

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

Nachsorgeklinik Bergstraße

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 30.10.2007 um 14:14 Uhr erstellt.

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

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

# Inhaltsverzeichnis

	<b>Einleitung</b>
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
B-[1]	<b>Innere Medizin A</b>
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	Hauptdiagnosen 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
B-[2]	<b>Sonstige Fachabteilung</b>
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[2].2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[2].3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[2].4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD
B-[2].7	Prozeduren nach OPS
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

- B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-[2].11 Apparative Ausstattung
- B-[2].12 Personelle Ausstattung
- C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 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 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V
- C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)
- 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: NACHSORGEKLINIK BERGSTRASSE, 64625 Bensheim-Auerbach, Mierendorffstraße 2

Der vorliegende Qualitätsbericht der **NACHSORGEKLINIK BERGSTRASSE** für das Jahr 2006 gibt einen systematischen Überblick über unsere Einrichtung, Leistungen und Qualität. Zielgruppe sind alle Interessierten, Patientinnen und Patienten, Angehörige und Bezugspersonen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Kooperationspartner und Krankenkassen.

**Die NACHSORGEKLINIK BERGSTRASSE ist eine Einrichtung der HDV gemeinnützigen GmbH - einem Unternehmen des Hessischen Diakonievereins e.V., Darmstadt.** 2006 wurde das 100-jährige Bestehen gefeiert. Die Gründung erfolgte durch Pfarrer Johannes - Guyot. Die Einrichtung gehört zu einem Verbund mehrerer diakonischer Krankenhäuser und Seniorenzentren in Rheinland-Pfalz und Hessen. Christliche Führung und zeitgemäßes Management sind richtungsweisende Zielsetzungen des Trägers, um die kompetente Behandlung der Patienten, die erfolgreiche Weiterentwicklung des Krankenhauses und den gesetzlichen Auftrag sicher zu stellen. Innovationen und die Erhaltung bewährter Traditionen, wie die professionelle Mitarbeiterförderung, sind Maßnahmen der fortschreitenden Qualitätsentwicklung. Eine wichtige Säule der wirtschaftlichen Unternehmensführung ist der stetige Ausbau der Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern in der medizinischen Behandlung und Gesundheitsversorgung.

Die **NACHSORGEKLINIK BERGSTRASSE** ist ein evangelisches Krankenhaus mit dem speziellen medizinischen Versorgungsauftrag in der rehabilitativen Nachsorge und medizinischen Behandlung. Träger ist die HDV gGmbH, eine Einrichtung des Hessischen Diakonievereins e.V., in Darmstadt.

In gepflegter und ruhiger Lage im Kurgebiet von Bensheim-Auerbach bietet sich den Patienten und deren Angehörigen hier eine besondere Atmosphäre. Das durch den Jugendstil geprägte Haus wurde umfassend renoviert. 2006 wurden die Therapiebereiche der Physiotherapie sowie der Diagnostische Bereich neu gestaltet und modernisiert. Ein umfangreiches Leistungsspektrum mit kompetenter und individueller medizinischer Behandlung und Pflege wird gewährleistet.

Der medizinisch-therapeutische Ansatz ist auf die Weiterbehandlung von Patienten mit akuten und chronischen Erkrankungen direkt im Anschluss an die Erstversorgung ausgerichtet. Neben der ärztlichen und der pflegerischen Versorgung zur Heilung und Linderung von Krankheiten ist vorrangiges Ziel die Rückgewinnung und Erhaltung von Mobilität und Selbstständigkeit der Patienten. Für jeden Patienten wird ein individuelles und bedarfsgerechtes Behandlungskonzept in Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen erstellt:

- Ärzten
- Pflegefachkräften
- Krankengymnasten
- Physiotherapeuten
- medizinischen Bademeistern
- Masseuren
- Ergo- und Logotherapeuten
- Fachpersonal externer medizinischer Fachzentren, z.B. Dialyseeinrichtung

Wirtschaftliche Unternehmensführung und Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern hat einen hohen Stellenwert, um die Versorgungskette und die Anbindung der Nachsorgeklinik zwischen Krankenhäusern und weiterbehandelnden medizinischen und pflegerischen Institutionen zu sichern. Diese Arbeit wurde 2006 mit sehr viel Engagement und Leistungen durchgeführt.

**Verantwortlich:**

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Ute Bieg	Qualitätsmanagement/ Leitern QM	06151-602-829	06151-602-838	ute.bieg@hdv-darmstadt.de

**Ansprechpartner:**

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Dr. Martin Zentgraf	HDVgemeinnützige GmbH/ Geschäftsführer	06151-602-820	06151-602-838	martin.zentgraf@hdv-darmstadt.de

**Links:**

[www.hdv-darmstadt.de](http://www.hdv-darmstadt.de)

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Dr. Martin Zentgraf, 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:**

Nachsorgeklinik Bergstraße  
Mierendorffstraße 2  
64625 Bensheim - Auerbach

### **Telefon:**

06251 / 936 - 0

### **Fax:**

06251 / 936 - 444

### **E-Mail:**

nachsorgeklinik@hdv-darmstadt.de

### **Internet:**

www.hdv-darmstadt.de

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

260640333

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

00

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

### **Name:**

HDV gGmbH / ein Unternehmen des Hessischen Diakonievereins e.V.

