

Strukturierter Qualitätsbericht

Krankenhaus Meisenheim

gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V
für das Berichtsjahr 2006

Ein Behandlungszentrum
des Landeskrankenhauses (AöR):

Rheinhessen-Fachklinik
| ZENTRUM FÜR PSYCHIATRIE Alzey
PSYCHOTHERAPIE UND NEUROLOGIE | 

Kinderneurologisches Zentrum
| ZENTRUM FÜR SOZIALPÄDIATRIE Mainz
FRÜHFÖRDERUNG UND SPINA BIFIDA-AMBULANZ | 

Rhein-Mosel-Fachklinik
| ZENTRUM FÜR PSYCHIATRIE Andernach
PSYCHOTHERAPIE UND NEUROLOGIE | 

Klinik Nette-Gut für Forensische
| AN DER RHEIN-MOSEL-FACHKLINIK Psychiatrie
ANDERNACH | 

Reha-Klinik Rheingrafenstein
| ZENTRUM FÜR GERIATRIE
ORTHOPÄDIE UND REHABILITATION | 

Glantal-Klinik Meisenheim
| ZENTRUM FÜR KRANKENHAUSBEHANDLUNG, NEUROLOGISCHE
REHABILITATION UND THERAPIE VON KOMMUNIKATIONSSTÖRUNGEN | 

Für das Jahr 2006



Teil A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	6
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-2	Institutionskennzeichen des Krankenhauses	6
A-3	Standort(nummer)	6
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers	6
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus	6
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	7
A-10	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses	8
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses	8
A-12	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V	8
A-13	Fallzahlen des Krankenhaus:	8
Teil B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	10
B-1	Fachabteilung Chirurgie und Unfallchirurgie	10
B.[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	10
B.[1].2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung	10
B.[1].3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	11
B.[1].4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	11
B.[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	11
B.[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	11
B.[1].7	Prozeduren nach OPS	11
B.[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	12
B.[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	12
B.[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	12
B.[1].11	Apparative Ausstattung	12
B.[1].12	Personelle Ausstattung	12
B-2	Fachabteilung Innere Abteilung	13
B.[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	13
B.[2].2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung	13
B.[2].3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	13
B.[2].4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	13
B.[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	13
B.[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	14
B.[2].7	Prozeduren nach OPS	14
B.[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	15
B.[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	15



B.[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.	15
B.[2].11	Apparative Ausstattung	15
B.[2].12	Personelle Ausstattung	15
Teil C	Qualitätssicherung	16
C-1	Teilnahme externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)	16
C.[1].1	Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate ...	16
C.[1].2	A Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren:	16
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	18
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	18
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	18
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V.....	18
C-6	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)	18
Teil D	Qualitätsmanagement	19
D-1	Qualitätspolitik	19
D-2	Qualitätsziele	21
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	22
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	24
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	24
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements.....	26
Teil E	Anschriften der Behandlungszentren des Landeskrankenhauses (AöR)	27



Einleitung

Das Krankenhaus Meisenheim ist ein Zentrum für Chirurgie und Unfallchirurgie und Innere Medizin in der Trägerschaft des Landeskrankenhauses (AöR).

Das Krankenhaus Meisenheim hat auf den Belegabteilungen (Unfall-) Chirurgie mit 20 Betten und Innere Medizin mit 25 Betten an.

Zum Januar 2007 fusioniert das Krankenhaus Meisenheim mit der Neurologischen Klinik Meisenheim zur Glantal-Klinik Meisenheim und ist dann ein Zentrum für Akutneurologie, Neurologische Rehabilitation, Chirurgie und Unfallchirurgie, Innere Medizin und zur Therapie von Kommunikationsstörungen in der Trägerschaft des Landeskrankenhauses (AöR).

Verantwortlich:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Email
Michael Kloos	Verwaltungsdirektor	06753 / 910 - 5461	m.kloos@reha.klinik-rheingrafenstein.de
Klaus Clemens	Pflegedirektor	06753 / 910 -4021	k.clemens@neurologische-klinik-meisenheim.de
Dr. med Katarina Hanf	Ärztliche Direktorin		k.hanf@krankenhaus-meisenheim.de

Links:

<http://www.glantal-klinik-meisenheim.de/>
<http://www.krankenhaus-meisenheim.de/>
<http://www.neurologische-klinik-meisenheim.de>
<http://www.rhein-mosel-akademie.de>
<http://www.landestkrankenhaus.de>

Sonstiges:

Leiter Referat Qualitätsmanagement:

Stephan Backs

Telefon: 02632 / 407 – 298

Fax: 02632 / 407 – 305

E-Mail: S.Backs@landestkrankenhaus.de

Zentraler Beauftragter Datenschutz / Gesundheitsmanagement / Innerbetriebliches Vorschlagswesen / Beauftragter des Arbeitgebers für behinderte Menschen

