

# Strukturerhebungsbogen V4.2 ohne KTQ

Datenbank	C:\Dokumente und Einstellungen\Hölling\Eigene Dateien\AssessmentGuide\Datenbanken\Qualitätsbericht 137.sbw
Assessment	Qualitätsbericht 2005
Modell	KTQ - K a t a l o g
Modellbeschreibung	KTQ 5.0 - Copyright K T Q®
Modell erstellt durch	Holl GmbH
Bemerkung	Created using AssessmentGuide ( <a href="http://www.assessmentguide.de/">http://www.assessmentguide.de/</a> )
Stand vom	Dienstag, 16. August 2005 13:28:52
Wichtiger Hinweis	Dieses Dokument repräsentiert den Stand von Dienstag, 16. August 2005 13:28:52. Spätere Änderungen werden in dieses Dokument nicht automatisch integriert. Änderungen an diesem Dokument werden nicht in die Datenbasis übernommen!

## Strukturerhebungsbogen

### **EINLEITUNG**

Einleitung für den Qualitätsbericht

### **KATALOGVERSIONEN**

Gültigkeitsjahr der Katalogversion

DRG

ICD

OPS

EBM

### **BASISTEIL**

#### **A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**

##### **A-1.1-1.6 Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**

###### *A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses (Anschrift, E-Mail, Internetadresse)*

Walporzheimer Str. 2 53474 Ahrweiler info@ehrenwall.de www.ehrenwall.de
--

###### *A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?*

260710134

###### *A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?*

Marx GmbH & Co KG

###### *A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?*

Nein

###### *A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)*

165

###### *A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:*

Stationäre Patienten:

1351

Ambulante Patienten:

465

### Weitere Institutskennzeichen

	Weitere in Ihrer Einrichtung verwendete Institutskennzeichen
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	

### A-1.7 A Fachabteilungen

Nr	Fachabteilung	Zahl der Betten	Zahl stationäre Fälle	Haupt- oder Belegabt.	Poliklinik/ Ambulanz?	Durchgangsarztverfahren
2900	Allgemeine Psychiatrie	150	1351	ha	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2960	Allg. Psych./ SP Tagesklin. (f. teilstat. Pfleges.)	15	92	ha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### A-1.7 B Mindestens Top-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr

Rang	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	000	für den Fachbereich Psychiatrie nicht zutreffend	0
2	000		0
3	000		0
4	000		0
5	000		0
6	000		0
7	000		0
8	000		0
9	000		0
10	000		0
11	000		0
12	000		0
13	000		0
14	000		0
15	000		0
16	000		0
17	000		0
18	000		0
19	000		0
20	000		0
21	000		0
22	000		0
23	000		0
24	000		0
25	000		0
26	000		0
27	000		0
28	000		0
29	000		0
30	000		0

### A-1.8-2.0

### A-1.8 Medizinisch-therapeutische Versorgungsschwerpunkte

Nr	Besonderer Versorgungsschwerpunkt
1	Psychiatrische Versorgungsverpflichtung für den
2	Landkreis Ahrweiler
3	Überregionales psychiatrisch-psychotherapeutisches
4	Angebot zur Behandlung von
5	Depressionen, Angsterkrankungen,
6	Schizophrenien, manisch-depressiven und
7	schizoaffektiven Psychosen,
8	Persönlichkeitsstörungen
9	Schwerpunkt posttraumatische
10	Belastungsstörung
11	Neurologische Erkrankungen
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