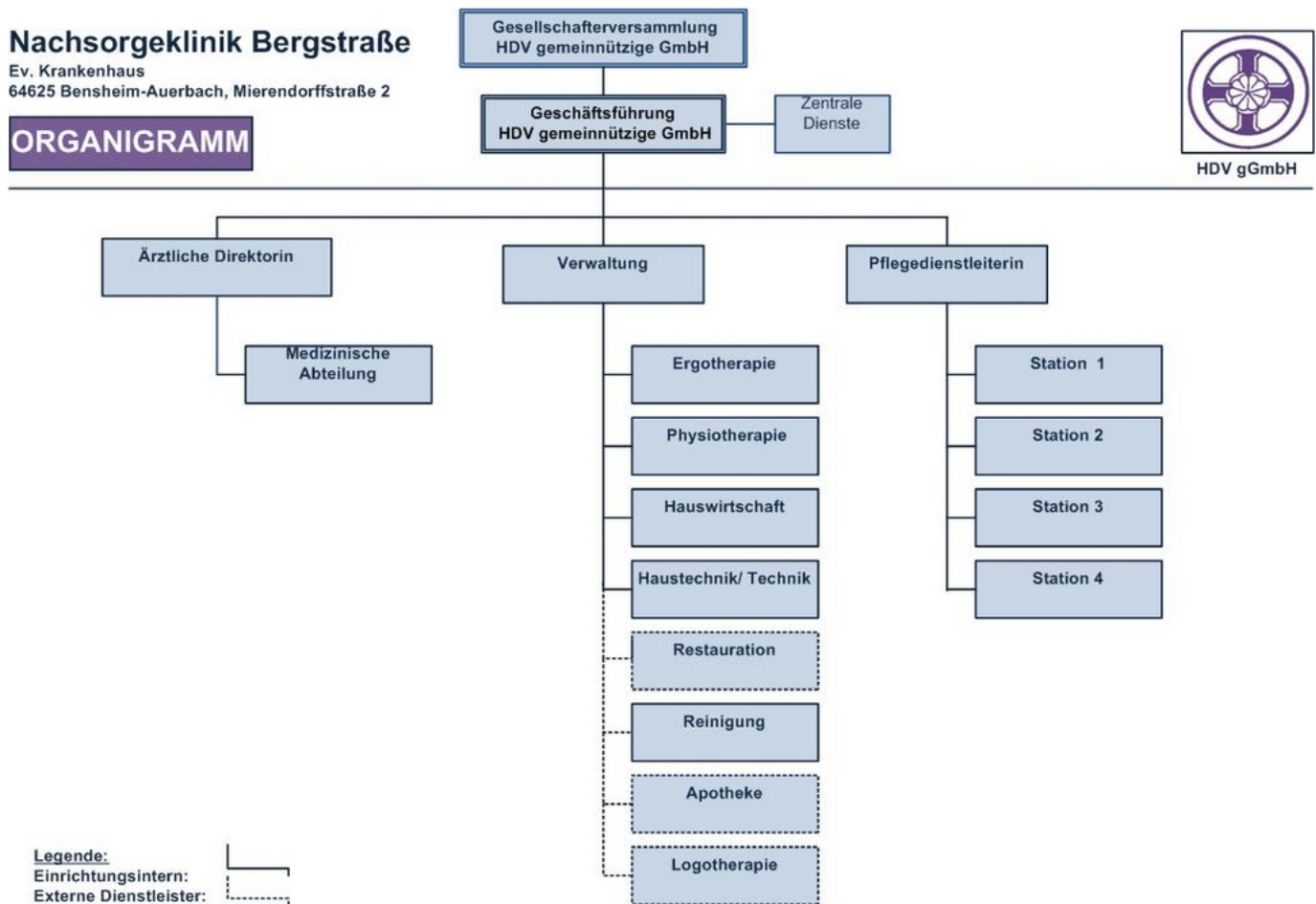
### **Art:**

freigemeinnützig

## **A-5** Akademisches Lehrkrankenhaus

trifft nicht zu / entfällt

## A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



Organigramm: Organisationsstruktur NACHSORGEKLINIK BERGSTRASSE, 64625 Bensheim-Auerbach, Mierendorffstraße 2

Das Organigramm stellt die Arbeits-, Funktions- und Zuständigkeitsbereiche sowie die Führungsebenen grafisch dar. Die NACHSORGEKLINIK BERGSTRASSE ist in die Verantwortungsbereiche Pflege, Verwaltung und Ärztlicher Bereich gegliedert. Die zuständigen Führungskräfte sind im Direktorium gemeinsam vertreten. Sie unterstehen der Geschäftsführung der HDV gGmbH, einem Unternehmen des Hessischen Diakonievereins e.V..

Unterstützende Aufgabenbereiche werden durch Zentrale Dienste der HDV gemeinnützigen GmbH ausgeführt, wie:

- Buchhaltung, Rechnungsprüfung
- Controlling
- EDV
- Med. Controlling
- Personalabteilung
- Qualitätsmanagement
- Hygiene

- Arbeitssicherheit
- Öffentlichkeitsarbeit

Die hausinterne Fortbildung wird durch das Bildungsprogramm der Aus- und Fortbildung der Schwesternschaft des Hessischen Diakonievereins e.V. ergänzt.

### **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	
MP08	Berufsberatung/ Rehabilitationsberatung	bedarfsgezogene Reha-Beratung
MP09	Besondere Formen/ Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Ein spezielles Konzept wurde von Dr. Zentgraf, dem Leiter des Ethik-Komitee der Nachsorgeklinik Bergstraße, entwickelt. Gezielte Schulungen fanden für MitarbeiterInnen im Rahmen des Bildungsprogramms des Hessischen Diakonievereins statt.
MP10	Bewegungsbad/ Wassergymnastik	
MP11	Bewegungstherapie	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassungsmanagement	
MP16	Ergotherapie	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP22	Kontinenztraining/ Inkontinenzberatung	bedarfsbezogen durch geschultes Fachpersonal sowie in Zusammenarbeit mit externen Fachberatern

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP24	Lymphdrainage	nach ärztlicher Anordnung
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	Angebot durch externe Dienstleister
MP31	Physikalische Therapie	
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik	Behandlung von Patienten, die nach Krankheit oder Unfall in ihrer Mobilität eingeschränkt sind und noch keine Rehabilitationsfähigkeit erlangt haben, bei denen eine intensive aktivierende Therapie erforderlich ist: KG, Physiotherapie, Gangschulungen, Gleichgewichtsübungen, etc.
MP33	Präventive Leistungsangebote/ Präventionskurse	Beratung und Kontaktvermittlung zu Selbsthilfegruppen
MP35	Rückenschule/ Haltungsschulung	bedarfsbezogen im Rahmen des individuellen patientenbezogenen Behandlungskonzepts
MP37	Schmerztherapie/ -management	Medikamentöse Schmerztherapie nach dem WHO-Stufenschema und Beratung bei Tumorpatienten
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen	bedarfsbezogen im Rahmen der medizinischen und therapeutischen Behandlung, z.B. der Ergo- und Physiotherapie
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/ Logopädie	
MP45	Stomatherapie und -beratung	bedarfsbezogen durch geschultes Fachpersonal sowie durch externe Dienstleister
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/ Orthopädietechnik	bedarfsbezogen in Zusammenarbeit der Physio- und Ergotherapeuten mit externen Dienstleistern
MP48	Wärme- u. Kälteanwendungen	nach ärztlicher Anordnung
MP49	Wirbelsäulengymnastik	bedarfsbezogen im Rahmen des medizinischen individuellen patientenbezogenen Behandlungskonzepts
MP51	Wundmanagement	Chirurgische Nachsorge: Wundbehandlung bei chronischen Ulcerationen, nach Operationen, bei Wundheilungsstörungen, wie Platzbauchbehandlung durch geschultes Fachpersonal
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

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

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA01	Aufenthaltsräume	
SA02	Ein-Bett-Zimmer	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA04	Fernsehraum	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	in dem modernisierten Bereich der Nachsorgeklinik
SA09	Unterbringung Begleitperson	
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA12	Balkon/ Terrasse	
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	in den modernisierten Bereichen Fernsehanschluss vorhanden
SA17	Rundfunkempfang am Bett	
SA18	Telefon	
SA19	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	Wertfächer in den einzelnen Zimmern sowie zentraler Tresor in der Verwaltung
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	3 Haup-Menues werden täglich angeboten. Bedarfsbezogen ist die Zusammenstellung nach einen einzelnen Komponenten möglich.
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)	Wasserspender auf den Stationen. Tee, Kaffee und Mineralwasser werden zur Verfügung gestellt.
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	Der Speisesaalbereich ist stilvoll eingerichtet. Nach Wunsch der Patienten nehmen sie dort ihre Mahlzeiten zu sich.
SA24	Faxempfang für Patienten	
SA25	Fitnessraum	spezielle Ausstattung in der Therapieabteilung, wie Fahrradergometer, großer Trampolin
SA26	Friseursalon	durch externen Dienstleister - nach Anmeldung. Der spezielle Friseurbereich wurde 2006 verschönert.
SA28	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten	Die Grünen Damen unterstützen die Patienten - falls etwas zu besorgen ist. Einkaufsmöglichkeit innerhalb der Einrichtung besteht nicht.
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)	

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	in begrenztem Umfang auf dem Kliniksgelände sowie in der umliegenden Umgebung - jeweils kostenfrei.
SA32	Maniküre/ Pediküre	Angebot - nach individuellen Wunsch - durch externe Dienstleister
SA33	Parkanlage	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA38	Wäscheservice	spezielles Angebot - auf Wunsch - durch externe Dienstleister
SA39	Besuchsdienst/ "Grüne Damen"	
SA41	Dolmetscherdienste	bedarfsbezogen durch Hinzuziehung von Dolmetschern sowie Mitarbeitern, die der Sprache kundig sind und sich für Dolmetscherdienste bereit erklärt haben.
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

53 Betten

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

### **Vollstationäre Fallzahl:**

520

### **Teilstationäre Fallzahl:**

0

### **Ambulante Fallzahlen**

#### **Fallzählweise:**

0

#### **Quartalszählweise:**

0

#### **Patientenzählweise:**

92

#### **Sonstige Zählweise:**

0 (Ambulante Heilbehandlung - Physikalische Therapie - )