Dieter Heuft

Telefon: 02632 / 407 – 124

Fax: 02632 / 407 – 305

E-Mail: D.Heuft@landestkrankenhaus.de

Leiter Referat für Öffentlichkeitsarbeit:

Wolfgang Willenberg

Telefon: 02632 / 407 – 258

Fax: 02632 / 407 – 0



E-Mail: W.Willenberg@landeskrankenhaus.de

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Michael Kloos, Herrn Dr. Andreas Hachgenei und Herrn Klaus Clemens, 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:

Krankenhaus Meisenheim
Hinter der Hofstadt 8
55590 Meisenheim

Telefon:

06753 / 126 - 0

E-Mail:

info@glantal-klinik-meisenheim.de

Internet:

www.glantal-klinik-meisenheim.de

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260711647

A-3 Standort(nummer)

00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name:

Landeskrankenhaus Andernach - Anstalt des öffentlichen Rechts-

Art:

öffentlich

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

trifft nicht zu / entfällt

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Das Krankenhaus Meisenheim ist ein Belegkrankenhaus mit den Fachabteilungen:

- Chirurgie und Unfallchirurgie
- Innere Medizin

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	
MP04	Atemgymnastik	
MP06	Basale Stimulation	
MP07	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiter	
MP08	Berufsberatung/ Rehabilitationsberatung	
MP10	Bewegungsbad/ Wassergymnastik	In Kooperation
MP11	Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie	
MP13	Diabetiker-Schulung	In Kooperation
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	In Kooperation
MP15	Entlassungsmanagement	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/ Inkontinenzberatung	
MP24	Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	In Kooperation
MP31	Physikalische Therapie	
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik	
MP35	Rückenschule/ Haltungsschulung	
MP37	Schmerztherapie/ -management	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP45	Stomatherapie und -beratung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/ Orthopädietechnik	In Kooperation
MP48	Wärme- u. Kälteanwendungen	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	
MP51	Wundmanagement	
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Rheumaliga



A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA01	Aufenthaltsräume	
SA02	Ein-Bett-Zimmer	
SA04	Fernsehraum	
SA05	Mutter-Kind-Zimmer	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA07	Rooming-In	
SA09	Unterbringung Begleitperson	
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	
SA18	Telefon	
SA19	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)	Tee, Mineralwasser
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA24	Faxempfang für Patienten	
SA26	Friseursalon	
SA28	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	
SA32	Maniküre/ Pediküre	In Kooperation
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA39	Besuchsdienst/ "Grüne Damen"	
SA41	Dolmetscherdienste	
SA42	Seelsorge	

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

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

55 Betten

A-13 Fallzahlen des Krankenhaus:

Vollstationäre Fallzahl:

1827

Ambulante Fallzahlen



Sonstige Zählweise:

1827 (DRG-Bereich: (Aufnahme+Entlassung)/2)



Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Fachabteilung Chirurgie und Unfallchirurgie

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

Chirurgie und Unfallchirurgie

Art der Abteilung:

bettenführende Belegabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

1500

B.[1].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie und Unfallchirurgie:	Kommentar / Erläuterung:
VC26	Metall-/ Fremdkörperentfernungen	
VC27	Bandrekonstruktionen/ Plastiken	
VC28	Gelenkersatzverfahren/ Endo-Prothetik	
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	



B.[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B.[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

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

Vollstationäre Fallzahl:

762

B.[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Top 10 Diagnosen

Rang	ICD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	S06	44	Verletzung des Schädelinneren
2	S82	40	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
3	K80	39	Gallensteinleiden
4	K35	38	Akute Blinddarmentzündung
5	S72	35	Knochenbruch des Oberschenkels
6	K40	32	Leistenbruch
7	L03	30	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone
8	R10	28	Bauch- bzw. Beckenschmerzen
9	K57	26	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
9	S42	26	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms

B.[1].7 Prozeduren nach OPS

Top 10 Operationen

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	5-794	58	Operatives Einrichten eines mehrfachen Bruchs (Reposition) im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenanteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
2	5-470	56	Operative Entfernung des Blinddarms
3	8-930	49	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
4	5-850	48	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen



Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
5	5-511	46	Operative Entfernung der Gallenblase
6	1-654	45	Untersuchung des Mastdarms durch eine Spiegelung
7	5-787	42	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
8	5-893	40	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut
9	5-812	38	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) des Kniegelenks durch eine Spiegelung
10	5-530	34	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs

B.[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz:	Angebotene Leistung:	Art der Ambulanz:
Chirurgische Belegambulanz	Ambulante Behandlung im Rahmen der internistischen und chirurgisch/unfallchirurgischen Praxen der Belegärzte	Sonstige

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

B.[1].11 Apparative Ausstattung

trifft nicht zu / entfällt

B.[1].12 Personelle Ausstattung

B.12.1 Ärzte:

