibungslos erfolgen konnte. Somit hat das Diakonie Klinikum Osnabrücker Land seit Oktober 2008 bei allen Hauptlieferanten ein EDV-gestütztes Onlinebestellwesen eingeführt.

Abschließend kann man sagen dass das Klinikum mit dem Umstellen der Systeme einen weiteren Schritt in Richtung



belegloses Krankenhaus gemacht hat.

### **Fortbildungen/ Informationsveranstaltungen**

Darüber hinaus führen wir Projekte zur Informationsverbesserung sowohl intern in unserer Einrichtung als auch mit den Überweisern bzw. Kollegen aus anderen Einrichtungen durch.

So finden regelmäßig Fortbildungen und Veranstaltungen für Fachpublikum, Patienten und Gäste statt.

#### Fortbildungen und Veranstaltungen für Fachpublikum, Patienten und Gäste

- **Risiko Darmkrebs**  
Referent: K. Groß 13/02/2008
- **Was wenn Essen und Trinken nicht mehr geht?** - Eine Herausforderung für Pflegende und Angehörige  
Referentin: Dipl. Pflw. S. Wiemann, Mitarbeiterin Pflege 20/02/2008
- **Therapie des Diabetes mell. Typ. 2** - neue Therapiemethoden (incl. diabetesgerechtes Ostermenue)  
Referenten: B. Meyer, Oberarzt Innere Abteilung Dissen, A. Wrobbel, Diätassistentin 05/03/2008
- **Palliativmedizin - Was ist das?**  
Referentin: M. Niemöller, Oberärztin Innere Medizin GMH26/03/2008
- **Organspende schenkt Leben**  
Referent: P. Poloczec Chefarzt Anästhesie Dissen  
Kolping Dissen 09/04/2009
- **Aspekte der Geburtshilfe in der Klinik - Die Logik der Gebärhaltung**  
Referentin: Hanna Fischer, Hebamme und Buchautorin 18/04 und 19/04/2009
- **Verhütung - Schwangerschafts- und Infektionsvorbeugung**  
Referent: G.F. van Doorn Chefarzt Gynäkologie/ Geburtshilfe Dissen 11/06/2008
- **Verschiedene Methoden zur Vermeidung einer Schwangerschaft**  
Referentin: Dr. med. M. Roether Oberärztin Gynäkologie/ Geburtshilfe Dissen 11/06/2008
- **Organspende schenkt Leben**  
Referent: P. Poloczec Chefarzt Anästhesie Dissen  
KFD DissenDissen 25/09/2009
- **Was tun bei Haemorrhoidalleiden- von der Diagnosestellung bis zur Therapie**  
Referenten: K. Groß Chefarzt Innere Medizin Dissen, A. Hassan Oberarzt Innere Medizin Dissen, M. Schäfer Oberärztin Chirurgie, A. Wrobbel, Diätassistentin 29/10/2008

#### Vorträge des Diakonie-Klinikums

- **Live-OP Workshop "IPOM-Laparoskopische Narbenherniotomie"**  
Diakonie-Klinikum OSL 28/11/2008

- **Minimalinvasive Leistenbruchchirurgie: Haben sich die modernen OP-Techniken bewährt?**  
Gesundheitszentrum, Bad Laer 14/09/2008
- **Parastomale Hernien - Laparoskopische Reparatur der Bauchwand (IPOM)", Hernienchirurgie im Wandel der Zeit**  
Paris Elancourt, 08/09/2008 - 09/09/2008
- **Live-OP Workshop "IPOM-Laparoskopische Narbenherniotomie"**  
Diakonie-Klinikum OSL 06/06/2008
- **Hernienchirurgie - minimalinvasiv vs. konventionell.**  
Haben sich die neuen OP-Techniken bewährt ? "  
Kreisärzteschaft OSL, Cantalooop Dissen 05/03/2008
- **Live-OP Workshop "IPOM-Laparoskopische Narbenherniotomie"**  
Diakonie-Klinikum OSL 16/11/2007

#### Interne Fortbildungsangebote

Im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung wurden die Mitarbeiter in 2007 zu folgenden Themenbereichen geschult:

- Aktuelle Aspekte der Schrittmachertherapie
- Diabetes Informationen/ Neuerungen
- Notfallkonzept Info Pforte
- Notfallschulung Theorie
- Notfallschulung Praxis
- Rückenschule
- Antidekubitussysteme - Einsatz und Umgang
- Umgang mit Patientenverfügungen
- Umgang mit Zytostatika
- Zertifizierung Steifverbandstechnik

Im Jahr 2008:

- Demenz
- Insulintherapie im stationären Bereich
- MRSA - Umgang und Dokumentation
- Multikulturelles Krankenhaus
- Notfallschulung Praxis
- Notfallschulung Theorie
- Praxistraining Bewegung/ Transfer

- Situative Notfallschulung
- V.A.C. Therapie
- Wundversorgung

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

### **Bewertung des Qualitätsmanagements**

#### Selbstbewertung

Auf der obersten Ebene haben wir eine Zertifizierung nach KTQ geplant. Wir werden uns Ende 2009 den Fragenkatalogen stellen und sämtliche Aspekte unseres QM-Systems vorstellen. Wir streben an uns im Sommer 2010 zertifizieren zu lassen.

#### Ziel- und Ablaufüberprüfungen

Darüber hinaus bewerten wir uns permanent durch unsere kontinuierlichen Ziel- und Ablaufüberprüfungen. Einige Mitarbeiter haben den Auftrag entweder permanent oder stichprobenartig einige unsere gesetzten Ziele zu überprüfen und die Ergebnisse an den Qualitätsmanagementbeauftragten zu melden. So werden z.B. die Anzahl der angelegten und ausgefüllten Aufnahmebögen und die Termintreue bei geplanten Radiologischen Untersuchungen gemessen. Die Gültigkeit und Einhaltung der verbindlich festgelegten Ablaufbeschreibungen wird jährlich von den Mitarbeitern des QM-Teams überprüft.

Weiterhin werden im Rahmen der Zielvereinbarungen des Projektmanagements Zwischen- und Endergebnisse abgestimmt und geprüft.

#### Managementbewertung

Die Ergebnisse werden zusammen mit weiteren Eingaben jährlich in der Managementbewertung bewertet. An dieser Managementbewertung nehmen die Betriebsleitung, alle Chefärzte und der Qualitätsmanagementbeauftragte teil.

Folgende Eingaben werden besprochen und bewertet:

- Letzter Bericht der Managementbewertung
- Protokolle der LG-Sitzungen; Protokolle der Prozessoptimierungen, inklusive bedeutende Ergebnisse des QM
- Dokumentation der Prozessüberprüfungen
- Dokumentation aller AB-Ziele inkl. der Überprüfung
- Bericht/Ergebnisse des Beschwerdemanagements
- Ergebnisse von Befragungen
- Überprüfung des „gelebten Leitbildes“
- Auswertung der Selbstbewertung/ Fremdbewertung (nur im jeweiligen Jahr)

- Planung der QM-Arbeit für das aktuelle Jahr
- Übersicht über Projektgruppen, Aufgaben, Ziele, Ergebnisse
- Spezifische Unterlagen der Krankenhausleitung als aktueller Lagebericht