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

## B-[1] Fachabteilung Innere Medizin A

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

Innere Medizin A

#### Art der Abteilung:

bettenführende Hauptabteilung

#### Fachabteilungsschlüssel:

0190

#### Hausanschrift:

Mierendorffstraße 2

64625 Bensheim-Auerbach

#### Telefon:

06251 / 936 - 0

#### Fax:

06251 / 936 - 444

#### E-Mail:

bensheim@hdv-darmstadt.de

#### Internet:

www.hdv-darmstadt.de

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

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin A:	Kommentar / Erläuterung:
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen (z.B. Thrombosen, Krampfadern) und Folgeerkrankungen (z.B. Ulcus cruris/ offenes Bein)	Diagnostik und Therapie bei akuten und chronischen Erkrankungen, bei denen der Heilungsverlauf durch Aktivierung und Pflege gefördert werden kann
VC26	Metall-/ Fremdkörperentfernungen	Anschlussbehandlung an die Operation: Aktivierende Therapie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin A:	Kommentar / Erläuterung:
VC28	Gelenkersatzverfahren/ Endo-Prothetik	Anschlussbehandlung nach Operation: Aktivierende Behandlung und Pflege um den Heilungsverlauf zu fördern
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	konservative Behandlung
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	Anschlussbehandlung nach Operation: Aktivierende Behandlung und Pflege um den Heilungsverlauf zu fördern
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	Anschlussbehandlung nach Operation: Aktivierende Behandlung und Pflege um den Heilungsverlauf zu fördern
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	Anschlussbehandlung nach Operation: Aktivierende Behandlung und Pflege um den Heilungsverlauf zu fördern
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	Anschlussbehandlung nach Operation: Aktivierende Behandlung und Pflege um den Heilungsverlauf zu fördern
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	Anschlussbehandlung nach Operation: Aktivierende Behandlung und Pflege um den Heilungsverlauf zu fördern
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	Anschlussbehandlung zur aktivierenden Therapie und Pflege
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	Anschlussbehandlung zur aktivierenden Therapie und Pflege
VI03	Diagnostik und Therapie sonstiger Formen der Herzkrankheit	Diagnostik und Therapie bei akuten und chronischen Erkrankungen, bei denen der Heilungsverlauf durch Aktivierung und Pflege gefördert werden kann.
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	Anschlussbehandlung zur aktivierenden Therapie und Pflege
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	Anschlussbehandlung zur aktivierenden Therapie und Pflege
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	Anschlussbehandlung zur aktivierenden Therapie und Pflege
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (Diabetes, Schilddrüse, ..)	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin A:	Kommentar / Erläuterung:
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darmtraktes	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	

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

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP00	Sonstiges: siehe einrichtungsübergreifende medizinisch-pflegerische Angebote	

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

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA00	Sonstiges: siehe einrichtungsübergreifende Angebote	

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

**Vollstationäre Fallzahl:**

500

**Teilstationäre Fallzahl:**

0

\*Eventuelle Unterschiede zwischen Gesamtfallzahl des Krankenhauses und der Summe der Fallzahlen der Organisationseinheiten/  
 Fachabteilungen können im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung auf internen Verlegungen innerhalb der Psychiatrie/  
 Psychosomatik beruhen.

## B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

### Top 10 Diagnosen

Rang	ICD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	S72	171	Knochenbruch des Oberschenkels
2	R26	84	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit
3	S32	48	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
4	I63	33	Schlaganfall durch Gefäßverschluss - Hirninfarkt
5	M17	14	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
6	T84	12	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken
7	I50	11	Herzschwäche
8	J18	8	Lungenentzündung, Erreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
8	M16	8	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
10	I21	6	Akuter Herzinfarkt

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

### Top 10 Operationen

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	8-561	493	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen
2	9-320	32	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens
3	1-632	<= 5	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
3	5-431	<= 5	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
3	5-869	<= 5	Sonstige Operation an Knochen, Muskeln bzw. Gelenken
3	5-892	<= 5	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut
3	5-893	<= 5	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut

### **B-[1].8** Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz:	Angebotene Leistung:	Art der Ambulanz:
Ambulante Heilbehandlung	Physikalische Therapie	

### **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

Nr.	Vorhandene Geräte:	Kommentar / Erläuterung:
AA03	Belastungs-EKG/ Ergometrie	[24h verfügbar]
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren (Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse)	Kooperation mit externem Dienstleister
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät	[24h verfügbar]
AA00	Sauerstoffgerät	[24h verfügbar]
AA00	Defibrillator	Notfallgerät zur Reanimation [24h verfügbar]

### **B-[1].12** Personelle Ausstattung

#### **B-12.1** Ärzte:

**Ärzte insgesamt (außer Belegärzte):**

2,1

**Kommentar / Ergänzung:**

siehe sonstige Fachabteilung / Klinikübergreifender Einsatz für alle 53 Patienten der Klinik

**Davon Fachärzte:**

2,1

**Kommentar / Ergänzung:**

siehe sonstige Fachabteilung / Klinikübergreifender Einsatz für alle 53 Patienten der Klinik

**Belegärzte (nach § 121 SGB V):**

0

**Kommentar / Ergänzung:**

siehe sonstige Fachabteilung / Klinikübergreifender Einsatz für alle 53 Patienten der Klinik

**Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Bezeichnung:	Kommentar / Erläuterungen:
AQ26	Innere Medizin und SP Gastroenterologie	

**B-12.2 Pflegepersonal:****Pflegekräfte insgesamt:**

14,3

**Kommentar / Erläuterung:**

siehe sonstige Fachabteilung / Klinikübergreifender Einsatz für alle 53 Patienten der Klinik

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

8,3

**Kommentar / Erläuterung:**

siehe sonstige Fachabteilung / Klinikübergreifender Einsatz für alle 53 Patienten der Klinik

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

1

**B-12.3 Spezielles therapeutisches Personal:**

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar:
SP05	Ergotherapeuten	
SP14	Logopäden	Kooperation mit externem Dienstleister
SP15	Masseure/ Medizinische Bademeister	
SP21	Physiotherapeuten	
SP27	Stomatherapeuten	Angebot durch Kooperation mit externem Dienstleister
SP28	Wundmanager	bei Bedarf Beratungsabgebot durch externen Dienstleister

# B-[2] Fachabteilung Sonstige Fachabteilung

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

Sonstige Fachabteilung

### Art der Abteilung:

bettenführende Hauptabteilung

### Fachabteilungsschlüssel:

3700

### Hausanschrift:

Mierendorffstraße 2

64625 Bensheim-Auerbach

### Telefon:

06251 / 936 - 0

### Fax:

06251 / 936 - 444

### E-Mail:

nachsorgeklinik@hdv-darmstadt.de

### Internet:

www.hdv-darmstadt.de

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

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Sonstige Fachabteilung:	Kommentar / Erläuterung:
VI00	Sonstige Erkrankungen	Anschlussbehandlungen zur Nachsorge - im Rahmen aktivierender medizinischer Behandlung und Pflege - nach operativen Eingriffen / konservativen Interventionen

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

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
-----	---	--------------------------

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP00	Sonstiges	siehe Leistungsangebot im Bereich der Inneren Medizin (klinikübergreifend)

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

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA00	Sonstiges	siehe klinikübergreifendes Leistungsangebot (im Bereich Innere Medizin)

#### **B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

##### **Vollstationäre Fallzahl:**

20

##### **Teilstationäre Fallzahl:**

0

#### **B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

##### **Top 10 Diagnosen**

Rang	ICD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	I63	13	Schlaganfall durch Gefäßverschluss - Hirninfarkt
2	C18	<= 5	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
2	I61	<= 5	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns
2	I70	<= 5	Arterienverkalkung
2	J44	<= 5	Sonstige anhaltende Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege
2	S06	<= 5	Verletzung des Schädelinneren

#### **B-[2].7 Prozeduren nach OPS**

##### **Top 10 Operationen**

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	8-561	20	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen
2	9-320	11	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens
3	5-431	<= 5	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung

### **B-[2].8** Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

### **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

Nr.	Vorhandene Geräte:	Kommentar / Erläuterung:
AA03	Belastungs-EKG/ Ergometrie	[24h verfügbar]
AA13	Geräte der invasiven Kardiologie (z.B. Herzkatheterlabor, Ablationsgenerator, Kardioversionsgerät, Herzschrittmacherlabor)	Defibrillator (NOTFALL-Ausstattung) [24h verfügbar]
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät	[24h verfügbar]
AA00	Sonstige	siehe Innere Medizin/ klinikübergreifende Nutzung vorhandener Medizinprodukte bw. -apparate

### **B-[2].12** Personelle Ausstattung

#### **B-12.1** Ärzte:

#### **Ärzte insgesamt (außer Belegärzte):**

2,1

**Kommentar / Ergänzung:**

siehe Innere Medizin / Klinikübergreifender Einsatz für alle 53 Patienten der Klinik

**Davon Fachärzte:**

2,1

**Kommentar / Ergänzung:**

siehe Innere Medizin / Klinikübergreifender Einsatz für alle 53 Patienten der Klinik

**Belegärzte (nach § 121 SGB V):**

0

**Kommentar / Ergänzung:**

siehe Innere Medizin / Klinikübergreifender Einsatz für alle 53 Patienten der Klinik

**Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Bezeichnung:	Kommentar / Erläuterungen:
AQ28	Innere Medizin und SP Kardiologie	

**B-12.2 Pflegepersonal:**

**Pflegekräfte insgesamt:**

1

**Kommentar / Erläuterung:**

siehe Innere Medizin / Klinikübergreifender Einsatz für alle 53 Patienten der Klinik

(anteilig zugeordnet)

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

1

**Kommentar / Erläuterung:**

siehe Innere Medizin / Klinikübergreifender Einsatz für alle 53 Patienten der Klinik

(anteilig zugeordnet)

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

0

**Kommentar / Erläuterung:**

siehe Innere Medizin / Klinikübergreifender Einsatz für alle 53 Patienten der Klinik

(anteilig zugeordnet)

### B-12.3 Spezielles therapeutisches Personal:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar:
SP02	Arzthelfer	
SP05	Ergotherapeuten	
SP14	Logopäden	
SP15	Masseure/ Medizinische Bademeister	
SP21	Physiotherapeuten	
SP00	Sonstige: siehe Innere Medizin	siehe Innere Medizin / Klinikübergreifender Einsatz für alle 53 Patienten der Klinik

# 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	<20	100	Fallzahl < 20
Gesamt	<20	100	

### **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.**

**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 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 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

### **Leitbild, Vision, Mission:**

Die Qualitätspolitik umfasst die durch die Geschäftsführung definierten Ziele und Verantwortlichkeiten. Grundlage ist das Trägerleitbild der HDV gemeinnützigen GmbH - Unternehmen des Hessischen Diakonievereins e.V.. Die Umsetzung ist verbindliche Aufgabe für jeden Mitarbeitenden.

Zentrales Ziel ist der hohe Anspruch diakonischer Qualität und die kompetente, qualifizierte Behandlung der Patienten. Unabhängig von allen zeit- und arbeitsbedingten Veränderungen bleibt das - seit 1906 -satzungsgemäße Ziel verpflichtend, sich für die Zusammengehörigkeit von Verkündigung und tätiger Nächstenliebe einzusetzen.

**Vier Leitsätze** bilden die Basis für unser Handeln. Wichtig sind folgende Punkte:

### **Patientenorientierung:**

#### **Im Mittelpunkt: Menschlichkeit**

Wir wollen die uns anvertrauten Menschen in den Mittelpunkt unseres Denkens und Handelns stellen. Im Sinne christlicher Ethik begegnen wir allen mit gleicher Wertschätzung und Nächstenliebe

#### **Miteinander für umfassende Qualität und Zufriedenheit**

Wir gewährleisten eine dem aktuellen Erkenntnisstand entsprechende medizinische Versorgung und Pflege, qualitativ gesichert und organisatorisch effizient.

**Mit Qualität und Freundlichkeit gewinnen.** Wir sind gegenüber den uns anvertrauten Menschen und ihren Angehörigen freundlich, einfühlsam und respektvoll. Wir gehen auf ihre persönlichen Anliegen ein, wahren ihre Intimsphäre und sind bei vertraulichen Informationen verschwiegen.

### **Verantwortung und Führung:**

Als Vorgesetzte sorgen wir für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Wir arbeiten für angemessene Rahmenbedingungen, so dass sie ihr Engagement, ihre diakonischen und fachlichen Fähigkeiten weiter entwickeln und ihre Aufgaben erfüllen können. Wir bringen ihnen hierfür Vertrauen und Wertschätzung entgegen, versuchen ihnen Vorbild zu sein und übertragen ihnen Verantwortung, damit jede und jeder auf seiner Ebene unternehmerisches Engagement zeigen kann. In Konfliktsituationen bleiben wir dialogbereit. Wir sind offen für konstruktive Kritik und begreifen diese als Chance zur Verbesserung.

### **Mitarbeiterorientierung und -beteiligung:**

Teamarbeit ist uns wichtig. Wir streben eine Teamorganisation an, in der jede und jeder - gleich, ob entgeltlich oder ehrenamtlich tätig - seine Verantwortung im Gesamtzusammenhang des Unternehmens wahrnehmen kann. Alle Mitarbeitenden werden geachtet. Ihnen wird es ermöglicht, ihre fachlichen und diakonischen Kompetenz durch zielorientierte Weiterbildung zu entwickeln. Interne und externe Fort- und Weiterbildungen unterstützen das Gelernte in der Praxis anzuwenden und an die Kollegen/innen weiterzugeben. Beteiligung der Mitarbeitenden ist uns wichtig, z.B. bei Planung des Bildungsprogramms. Unsere Mitarbeitenden tragen durch Verbesserungsvorschläge zur Weiterentwicklung bei.

### **Wirtschaftlichkeit:**

**Das Team: Kreativ und wirtschaftlich verantwortungsvoll.** Wir wollen im Team mit Kreativität, Verbesserungsvorschlägen und Eigenverantwortung dazu beitragen, dass unsere Leistungen zu den besten zählen. Nur so können wir Menschen für unsere Einrichtungen gewinnen, unser wirtschaftliches Fundament stärken und eine diakonische Zukunft gestalten. Wir gehen sparsam und ökologisch verantwortungsvoll mit unseren Ressourcen um. Als lernende Organisation passen wir unsere Steuerungsinstrumente flexibel und zielgerichtet an neue Herausforderungen an. Durch zentrale Dienste realisieren wir eine effiziente Vernetzungsstrategie. Austausch und auch weiterführende Vergleiche (Benchmarking) sind möglich.

### **Prozessorientierung:**

Jeder Patient ist einmalig und in seinem Behandlungsprozess individuell zu betrachten. Die spezifische Situation des

Patienten ist für die Gestaltung der Pflege und medizinischen Behandlung entscheidend. Flexibilität ist daher wichtig. Auf der Grundlage von Leitlinien, internen Vorgaben und nachprüfbar Regeln, die individuell angepasst werden, wird sichergestellt, dass die Pflege und die Behandlung neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht. Die gemeinsame Absprache mit dem Patienten, die wechselseitige Kommunikation, Kooperation und Information der einzelnen Berufsgruppen ist von besonderer Bedeutung, damit diese Anpassung der Prozesse abgestimmt wird.

### **Zielorientierung und Flexibilität:**

Grundlegende Ziele im QM sind:

- Optimierung der Patientenversorgung
- Effiziente (wirtschaftliche) und effektive (wirkungsvolle) Leistungserbringung

Dies umfasst u.a. medizinische und pflegerische Behandlung, infrastrukturelle Maßnahmen, wie der Ausbau des Informationswesens, höherer Leistungskomfort, bessere Planung und Organisation. Im Rahmen der qualitativen Patientenversorgung sind Versorgungsnetze und enge Kooperationen wichtige Voraussetzung, um Versorgungslücken zu vermeiden. Die Stärkung der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, der häuslichen Pflege, sozialen Diensten und weiteren externen Dienstleistern, dient der qualitativen Patientenbehandlung.