Ärzte insgesamt (außer Belegärzte):

0

Davon Fachärzte:

0

Belegärzte (nach § 121 SGB V):

1

B.12.2 Pflegepersonal:

Pflegekräfte insgesamt:

12,5



Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung):

11

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung):

11

B.12.3 Spezielles therapeutisches Personal:

-

B-2 Fachabteilung Innere Abteilung

B.[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Innere Abteilung

Art der Abteilung:

bettenführende Belegabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

0100

B.[2].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B.[2].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B.[2].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B.[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:

1065



B.[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Top 10 Diagnosen

Rang	ICD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	I50	109	Herzschwäche
2	I20	58	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris
3	J18	51	Lungenentzündung, Erreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
4	R55	43	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
5	E11	39	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
6	J44	37	Sonstige anhaltende Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege
7	I21	36	Akuter Herzinfarkt
8	I48	32	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
9	K29	30	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
10	N39	27	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase

B.[2].7 Prozeduren nach OPS

Top 10 Operationen

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	8-930	316	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
2	1-632	252	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
3	1-440	171	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
4	1-650	80	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
5	8-800	47	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
6	8-390	38	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z.B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett
7	5-431	25	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung
8	8-640	21	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation
9	8-152	19	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit
10	8-831	18	Legen, Wechsel bzw. Entfernung eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist



B.[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz:	Angebotene Leistung:	Art der Ambulanz:
Internistische Belegarztambulanz	Ambulante Behandlung im Rahmen der internistischen und chirurgisch/unfallchirurgischen Praxen der Belegärzte	Sonstige

B.[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B.[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

B.[2].11 Apparative Ausstattung

trifft nicht zu / entfällt

B.[2].12 Personelle Ausstattung

B.12.1 Ärzte:

Ärzte insgesamt (außer Belegärzte):

0

Davon Fachärzte:

0

Belegärzte (nach § 121 SGB V):

1

B.12.2 Pflegepersonal:

Pflegekräfte insgesamt:

15

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung):

13

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung):

13

B.12.3 Spezielles therapeutisches Personal:

-



Teil C Qualitätssicherung

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

C.[1].1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

Leistungsbereich:	Fallzahl:	Dokumentationsrate in %:	Kommentar:
Ambulant erworbene Pneumonie	73	98	Datenannahnefehler
Cholezystektomie	45	100	
**) Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche isolierte Aortenklappenchirurgie, Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Hüft-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel, hüftgelenknahe Femurfraktur, Knie-TEP-Erstimplantation, Knie-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie, isolierte Koronarchirurgie			Bei hüftgelenknaher Femurfraktur
Hüftgelenknahe Femurfraktur	23	100	
Gesamt	164	99	incl. Dekubitusprophylaxe

**) Da das BQS- Verfahren zur Dekubitusprophylaxe an die Leistungsbereiche isolierte Aortenklappenchirurgie, Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Hüft-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel, hüftgelenknahe Femurfraktur, Knie-TEP-Erstimplantation, Knie-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie gekoppelt ist, existieren hier keine gesonderten Angaben über Fallzahlen und Dokumentationsrate. Fallzahl und Dokumentationsrate im Leistungsbereich Dekubitusprophylaxe können aus den Angaben in den jeweiligen Leistungsbereichen abgelesen werden.

C.[1].2 A Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren:



C-1.2 A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt.

(1) Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI):	(2) Kennzahl- bezeichnung:	(3) Bew. Durch Strukt. Dialog:	(4) Vertr.-bereich:	(5) Ergebnis (Einheit):	(6) Zähler / Nenner:	(7) Referenz- bereich (bundesweit):	(8) Kommentar / Erläuterung:
Gallenblasen-entfernung Klärung der Ursachen für angestaute Gallenflüssigkeit vor der Gallenblasenentfernung	Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	8	entfällt	Ergebnis wurde dem Kranken- haus nicht mitgeteilt	entfällt	= 100%	
Gallenblasenentfernung Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reinterventions- rate	8	entfällt	Ergebnis wurde dem Kranken- haus nicht mitgeteilt	entfällt	<= 1,5%	
Gallenblasenentfernung Feingewebliche Untersuchung der entfernten Gallenblase	Erhebung eines histologischen Befundes	8	entfällt	Ergebnis wurde dem Kranken- haus nicht mitgeteilt	entfällt	= 100%	

C-1.2 A.II Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind.