### **Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern:**

Wir verfolgen den "Null-Fehler-Ansatz", d.h. Fehlervermeidung ist uns ein wichtiges Anliegen. Unser Ziel ist es, die Abläufe entsprechend zu planen. Systematische Kontrollen finden statt. Der konsequente Umgang mit erkannten Abweichungen dient der Qualität. Falls Fehler entstehen, werden diese mit den Verantwortlichen bearbeitet. Maßnahmen zur Mängelbeseitigung werden - zur Vermeidung der Wiederholung und als Chance der Optimierung - durchgeführt. Eine anschließende Überprüfung der Umsetzung erfolgt. Einbezogen in das Fehlermanagement werden die Rückmeldungen der kontinuierlichen Patientenbefragung, die der Patientenführerin und die unserer Mitarbeitenden.

### **Kontinuierlicher Verbesserungsprozess:**

Wir arbeiten gemäß des kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Dies ist eine definierte Vorgehensweise im QM.

Grundlegend ist die ständige Frage: Was kann verbessert werden? Die Schritte bauen nach dem sogenannten PDCA - Regelkreis aufeinander auf:

- **P** Plan
- **D** Do/ Durchführung
- **C** Check/ Prüfen
- **A** Act/ Ableiten von Verbesserungen. Ergebnisse werden bewertet. Verbesserungen werden abgeleitet.

Kontinuierliche Optimierungen stellen sicher, dass Verbesserungsvorschläge unserer Mitarbeitenden, wechselnde Umweltbedingungen und stets aktuelle gesetzliche Anforderungen mit einbezogen werden.

### **Information an Patienten:**

Informationen sind für die medizinische und pflegerische Behandlung der Patienten grundlegend wichtig. Sie, ggf. deren Angehörige bzw. Betreuer treffen Entscheidungen, wie die aktive Mitarbeit, die Zustimmung zur Behandlung, zur Weitergabe anonymisierter Daten im Rahmen der externen Qualitätssicherung. Informiert zu sein ist daher eine wesentliche Voraussetzung, um den eigenen Gesundheits- und Heilungsprozess wahrnehmen zu können. Der Auftrag zur umfassenden Information ist für unsere Mitarbeitenden mit der Pflicht des Datenschutzes und der Schweigepflicht gekoppelt. Der Datenschutz wird ebenso EDV-technisch durch spezielle Sicherheitsvorkehrungen gewährleistet.

### **Information an Mitarbeiter:**

Durch gezielte Besprechungen wird sichergestellt, dass die Mitarbeitende informiert werden. Verbindlich hat der Krankenhausträger eine Regelkommunikation für alle Führungskräfte festgelegt. Gemäß dem Leitbild hat jeder Mitarbeitende die Verpflichtung sich aktiv mit ein zu bringen. Protokolle und schriftliche Mitteilungen, wie die Informationsschrift der Schwesternschaft im Hessischen Diakonievereins, unterstützen den trägerinternen Informationsfluss.

### **Information an niedergelassene Ärzte:**

Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten ist eine wichtige Voraussetzung, um die regionale Versorgung für Patienten sicherzustellen. Einzelne Maßnahmen zur Umsetzung sind: Systematische Informationsweitergabe, Arztbriefe, gemeinsame Arbeitskreise und direkte Kontakte durch Gespräche.

### **Information an Fachöffentlichkeit:**

Wir stellen unsere Arbeit informativ in der Öffentlichkeit dar. Wir fördern die regionale Verankerung unserer Einrichtung und pflegen einen guten Kontakt zur Öffentlichkeit, Fachöffentlichkeit, zu Kirchengemeinden, Kommunen und weiteren Kooperationspartnern. Mit den Zuweisenden und behandelnden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten arbeiten wir eng zusammen. Zu den Kostenträgern pflegen wir ein durch Transparenz bestimmtes Verhältnis; sie sind unsere Partner zur Sicherung einer zeitgemäßen und zukunftsorientierten Versorgung.

## **D-2 Qualitätsziele**

### **Strategische/operative Ziele:**

Strategische/operative Ziele

Ziele sind die

- Ethisches Handeln im Sinne des diakonischen Auftrags
- Zufriedenheit der Patienten / unter Einbeziehung der Angehörigen
- Wirksamkeit der Maßnahmen und Optimierung der Qualität
- Sicherheit für Patienten und Arbeitssicherheit für Mitarbeiter
- Wirtschaftliches Handeln gemäß der gesetzlichen Regelungen
- Einhaltung der gesetzlichen Regelungen

### **Messung und Evaluation der Zielerreichung:**

Die Messung der Zielerreichung findet themenbezogen statt. Anhand festgelegter Vorgaben, wie erarbeiteten Checklisten, findet die Überprüfung statt. Die Ergebnisse werden an die Verantwortlichen rückgemeldet.

## **Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung:**

Die Umsetzung der Zielerreichung wird an die Geschäftsführung zurückgemeldet. Die Berichterstattung erfolgt themenbezogen mündlich oder schriftlich. In regelmäßigen Arbeitssitzungen mit der Geschäftsführung wird die Fortentwicklung der Qualitäts-Projekte dargestellt. Die Zielerreichung wird ebenso mit den beteiligten Mitarbeitenden besprochen und erörtert. Abweichungen werden reflektiert. Ursachen dafür werden ergründet. Schlussfolgernd werden Maßnahmen zur Verbesserung der internen und externen Qualitätssicherung planvoll abgeleitet

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

### **QM-Strukturen:**

Der Aufbau im QM ist umfassend geregelt. Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten sind:

#### einrichtungsübergreifend in der HDV gGmbH

- Geschäftsführung
- Leiterin QM

#### einrichtungsintern in der NACHSORGEKLINIK:

- **Krankenhaus-Direktorium:** Ärztlicher Direktor, Pflegedienstleiterin, Verwaltungsleiterin
- **Qualitätsprozess-Begleiterin.** Diese Aufgabe nimmt die Pflegedienstleiterin wahr.
- **Verantwortliche für gezielte Aufgaben,** Ernennungsurkunden, Stellenbeschreibungen gemäß der Qualifizierung liegen im Rahmen der Aufgabenstellung vor.
- **Hygiene/ Infektionsschutzgesetz,** Hygieneverantwortlicher Arzt und Hygienefachkraft der HDV gGmbH
- **Kommissionssitzungen,** Verantwortliche und Mitglieder sind benannt und nehmen ihre zugeordneten Aufgaben wahr. z.B.: Hygiene-, Arzneimittelkommission
- **Qualitätskonferenzen und Besprechungen:** Gespräche mit Patientenfürsprecherin, Grüne Damen mit Pflegedienstleiterin
- **Ethik-Komitee**
- **Seelsorgegespräche**
- **Arbeitsgruppe - Externe Qualitätssicherung:** Diese besteht aus einem disziplinübergreifenden Team der Chefärzte, Mitarbeiter der Pflege und QM. Die Jahresstatistiken des Vorjahres werden systematisch ausgewertet. Verbesserungen werden abgeleitet. Moderation, Protokoll und Auswertungsbericht erfolgt durch Leiterin QM.

- **QM-LAG-KH:** Leitungsarbeitsgruppe der HDV-Krankenhäuser. Alle zuständigen Qualitätsbeauftragten treffen sich regelmäßig. Einrichtungsübergreifend werden Themen bearbeitet.
- **Besprechungen,** wie Leitungskonferenzen mit der Geschäftsführung, Direktoriums- und Teambesprechungen

### **Einbindung in die Krankenhausleitung:**

Das QM ist der Krankenhausleitung direkt zugeordnet. Die jeweils verantwortlichen Leitungen, der Ärztliche Direktor, die Pflegedienstleiterin und die verantwortliche Leitung der Verwaltung, nehmen Ihre damit verbundene Steuerungs- und Vorbildfunktion wahr. Sie arbeiten im Auftrag der Geschäftsführung der HDV gGmbH.

Sie setzen sich ein für die Planung, Umsetzung, Kontrolle und die kontinuierliche Verbesserung des QM's in allen zugeordneten Bereichen umfassend ein.

Die Qualitätsmanagement-Prozessbegleitung ist Aufgabe der Pflegedienstleitung. Sie unterstützt die systematische Planung, Durchführung, Umsetzung und Kontrolle der QM-Maßnahmen innerhalb der NACHSORGEKLINIK. Einrichtungsübergreifend erfolgt die Zusammenarbeit mit der Leiterin QM der HDV gemeinnützigen GmbH. Diese ist der Geschäftsführung als Stabstelle zugeordnet.

### **QM-Aufgaben:**

Alle Mitarbeitende erfüllen wichtige QM-Aufgaben durch ihr qualitätsbewusstes Handeln, Mitarbeit und durch Verbesserungsvorschläge.

Alle Führungsverantwortlichen und insbesondere die KRANKENHAUSLEITUNG nehmen ihre Vorbildfunktion wahr. Sie fördern das Qualitätsbewusstsein. Sie setzen die interne und externen Vorgaben der Qualitätssicherung um. Sie wirken entscheidend an der **Planung** der Maßnahmen mit.

Das Krankenhausdirektorium nimmt interne Führungs- und QM-Aufgaben wahr. **Planvolle Lenkung** erfolgt in Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung. Diese ist mitverantwortlich für die Umsetzung der Vermittlung und die Umsetzung der Qualitätsziele.

Die Geschäftsführung nimmt **hervorgehobene Qualitätsmanagement-Aufgaben** wahr:

- Qualitätsplanung, Festlegen von Verantwortlichkeiten und Kompetenzen
- Benennung von Beauftragten für bestimmte Prozesse
- Vereinbarungen über das interne Kommunikationsverfahren und Berichtswesen
- Freigabe der Dokumente, Konzepte, etc.
- Bereitstellung benötigter Mittel damit die Prozesse geregelt ablaufen.

Der Geschäftsführung direkt zugeordnet ist die Stabstelle Leiterin Qualitätsmanagement. Sie arbeitet interdisziplinär mit verschiedenen Berufsgruppen zusammen. Sie koordiniert die Maßnahmen und stimmt diese mit den Beteiligten ab. Sie steht in Rückkopplung mit der Geschäftsführung. Aufgabenbereiche sind:

- **Beratung**
- **Bildung und Anleitung**
- **Qualitätssicherung:** Planung, Durchführung und Koordinierung von Kontrollen. Begleitung von internen und externen Prüfungen, wie Audits; Entwicklung von Prüfinstrumenten, wie Checklisten. Weitergabe der Ergebnisse und Verfolgung der festgelegten Maßnahmen.
- **Bewerten** von QM-Ergebnissen, **z.B.** Befragungen auswerten
- **Beschwerdemanagement** Die Zufriedenheitserhebungen werden durch die QM-B systematisch ausgewertet. Verbesserungsmaßnahmen werden gezielt eingeleitet.
- **Projektarbeit:** Überprüfung der Prozesse auf Verbesserungsmöglichkeiten
- **Dokumentation:** Erstellen von Verfahrensanweisungen, Protokollen, Verwaltung der QM-Dokumentation, Dokumentenaustausch bei Aktualisierungen, etc.
- **Information** über die **QM-Maßnahmen** / internen und externen Öffentlichkeitsarbeit
- **Kommunikation und Kooperation:** Arbeitssitzungen leiten und moderieren, Besprechungen begleiten
- **Arbeitsgruppen**, wie „AG externe QS“. Ergebnisse werden berufsübergreifend diskutiert. Verbesserungen werden abgeleitet.

### **Vorhandene Ressourcen:**

Die Einrichtungen der HDV gemeinnützigen GmbH bilden ein Netzwerk. Gemeinsamer Austausch und wechselseitige kollegiale Beratung sind eine wichtige Ressource. Zusammenarbeit und gemeinsam abgestimmte Projekte ermöglichen Synergieeffekte und interne Vergleiche (Benchmarking).

Die Kooperation mit anderen diakonischen Trägern vertieft Grundsatzfragen und Richtlinien in Bezug auf die Weiterentwicklung unserer diakonischen Qualität und die damit verbundene Umsetzung. Die Schwesternschaft des Hessischen Diakonievereins e.V. Darmstadt koordiniert zentral ein Jahresbildungsprogramm. Das Qualifizierungskonzept ist auf die umfassenden Kompetenzen der Mitarbeitenden, die Optimierung der Qualität und die Förderung diakonischer Unternehmensqualität ausgerichtet. Stiftungen, wie die Linne-Fresenius-Stiftung, unterstützen diesen pädagogischen Auftrag.

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

### **Interne Auditinstrumente zur Überprüfung der Umsetzungsqualität nationaler Expertenstandards (z. B. Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz):**

Die Umsetzung der eingeführten Nationalen Expertenstandards wird durch die Pflegedienstleitung anhand eines internen Melde- und Kontrollsystems sichergestellt.

**Dekubitusprophylaxe in der Pflege:** Die Mitarbeitenden erheben anhand der sogenannten Bradenskala, ob die Patienten gefährdet sind. Bei Risiko erfolgen zielgerichtet Massnahmen, die dokumentiert werden. Im Sinne eines Frühwarnsystems wird die Pflegedienstleitung eingeschaltet, sofern Unterstützungsbedarf erforderlich. Tritt ein Dekubitus auf, wird der Arzt informiert. Unverzüglich erfolgt die schriftliche Meldung an die Pflegedienstleitung. Bedarfsbezogen und stichprobenmäßig führt die Pflegedienstleitung eine Pflegevisite durch. Die Verantwortlichen werden auditiert (Audit = Anhörung). Mitarbeitende werden gezielt nach den Interventionen befragt. Die Durchführung wird überprüft und bewertet.

**Sturzprophylaxe in der Pflege:** Bei Aufnahme der Patienten wird im Rahmen der Pflege-Anamnese das Sturzrisiko überprüft. Maßnahmen zur Verhinderung eines Sturzes werden darüber hinaus im Laufe des Pflegeprozesses durchgeführt. Falls weitere Interventionen erforderlich sind, werden diese eingeleitet. Im Fall eines Sturzes wird der Arzt informiert und es erfolgt eine Meldung an die Pflegedienstleitung. Diese führt ggf. eine Pflegevisite durch.

**Entlassungsmanagement in der Pflege:** Falls ein Patient nach Entlassung weiterer Pflege bedarf erfolgen pflegerische Interventionen, wie Beratung und Erstellung eines Entlassungsberichts. Die Umsetzung wird durch die Verantwortlichen Leitungskräfte überprüft.

## **Beschwerdemanagement:**

Beschwerden von Patienten, deren Angehörigen bzw. Bezugspersonen werden nach einem festgelegten Verfahren gezielt bearbeitet. Als Chance zur Verbesserung werden diese systematisch verfolgt. Mündliche Beschwerden werden mit Zustimmung der Patienten und deren Angehörigen auf einem Beschwerdeformular dokumentiert und an die zuständige Leitung weitergegeben. Von dort werden sie hinsichtlich der Verantwortlichkeit und Ursachen analysiert. Es erfolgt eine direkte Bearbeitung, damit etwaige Mängel behoben sind. Darüber hinaus wird die Kritik an das Krankenhauses direktorium weitergeleitet, dort behandelt und verfolgt. Eine Erfolgskontrolle der Beschwerdebearbeitung findet statt.