C-1.2 B Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren / Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung:

C-1.2 B.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt:

C-1.2 B.II Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind:

C-1.2 C Vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zur Veröffentlichung empfohlene / noch nicht bzgl. ihrer methodischen Eignung bewertete Qualitätsindikatoren :

C-1.2 C.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt:

C-1.2 C.II Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind:



In der Spalte 3 Bewertung durch Strukt. Dialog ist in den Unterabschnitten C-1.2 A.I, C-1.2 B.I und C-1.2 C.I die Bewertung des Strukturierten Dialogs verpflichtend darzustellen. Aus folgender Liste ist die zutreffende Zahl ausgewählt:

- 8 = Ergebnis unauffällig, kein Strukturierter Dialog erforderlich
- 1 = Krankenhaus wird nach Prüfung als unauffällig eingestuft
- 6 = Krankenhaus wird nach Prüfung als positiv auffällig, d. h. als besonders gut eingestuft
- 2 = Krankenhaus wird für dieses Erhebungsjahr als unauffällig eingestuft, in der nächsten Auswertung sollen die Ergebnisse aber noch mal kontrolliert werden
- 3 = Krankenhaus wird ggf. trotz Begründung erstmals als qualitativ auffällig bewertet
- 4 = Krankenhaus wird ggf. trotz Begründung wiederholt als qualitativ auffällig bewertet
- 5 = Krankenhaus wird wegen Verweigerung einer Stellungnahme als qualitativ auffällig eingestuft
- 9 = Sonstiges
- 0 = Derzeit noch keine Einstufung als auffällig oder unauffällig möglich, da der Strukturierte Dialog noch nicht abgeschlossen ist

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

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

Leistungsbereich in dem teilgenommen wird:	Kommentar / Erläuterung:
Appendektomie	

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 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)

trifft nicht zu / entfällt



Teil D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Das Krankenhaus Meisenheim erbringt seine Versorgungs- und Betreuungsleistungen unter wirtschaftlichen Bedingungen und beachtet dabei die Qualität der Patientenversorgung in gleichem Maße. Qualitätsmanagement betrifft alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie alle Bereiche des Krankenhaus Meisenheim.

Im Krankenhaus Meisenheim, als Einrichtung des Landeskrankenhauses (AöR), ist das Qualitätsmanagement in der Kultur von Einrichtung und Träger verankert. In diesem Sinne ist das Referat für Qualitätsmanagement in die zuvor genannte Kultur des Krankenhaus Meisenheim einbezogen.

Das Qualitätsbewusstsein aller MitarbeiterInnen wird durch die Arbeit der Qualitätsbeauftragten des Krankenhaus Meisenheim und dem Referat Qualitätsmanagement kanalisiert. In Projektgruppen und Qualitätszirkeln wird kooperativ und im Austausch mit den MitarbeiterInnen vor Ort ständig an der Verbesserung von Prozessen, Funktionen und Abläufen gearbeitet. Die Arbeit der Qualitätsbeauftragten ist darauf ausgerichtet, in Zusammenarbeit mit dem Direktorium, der Qualitätskommission und dem Referat Qualitätsmanagement des Landeskrankenhauses (AöR) die „Qualitätspolitik des Landeskrankenhauses (AöR)“ weiterzuentwickeln und diese an den Konzepten des Landeskrankenhauses (AöR) zu orientieren und umzusetzen.

Es ist ein kontinuierliches Bestreben des Direktoriums und seiner Qualitätsbeauftragten, die Qualitätspolitik des Krankenhaus Meisenheim weiterzuentwickeln. In Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung, der Qualitätskommission und dem Referat Qualitätsmanagement werden in regelmäßigen Treffen Konzepte des Qualitätsverständnisses erarbeitet, an denen sich alle Einrichtungen des Landeskrankenhauses (AöR) orientieren und diese umsetzen. MitarbeiterInnen aller Ebenen, Berufsgruppen und der betrieblichen Mitbestimmung sollen in einem konstruktiv-kooperativen Verhältnis beteiligt werden. Auch das Krankenhaus Meisenheim wird diesem Anspruch gerecht.

Die Leitsätze zum Qualitätsmanagement im Landeskrankenhaus (AöR) und seinen Einrichtungen

Das Krankenhaus Meisenheim als Einrichtung des Landeskrankenhauses (AöR) hat die Einführung des Qualitätsmanagementsystems wesentlich mitgestaltet. In der Zusammenarbeit mit dem Referat QM und der Qualitätskommission wurden die nachstehenden Leitsätze zum Qualitätsmanagement durch die MitarbeiterInnen des Krankenhaus Meisenheim beeinflusst.

- Qualitätsmanagement im Krankenhaus Meisenheim bedeutet einen umfassenden Unternehmensentwicklungsprozess durchzuführen. Dies entspricht nicht nur dem gesetzlichen Auftrag des SGB V, sondern geht darüber hinaus.
- Damit ein solch umfassender Prozess ergebnisorientiert und beständig erhalten werden kann, darf er nicht an einzelne Personen gebunden sein. Vielmehr muss er auf der Basis



abgestimmter Konzepte im Rahmen eines Regelsystems und systematisch erfolgen.