## **Fehler- und Risikomanagement:**

Im Bereich der Pflege findet ein gezielte Risikomanagement statt. Unsere Mitarbeitenden erheben bei Aufnahme der Patienten systematisch mögliche Risiken, wie Mangelernährung, Flüssigkeitsunterversorgung, Dekubitus-, Sturzgefahr. Anhand vorgegebener Instrumente, z.B. im Fall der Dekubitusprophylaxe mittels der Braden-Skala, erfolgt die Einschätzungen und Bewertung. Maßnahmen werden gezielt eingeleitet. Bei Unterstützungsbedarf und im Fall aufgetretener Probleme wird die Pflegedienstleitung durch die Mitteilung "Besonderheiten in der Pflege" informiert. Die Pflegedienstleitung verfolgt die Umsetzung der Maßnahmen, z.B. durch eine Pflegevisite.

## **Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen:**

Fallbesprechungen betreffend von Morbidität (Krankheit) und Mortalität (Tod) werden von der Chefarztin in den ärztlichen Besprechungen geleitet und durchgeführt. Einzelfallanalysen finden im interprofessionellen Team statt.

## **Patienten-Befragungen:**

Eine kontinuierliche Patientenbefragung findet anonym statt. Jeder Patient erhält bei Aufnahme ein Formular zur Zufriedenheitsbewertung. Die Rückmeldung erfolgt freiwillig. Ein Briefkasten ist zentral angebracht. Das QM wertet die eingehenden Rückmeldeformulare aus.

Darüberhinaus erfolgt in regelmäßigen Abständen eine direkte Befragung durch die Patientenfürsprecherin.

Durch die Berichterstattung an das Krankenhausdirektorium fließen Verbesserungsvorschläge in die QM-Arbeit mit ein.

### **Mitarbeiter-Befragungen:**

Mitarbeiterbefragungen ermöglichen unterschiedlichste Aussagen. Je nach Inhalt der Befragung und nach Methode erhalten Führungskräfte nähere Einblicke in die Interessen, Bedürfnisse und Zufriedenheit der Mitarbeitenden.

2006 wurde unsere Mitarbeitenden hinsichtlich der Fortbildungsinteressen durch die Führungsverantwortlichen mündlich befragt. Die Ergebnisse führten zur inhaltlichen Planung des Bildungsprogramms 2007.

### **Einweiser-Befragungen:**

Eine Einweiserbefragung ermöglicht Verbesserungsvorschläge in der Zusammenarbeit.

Ziel ist es, die Kontinuität der Behandlung für die Patienten vor- und nach der Entlassung zu fördern. Durch die Zusammenarbeit wird der Informationsfluss verbessert.

### **Maßnahmen zur Patienten-Information und -Aufklärung:**

Informationen sind für Patientinnen und Patienten, Angehörige und ggf. Bezugspersonen von entscheidender Bedeutung, damit sie im Behandlungsprozess mitwirken können. Autonomie wird so gewahrt und gefördert. Aufklärungs-, Anleite- und Beratungsgespräche dienen dazu, dass Patienten eigene Entscheidungen fachkundiger treffen können. Bei Fachfragen besteht die Möglichkeit der Hinzuziehung von Fachexperten und externen Dienstleistern.

Vortragsveranstaltungen tragen zur allgemeinen Information für Patienten bei.

### **Wartezeitenmanagement:**

Um Wartezeiten für Patienten zu vermeiden findet eine gezielte Koordination und Planung der Diagnostik und Therapie statt. Physikalische Anwendungen und weitere Therapien werden integriert in den täglichen Behandlungsablauf der Patienten. Gemeinsame Planung erfolgt im interdisziplinären Team. Eine tägliche Planungsbesprechung findet statt.

### **Hygienemanagement:**

Ziel ist die Sicherstellung der Hygiene und die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben, wie Infektionsschutzgesetz und Richtlinien.

Organisation: Das Hygienemanagement wird geleitet durch die zentrale Hygienefachkraft der HDV gemeinnützigen GmbH. Sie arbeitet zusammen mit dem Hygienebeauftragten Arzt und den Mitgliedern der Hygienekommission innerhalb der Einrichtung. Das Hygiene - Institut Fresenius und ein externer Hygienefacharzt sind für die externe Qualitätssicherung zuständig.

Instrumente:

- Regelmäßige Kontrollen und Untersuchungen
- Erstellung von Prüfberichten an die Verantwortlichen
- Statistische Auswertungen
- Schulungen der Mitarbeiter
- Hygienekommissionssitzungen, in vierteljährlichen Abständen. Ein Protokoll wird von jeder Sitzung erstellt. Sofern Abteilungen von den Beschlüssen betroffen sind, werden diese in Form eines Rundschreibens informiert.
- für Mitarbeiter werden regelmäßig die Handlungsanweisungen aktualisiert.
- Fortschreiben der Hygieneunterlagen. Für das Krankenhaus ist ein Hygiene-Handbuch erstellt, dass auf allen Stationen und Funktionsabteilungen vorhanden ist. Hier werden folgende Inhalte zur Sicherung der Hygiene dargelegt.

Hygiene-Handbuch

- 0. Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten
- 1. Hygieneplan
- 2. Spezielle Hygienepläne
- 3. Haltbarkeitsdaten
- 4 . Dienstanweisung zur Personalhygiene und zum äußerem Erscheinungsbild
- 5. Maßnahmenkatalog zur Infektionsprävention bei übertragbaren Krankheiten
- 6. Nosokomiale Infektionserfassung
- 7 . Behandlungskonzept „Multiresistenter Erreger“
- 8. Meldeformulare
- 9. Prophylaxe bei beruflicher HIV Ansteckung
- 10. Anlagen (Hautschutzplan, Desinfektionspläne, Infektionsschutzgesetz, Hygienerundschreiben, Protokolle)

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

### **I. Patientenorientierung/ kontinuierliche Optimierung der Behandlung und Pflege**

**Dekubitus in der Pflege - Interne Qualitätssicherung:** Maßnahmen der gezielten Vorbeugung von Druckgeschwüren (Dekubitus) erfolgen gemäß des Nationalen Expertenstandard: „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“. Ziele sind u. a.:

- Vermeidung, dass Patienten während des stationären Aufenthaltes ein Druckgeschwür entwickeln.
- Bei Patienten, die mit einem Dekubitus aufgenommen werden, soll sich der Wundzustand verbessern und weitere Schäden sollen vermieden werden.

Ein gezieltes standardisiertes Risikomanagement, mit Erhebung der Gefährdungslage bei Aufnahme des Patienten (in Form einer Risikoskala), Meldung der Besonderheiten an die Pflegedienstleitung, die systematische Maßnahmenplanung (wie die aktivierende Pflege, der Einsatz von Lagerungs- und Mobilitätshilfsmitteln, Anleitung und kontinuierliche Information der Patienten, ggf. unter Einbeziehung der Angehörigen) erfolgte bereits.

Im Qualitätssicherungsprojekt wurden die umgesetzten Maßnahmen systematisch überprüft und anhand erhobener Statistiken ausgewertet. Die Ergebnisse wurden mit den Verantwortlichen besprochen. Schlussfolgernde Maßnahmen der Verbesserung wurden abgeleitet. Dokumente wurden überarbeitet, wie der Wunddokumentationsbogen, der Mobilitäts- und Lagerungsplan.

**Dekubitusprophylaxe in der Pflege - Externe vergleichende Qualitätssicherung:** Bis 31.12.06 erfolgte die Auswertung gekoppelt an speziell definierte Operationen. Ab 01.01.07 findet eine erweiterte verpflichtende Datenerhebung - bei jedem Patienten/ jeder Patientin ab 75 Jahre statt (=sogenannter „Generalindikator Dekubitus in der Pflege“). Im Rahmen eines Schulungsprojekts wurden die Mitarbeitenden auf die neue Regelung ab 2007 vorbereitet. Interne Abläufe zur Dokumentation wurden überarbeitet.