- Ziel des Qualitätsmanagements ist es, die Umsetzung der bisher entwickelten und noch zu entwickelnden Konzepte des Landeskrankenhauses (AöR) in geregelter Weise zu steuern und zu begleiten. Damit werden neben den allgemeinen Anforderungen des Qualitätsmanagements gleichzeitig die bisherigen Entwicklungsschritte des Landeskrankenhauses (AöR) und seiner Einrichtungen gefestigt und weiterentwickelt.
- Instrument zur Erfassung des Status Quo, aber auch der erreichten Veränderungen, ist das KTQ-Manual (und ggf. für einige Bereiche zusätzliche, anerkannte Instrumente des Qualitätsmanagements).
- Ein QM-System einzuführen umfasst viele einzelne Themen und Aufgaben. Diese können nicht alle gleichzeitig im Arbeitsalltag bearbeitet werden. Demzufolge ist es wichtig, ein konsequentes Projektmanagement zu implementieren. In diesem ist die Qualitätskommission ein Steuerungsgremium, welches die Projektgruppen lenkt.

Zusammenarbeit mit dem Referat QM

Die Qualitätsbeauftragten und das Direktorium des Krankenhaus Meisenheim arbeiten in direkter Zusammenarbeit mit dem Referat Qualitätsmanagement des Landeskrankenhauses (AöR). Das Referat Qualitätsmanagement im Landeskrankenhaus (AöR) ist für die abgestimmte und erfolgreiche Entwicklung des Qualitätsmanagements als integralem Bestandteil der Unternehmenskultur verantwortlich. Es koordiniert die Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems unter dem Blickwinkel der konsequenten und kontinuierlichen Ausrichtung, Überprüfung und Integration aller Aktivitäten in das Qualitätsmanagement.

Alle Aktivitäten zur kontinuierlichen Entwicklung und Qualitätsverbesserung werden koordiniert und gesteuert, um sie nachvollziehbar und für Außenstehende transparent zu machen.

Bestehende Konzepte des Landeskrankenhauses (AöR)

Weitere Informationen finden Sie in den bereits veröffentlichten Broschüren der jeweiligen Konzepte.

- Das Leitbild des Landeskrankenhauses (AöR)
- Die Leitlinien zur Führung im Landeskrankenhaus (AöR)

Das Leitbild des Landeskrankenhauses (AöR)

Das Leitbild des Landeskrankenhauses (AöR) stellt einen Orientierungsrahmen für MitarbeiterInnen, PatientInnen, BewohnerInnen, NutzerInnen und PartnerInnen dar und will die Möglichkeit bieten den Wandel des deutschen Gesundheitswesens aktiv mitzugestalten. Es enthält Werte, Ziele und Grundsätze professionellen Handelns im Landeskrankenhaus (AöR) und seiner Einrichtungen, die wir mit allen MitarbeiterInnen in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess umsetzen und weiterentwickeln werden.



Die Verknüpfung von Patienten-, Mitarbeiter- und Unternehmenszielen spielt hierbei eine wichtige Rolle. Dieses Ziel wird verwirklicht, indem das Leitbild die Gestaltung der individuellen Beziehung zu den PatientInnen, BewohnerInnen und sonstigen NutzerInnen, aber auch zu den PartnerInnen und KollegInnen ausdrücklich in den Mittelpunkt der Tätigkeit stellt.

MitarbeiterInnen und Führungskräfte unterschiedlicher Berufsgruppen der verschiedenen Zentren des Landeskrankenhauses (AöR) haben von Sommer 1998 bis Frühjahr 1999 dieses Leitbild als verbindlichen Rahmen erarbeitet.

Die Leitlinien zur Führung im Landeskrankenhaus (AöR) und seinen Einrichtungen

Ziele von Führung

Führung zielt auf die Stabilisierung des Unternehmens durch seine gezielte Veränderung und Weiterentwicklung ab. Daher muss Führung dynamisch sein. Sie hat zum Ziel, dass sich das Unternehmen kontinuierlich weiterentwickelt und sich gemäß der sich wandelnden Anforderungen verändern kann. Durch dieses Ziel stehen dann im Wechsel jeweils die unternehmensbezogenen, die patientInnen-, die kundInnenbezogenen und die mitarbeiterInnenbezogenen Themen und Aufgaben im Vordergrund.

Da eine solche Dynamik nicht von selbst entsteht, ist es Aufgabe des Landeskrankenhauses (AöR) und seiner Führungskräfte, eine Führungskultur zu entwickeln, die diese Dynamik zielgerichtet herstellt. Dieses Ziel wird mit den Leitlinien und deren Umsetzung auch für das Krankenhaus Meisenheim verfolgt.