### **QM-Projekt: kontinuierliche Verbesserung der Patientenbehandlung**

Optimierung der Ausstattung: Die Räumlichkeiten für ärztliche Diagnostik, medizinische Behandlung und Physikalische

Therapie wurden modernisiert und erweitert. Das Ziel der Patientenzufriedenheit ist von grundlegender Bedeutung. Der Raum für aktivierende Behandlungsmethoden wurde erweitert.

## II. Mitarbeiterorientierung/ Personalentwicklung

**Schulungs-Projekt 2006: Mitarbeiterqualifizierung:** Das Jahres-Bildungsprogramm wurde auf der Basis einer Mitarbeiterbefragung geplant. Im Sinne der Netzwerkidee fanden interne und hausübergreifend Angebote statt, wie: Diakonische Veranstaltungen, Führungsseminare, fachbezogene Fortbildungen, Trainings in der Praxis. Darüber hinaus wurden externe Fort- und Weiterbildungen von den Mitarbeitenden wahrgenommen, wie Stations- und Fachweiterbildungen, Veranstaltungen gemäß dem Weiterbildungskatalog der Landesärztekammer.

**Projekt - Stellenbeschreibung:** Stellenbeschreibungen wurden klinikübergreifend gemäß des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses überarbeitet. Anpassungen fanden - in Zusammenarbeit der verantwortlichen leitenden Mitarbeitenden, der Personalabteilung und dem QM - statt.

## III. Sicherheit im Krankenhaus

**Hygiene:** Hygiene-Regelungen wurden gemeinsam mit der zentralen Hygienefachkraft weiter entwickelt. Kontrollen und Fortbildungen dienen der Qualitätssicherung. Erhebungsdaten gemäß des Infektionsschutzgesetzes wurden erfasst und mit den Verantwortlichen ausgewertet. Schlussfolgernde Maßnahmen wurden eingeleitet.

## IV. Informationswesen

**Interdisziplinäre Behandlungskonferenz:** Diese strukturierten Besprechungen wurden in einem Verbesserungsprojekt bereits 2004 entwickelt. Die Umsetzung der Fallbesprechungen wurde inhaltlich ausgewertet. Der Verfahrensablauf sowie der

Nutzen für Patienten wurde für gut bewertet. Das Team - Arzt, Pflege, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie - setzte die regelmäßigen Besprechungen fort.

## V. Krankenhausführung

**Pflege:** Das Pflegeleitbild wurde überprüft und im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses angepasst.

## VI. Qualitätsmanagement

**QM-Projekt Dokumentation** - eine Checkliste zur regelhaften und systematischen Überprüfung der Dokumentation wurde in mehreren Schritten entwickelt. Formulare wurden überprüft, bewertet und ggf. angepasst, wie z.B. **Pflegebericht / Ärztliche Anordnungen**. Das Projekt führte zu einem gemeinsamen Kurvenblatt für Pflegende und Ärzte. Ein zusätzlicher farbiger Dokumentationsbogen für Ärzte wurde eingeführt. Damit der medizinische Behandlungsverlauf so schneller nachvollzogen werden kann.

**QM-Projekt: Schlaganfall - Externe vergleichende Qualitätssicherung ab 2006:** Die Diagnostik und Therapie der Patienten - mit Schlaganfall und Verdacht auf Schlaganfall - erfolgt gemäß der ärztlichen aktuellen Leitlinien. In einer externen Arbeitsgruppe erfolgte die Anpassung des internen Dokumentationsverfahrens. Die Mitarbeitenden wurden in das geänderte Verfahren eingewiesen. Zusätzliche Dokumente wurden bereitgestellt: z.B. standardisierter Schlucktest. Informationsmaterialien für die Patienten wurden für Beratungszwecke aktualisiert.

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

Unsere Bewertung des Qualitätsmanagements ist gemäß festgelegter Kernaufgaben gegliedert, z.B.:

**Bewertung des Behandlungsprozesses durch Patienten** Mittels eines Patientenbefragungsbogens wird ein kontinuierlicher Rücklauf der Zufriedenheit erhoben. Die Prinzipien Freiwilligkeit und Anonymität werden dabei gewahrt. Die Rückmeldungen werden vom QM ausgewertet und dem Krankenhausdirektorium zur weiteren Bearbeitung übermittelt.

Optimierungsvorschläge werden im Bedarfsfall abgeleitet und in die Zielplanung des QM's eingebunden. Dieser Informationsfluss fördert die kontinuierliche Qualitätsverbesserung. Die Geschäftsführung erhält rückwirkend eine Jahresauswertung.

**Management- und die Entwicklungsbewertung**, erfolgt durch die Geschäftsführung an die übergeordnete Instanz der Gesellschafterversammlung der HDV gemeinnützigen GmbH. Die Umsetzung der Unternehmens- und Qualitätspolitik wird reflektiert und bewertet. Ergebnisse werden mit den festgelegten Zielsetzungen verglichen. Bei Abweichungen werden Verbesserungspotentiale ergründet, direkt operative Maßnahmen geplant und veranlasst. Die Durchführung wird hinsichtlich der Wirksamkeit überprüft.

Darüberhinaus finden themenbezogen **gezielt interne Selbstbewertungen** statt., z.B. folgende:

#### **Arbeitssicherheit für Mitarbeitende**

Der externe Sicherheitsbeauftragte überprüft in festgelegten Abständen unsere gesamte Einrichtung. Die Einhaltung der Sicherheitsvorschriften wird bewertet. Im Rahmen der Arbeitssicherheitskommission werden die Bewertungen an die Verantwortlichen rückgemeldet. Es erfolgt der Bericht an die Geschäftsführung. Fortlaufend wird die Umsetzung von optimierten Abläufen überwacht und einer kritischen Bewertung unterzogen.

**Hygiene** Interne und externe Kontrollen finden statt. Die Umsetzung und die Einhaltung vereinbarter Hygienemaßnahmen wird in regelmäßigen Begehungen überwacht und hinsichtlich der Wirksamkeit der Maßnahmen bewertet. Schriftliche Berichte erfolgen an die Verantwortlichen, die Hygienekommission, das Krankenhausdirektorium und die Geschäftsführung

**Audits** Durch systematische Qualitätsprüfungen wird sichergestellt, dass unsere Mitarbeitenden Vorgaben und festgelegte Prozesse im Rahmen des Qualitätsmanagements umsetzen. Dabei werden sie hinsichtlich ihrer Kenntnisse befragt; die Umsetzung wird stichprobenartig kontrolliert. Schwerpunkt der Audits 2006 war der Bereich Pflegedienst und Verwaltung.

**Statistische Auswertungen** von vorliegenden Daten zur Leistungserbringung im Rahmen des Behandlungsprozesses, insbesondere nach § 301, SGB V wie Diagnosen, operative Eingriffe, Zweiteingriffe, Verweildauer werden in monatlichen Sitzungen mit der Geschäftsführung, dem Med. Controlling, dem Controlling und Verantwortlichen der Einrichtung erörtert. Auf der Basis vereinbarter Richtgrößen und der bisherigen Ergebnisse erfolgt eine Bewertung. Tendenzen werden sichtbar und Interventionen zur weiteren Lenkung werden frühzeitig planbar.

**Ergebnisse der externen Qualitätssicherung** Zur Bewertung der Ergebnisse ist 2006 die interne hierarchie- und disziplinübergreifende Arbeitsgruppe „AG Externe QS“ gebildet worden. Die Mitglieder sind durch Krankenhausdirektorium benannt und von der Geschäftsführung beauftragt worden. Anhand der - vom QM - vorstrukturierten Auswertungen erfolgt in der Arbeitsgruppe eine differenzierte Auseinandersetzung und Bewertung. Optimierungsmaßnahmen werden bedarfsbezogen abgeleitet. Ein durch das QM verfasster „Jahresbericht - Externe vergleichende QS“ enthält in komprimierter Form die Bewertungen und Vorschläge der Arbeitsgruppe. Dieser wird an die Geschäftsführung für weitere Zielplanungen übermittelt.