Zielsetzung der Leitlinien

Die Führungsleitlinien stellen einen Rahmen dar, innerhalb dessen sich die Führungstätigkeiten bewegen sollen. Damit ist zum einen ein Regelwerk als Orientierung für alle Führungskräfte erstellt. Zum anderen erhalten die Führungskräfte darin genügend Raum für die Entwicklung einer eigenen und individuellen Dynamik und Ausprägung ihrer Führungsarbeit.

Im Ergebnis sollen die Führungsleitlinien dazu beitragen, dass die Ausgestaltung des Verhältnisses zwischen Regelwerk einerseits und eigener Kreativität, individuellen Impulsen und Aktionen der Führungskräfte andererseits, gezielt zu der Entwicklung des Unternehmens beiträgt.

Die Führungsleitlinien treffen Aussagen zu den Dimensionen

- unternehmensbezogenen Aufgaben von Führung
- patientInnen-/ kundInnenbezogenen Aufgaben von Führung
- mitarbeiterInnenbezogenen Aufgaben von Führung

D-2 Qualitätsziele

Etablierung von Pflegestandards

Zielsetzung:



Innerhalb des Trägers ist der Arbeitskreis Pflegestandards etabliert, der trägerweite verbindliche Standards festlegt. Vom Qualitätsmanagement-Kreis wird ein Konzept zur begleitenden Einführung der Pflegestandards in BT1 und BT2 erarbeitet, welches die schrittweise Einführung und Hilfe bei der Umsetzung ermöglicht.

Konzept Information-Schulung- und Regelkommunikation der Mitarbeiter

Zielsetzung:

Die Sicherstellung einer transparenten Kommunikationsstruktur über alle Abteilungen und Hierarchieebenen des Krankenhauses Meisenheim, um einen einheitlichen Informationsstand aller Mitarbeiter unter Qualitätsmanagement-Gesichtspunkten zu gewährleisten.

Gewährleistung einer regelmäßigen Kommunikation unter Verwendung von Strukturen der Regelkommunikation

Die einheitliche Durchführung und Dokumentation von Schulungsmaßnahmen mit Sicherstellung einer umfassenden Dokumentation der Informationswege und des Informationsempfangs.

Konzept QM-Kreis zur Etablierung eines Qualitätsmanagements und der Zertifizierung

Zielsetzung:

Das Ziel des Qualitätsmanagement-Kreises KHM ist die Vorbereitung und Durchführung der Zertifizierung nach KTQ im Krankenhaus Meisenheim (Betriebsteil I und II).

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Organisatorische Stellung der Beauftragten

Zur operativen Unterstützung des Referates Qualitätsmanagement im Landeskrankenhaus (AöR) sind im Krankenhaus Meisenheim Betriebsteil 1 drei Qualitätsbeauftragte aus den Berufsgruppen Verwaltung, Medizin und Pflege benannt worden.

Die beauftragten Mitarbeiter sind an der Erarbeitung von Konzepten für das Krankenhaus Meisenheim und das Landeskrankenhaus (AöR) direkt beteiligt und stehen in engem Kontakt zu ihrem Direktorium.

Das Referat Qualitätsmanagement des Landeskrankenhauses (AöR)

Die Erarbeitung von Qualitätskonzepten wird in allen Einrichtungen des Landeskrankenhauses (AöR) durch eine Stabstelle des Trägers (Referat QM) koordiniert und unterstützt.

Es kann unabhängig von der bereits bestehenden Aufbau- und Ablauforganisation mit der Qualitätskommission, den Direktorien der Einrichtungen des Trägers und deren Qualitätsbeauftragten zusammenarbeiten.

Ergebnisse aus dieser Zusammenarbeit werden durch das Referat Qualitätsmanagement an die Geschäftsführung geleitet.

Die Geschäftsführung beurteilt die Ergebnisse und gibt die daraus zu ergreifenden Initiativen frei. Haben Projekte die Zustimmung der Geschäftsführung, so werden das Referat QM und die Direktorien



informiert und können in Arbeitsanweisungen für die Einrichtungen des Landeskrankenhauses (AöR) gesamt oder auch speziell für das Krankenhaus Meisenheim umgesetzt werden.

Die Qualitätskommission

Die Qualitätskommission des Landeskrankenhauses (AöR) ist ein überregional besetztes Komitee von Direktoren, Führungskräften und MitarbeiterInnen, das die Ziele des Referates festlegt und unterstützt. Die Qualitätskommission ist eine sich selbst organisierende, nur der Geschäftsführung unterstehende, Organisationseinheit. Sie tritt regelmäßig in Zweimonatsrhythmen unter der Moderation des Leiters des Referates QM zusammen.

Ziele und Aufgaben der Qualitätskommission

- Strategieentwicklung und Unterstützung der Leitung des Referates Qualitätsmanagement bei der Gesamtsteuerung der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in den Einrichtungen des Landeskrankenhauses (AöR).
- Abstimmung der Prioritäten mit dem Referat Qualitätsmanagement.
- Verabschiedung der Projektaufträge, des zeitlichen Rahmens und der Erfolgskriterien und gegebenenfalls Controlling sowie Evaluation der Projekte nach Erfolg, Aufwand und Bedeutung hin zu direkten Umsetzungsvorschlägen für die Geschäftsführung.
- Weiterleitung der Projektergebnisse an die Geschäftsführung.
- Unterstützung der Entscheidungs- und Verantwortungsträger bei der Umsetzung von Veränderungen.
- Schlichtung eventuell auftretender Differenzen und Konflikte bei der Entwicklung des Qualitätsmanagements und einzelner Projekte.
- Multiplikation des Qualitätsmanagements in die Einrichtungen des Landeskrankenhauses (AöR).
- Unterstützung durch eine zielgerichtete und systematische Kommunikation innerhalb und außerhalb des Unternehmens.

Organisatorische Stellung der Beauftragten

Zur operativen Unterstützung des Referate Qualitätsmanagement im Landeskrankenhaus (AöR) ist 2006 der Qualitätsmanagement-Kreis KHM gegründet worden.

In diesem Kreis wird die Arbeit von gegenwärtig 12 Qualitätsbeauftragten aus den Bereichen Pflege, Medizin, Funktion und Verwaltung koordiniert. Ziel ist die Vorbereitung und Durchführung und Zertifizierung nach KTQ. Ebenso werden Verbesserungsprojekte geplant und umgesetzt. Des weiteren werden die Mitarbeiter, das Direktorium und das Referat QM über den Projektfortschritt informiert.



D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

- QM-Beauftragtenstruktur mit einem Referat QM, einer Qualitätskommission im Träger und 12 QM-Beauftragten in der Einrichtung mit festgelegter Informationsstruktur,
- Qualitätsbericht,
- Qualitätszirkel in der Einrichtung und trägerübergreifend,
- Selbstbewertung nach KTQ-Manual,
- Leitbild,
- Führungsleitlinien,
- Organigramm,
- Führung von Mitarbeitergesprächen,
- Eigene Akademie zur strukturierten Fort- u. Weiterbildung,
- Projektmanagement,
- Prozessmodellierung,
- Beschwerdemanagement,
- Intranet,
- Innerbetriebliches Vorschlagswesen,
- Krankenhausinformationssystem (KIS),
- Zufriedenheitsmessung bei Patienten, Mitarbeitern und Einweisern.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Zusätzlich zu den Qualitätsprojekten der Klinik laufen im Träger der Einrichtung, dem Landeskrankenhaus (AöR) eine Vielzahl von z.T. Einrichtungsübergreifenden Projekten. Hier nur eine Auswahl der Projekte.

Projekt EDV-Ausfall

Zielsetzung:

Anweisung für jeden Mitarbeiter um die Patientenversorgung auch bei EDV-Ausfall zu gewährleisten.

Konzept Musterkurve Neurologie

Zielsetzung:

- einheitliche Kurvenführung und Abheften der patientenrelevanten Dokumente klare Strukturen für neue Mitarbeiter
- ausführliche Dokumentation für das multiprofessionellen Teams
- Förderung des stationsinternen und stationsübergreifenden Ablaufes
- Einhaltung der gesetzlichen Regelungen
- Transparenz der Qualität in Pflege und medizinischer Behandlung
- Minimierung der medizinischen und juristischen Risiken

Konzept Stationsbibliothek

Zielsetzung:



- Zeitnahe und umfassende Information der Mitarbeiter alle Abteilungen und der angegliederten Ambulanzen
- Zielsetzung ist es einen transparenten Überblick aller Dokumenten jederzeit zugänglich für alle Mitarbeiter zu ermöglichen.

Leitfaden Notfallmanagement

Zielsetzung:

- Die Durchführung von Sofortmaßnahmen in entsprechenden Notfällen. Es geht hier darum, die wenigen notwendigen Maßnahmen in kurzer Zeit richtig und reibungslos durchzuführen.

Projekt Leitlinien zum Umgang mit Beschwerden

Zielsetzung:

Zu einem Beschwerdemanagement gehören z. B.

- Eine schnelle Kanalisierung der Beschwerden innerhalb eine Einrichtung des Landeskrankenhauses (AöR)
- Flexible Problemlösungen
- Eine unkomplizierte Dokumentation und Auswertung von Beschwerden und
- Ihre tatsächliche Nutzung für interne Optimierung

Konzept Kostformkatalog

Zielsetzung:

- Bedarfsgerechte Ernährung aller Patienten im Krankenhaus z.B.
- Vollkost / Leichte Vollkost
- Energiedefinierte Diäten
- Protein- / Elektrolytdefinierte Diäten
- Gastroenterologische Diäten
- Sonderdiäten

Projekt Stationskonzept

Zielsetzung:

- Zur Darstellung der Arbeitsweise und der fachlichen Schwerpunkte der einzelnen Stationen sowie zur Koordinierung der abteilungsübergreifenden Zusammenarbeit wird ein Stationskonzept erstellt.

Konzept zur Dokumentation von Dienstabweisungen

Zielsetzung:

- Erstellen einer konkreten Anleitung vom Umgang von Dienstabweisung für alle MitarbeiterInnen

Konzept zur Koordinierung der Diagnostikabteilung BT1 und BT2

Zielsetzung:

- Im Rahmen der Zusammenführung der Diagnostikabteilung von BT1 und BT2 erarbeitet die Abteilung ein Konzept zur



Optimierung der Abteilungsstruktur, der Arbeitsabläufe, der Rahmendienstplangestaltung und der Personaleinsatzplanung. Ziel ist es den Anforderungen des Arbeitszeitgesetzes, der medizinischen Leitlinien und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit Rechnung zu tragen.

Konzept zur Information, Schulung und Regelkommunikation

Zielsetzung:

- Dieses Konzept soll sicherstellen, dass vom Direktorium des Krankenhauses Meisenheim getroffene Entscheidungen und Anweisungen, Termine von (Pflicht-) Fortbildungen und andere wesentliche Informationen jeden Mitarbeiter der Einrichtung pünktlich erreichen und dies in schriftlich dokumentierter Form später jederzeit nachvollziehbar ist. Um zuverlässig alle Führungsebenen zu erreichen, wurde für die Verbreitung von Informationen das Instrument der Regelkommunikation eingeführt.

Organisationshandbuch Pforte

Zielsetzung:

- Die Pforte als zentrale Anlaufstelle für Patienten, Angehörige
- Ziel der Pforte ist es die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten, Mitarbeiter und Besucher so gut wie möglich, schnellstmöglich und gewissenhaft zu erfüllen. Daher soll ein Organisationshandbuch erstellt werden, welches die Arbeitsweise der Pforte und die Koordinierung mit den anderen Abteilungen darstellt.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt:

Im Berichtszeitraum wurde in der Krankenhaus Meisenheim die erste Selbstbewertung nach dem Manual der KTQ® abgeschlossen und analysiert und aus den Ergebnissen diverse Optimierungsmaßnahmen abgeleitet. In enger Zusammenarbeit der Qualitätsbeauftragten mit dem Referat Qualitätsmanagement des Landeskrankenhauses (AöR), haben die Qualitätsbeauftragten des Krankenhaus Meisenheim hierfür die Projektplanung erarbeitet und mit ihrem Direktorium abgestimmt. Momentan befindet sich die Einrichtung in den Anfängen der Durchführung einer zweiten Selbstbewertung zur Messung des Erfolges dieser Optimierungsmaßnahmen.

Zum Projektstart der KTQ®- Selbstbewertung erfolgte eine umfassende Informationskampagne für alle Mitarbeiter. Durch eine Sonderausgabe der Mitarbeiterzeitschrift „Forum“ und ein Anschreiben des Direktoriums an ausgewählte Mitarbeiter wurde eine Transparenz der Selbstbewertung sichergestellt.

Durch die diversen Veranstaltungen zum Thema Qualitätsmanagement und die das Qualitätsmanagement betreffenden Konzepte, konnte eine deutliche Sensibilisierung für das Thema Qualitätsmanagement festgestellt werden.



Teil E **Anschriften der Behandlungszentren des Landeskrankenhauses (AÖR)**

Rheinhessen-Fachklinik Alzey

Dautenheimer Landstraße 66
55232 Alzey
Telefon: 06731 / 50 – 0
E-mail: info@rheinhessen-fachklinik-alzey.de

Kinderneurologisches Zentrum Mainz

Hartmühlenweg 2-4
55122 Mainz
Tel.: 06131 / 378-0
Fax: 06131 / 378-210
E-mail: info@kinzmainz.de

Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach

Vulkanstraße 58
56626 Andernach
Telefon: 02632 / 407 – 0
E-mail: info@rhein-mosel-fachklinik-andernach.de

Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie

Am Nette-Gut 2
56575 Weißenthurm
Telefon: 02637 / 911 – 0
E-mail: info@klinik-nette-gut.de

Reha-Klinik Rheingrafenstein Bad Münster a. St.-Ebg

Berlinerstraße 63 - 65
55585 Bad Münster am Stein-Eberburg
Telefon: 06708 / 620 – 0
E-mail: info@reha-klinik-rheingrafenstein.de

Glantal-Klinik Meisenheim

Liebfrauenbergstraße
55590 Meisenheim
Telefon: 06753 / 910 – 0
E-mail: info@glantal-klinik-meisenheim.de

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ auf der Basis der Software ProMaTo® QB erstellt.