### A-1.8 Serviceorientierte Leistungsangebote

Nr	Besonderes Leistungsmerkmal	Wird angeboten?
01	Keine	<input type="checkbox"/>
02	Aufenthaltsräume	<input checked="" type="checkbox"/>
03	Beschwerdemanagement	<input checked="" type="checkbox"/>
04	Beschwerdestellen	<input checked="" type="checkbox"/>
05	Besondere Verpflegung möglich (vegetarisch, kosher...)	<input checked="" type="checkbox"/>
06	Besuchsdienste	<input type="checkbox"/>
07	BG-Sprechstunde	<input type="checkbox"/>
08	Bibliothek	<input checked="" type="checkbox"/>
09	Bringdienste	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Cafeteria	<input checked="" type="checkbox"/>
11	computergestützte Patienteninformationssysteme	<input type="checkbox"/>
12	Dolmetscherdienste	<input type="checkbox"/>
13	Elektrisch verstellbare Betten	<input checked="" type="checkbox"/>
14	Fax auf dem Zimmer verfügbar	<input type="checkbox"/>
15	Fernsehanschluss am Bett/ im Zimmer	<input checked="" type="checkbox"/>
16	Fernsehen und Radio kostenlos	<input checked="" type="checkbox"/>
17	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	<input type="checkbox"/>
18	Fernsehraum auf der Station	<input checked="" type="checkbox"/>
19	Fortbildungsangebote für Patienten bzw. Öffentlichkeit	<input checked="" type="checkbox"/>
20	Freie wählbare Essenzusammenstellung (Komponentenwahl)	<input checked="" type="checkbox"/>
21	Friseur im Haus	<input checked="" type="checkbox"/>
22	Fußpflege im Haus	<input checked="" type="checkbox"/>
23	Internetanschluss am Bett/ im Zimmer	<input type="checkbox"/>
24	Internetzugang	<input checked="" type="checkbox"/>
25	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>
26	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Mediationsraum)	<input type="checkbox"/>
27	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	<input checked="" type="checkbox"/>
28	Kulturelle Angebote (Klinikeigene Fernseh- und Rundfunkangebote)	<input checked="" type="checkbox"/>
29	Modem / Notebook auf dem Zimmer verfügbar	<input type="checkbox"/>
30	Parkanlagen	<input checked="" type="checkbox"/>
31	Patienteninformationsmaterial : Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventionellen / operativen Verfahren	<input checked="" type="checkbox"/>
32	Regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen für Hausärzte	<input checked="" type="checkbox"/>
33	Rundfunkempfang am Bett/ im Zimmer	<input type="checkbox"/>
34	Seelsorge / Grüne Damen	<input checked="" type="checkbox"/>
35	Stereoanlage am Bett/ im Zimmer	<input type="checkbox"/>
36	Telefon	<input checked="" type="checkbox"/>
37	Unterbringung Begleitperson	<input type="checkbox"/>
38	Videogerät am Bett/ im Zimmer	<input type="checkbox"/>
39	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	<input type="checkbox"/>
40	Zweibettzimmer mit eigener Nasszelle Regelleistung	<input type="checkbox"/>
00	Sonstige	

### A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten durch Krankenhäuser

Nr	Angebotene ambulante Leistung
1	Psychiatrische Institutsambulanz
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	

Nr	Angebotene ambulante Leistung
15	
16	
17	
18	
19	
20	

#### A-1.9 Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte

Nr	Angebotenes Fachgebiet
1	Psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Behandlung durch Fachärzte für privat versicherte Patienten
2	Psychiatrische Institutsambulanz
3	Ermächtigungsambulanz Psychoanalyse (Chefarzt)
4	Ermächtigungsambulanz Neurologie-Botulinumtoxin (Oberarzt)
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

#### A-1.9 Ambulante Behandlung wegen Unterversorgung durch Krankenhäuser

Nr	Angebotenes Fachgebiet
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

## A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

### A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung	Vorhanden	Verfügbarkeit 24h sichergestellt	Apparategemeinschaft?
Computertomographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magnetresonanztomographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzkatheterlabor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Szintigraphie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Positronenemissionstomographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Elektroenzephalogramm	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaflabor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kernspin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Röntgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Broncho-/Endoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Echoskopie/TEE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mikrobiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EKG	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
EMG	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NLG	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EVP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dopplersonographie der Halsgefäße	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Labordiagnostik	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

### A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Therapeutische Möglichkeiten	Vorhanden	Apparategemeinschaft?
Physiotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Bewegungsbad	<input type="checkbox"/>	
Balneophysikalische-Therapie	<input type="checkbox"/>	
Dialyse	<input type="checkbox"/>	
Logopädie	<input type="checkbox"/>	
Ergotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Schmerztherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Eigenblutspende	<input type="checkbox"/>	
Gruppenpsychotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Einzelpsychotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Psychoedukation	<input checked="" type="checkbox"/>	
Thrombolyse	<input type="checkbox"/>	
Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	
Sport- und physikalische Therapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Kreativtherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Erlebnistherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Hochseilgarten	<input checked="" type="checkbox"/>	
Neuropsychologisches Training	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ernährungsberatung	<input checked="" type="checkbox"/>	

## B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### B-1.1-1.4 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

#### B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum / Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung

##### 2900 Allgemeine Psychiatrie

LfdNr	Medizinisches Leistungsspektrum
1.	14 - Einzelpsychotherapie
2.	19 - Gruppenpsychotherapie
3.	29 - Psychoedukation
4.	00 - Sonstiges
5.	00 - Sonstiges

##### 2960 Allg. Psych./ SP Tagesklin. (f. teilstat. Pfleges.)

LfdNr	Medizinisches Leistungsspektrum
1.	34 - Tagesklinik
2.	14 - Einzelpsychotherapie
3.	19 - Gruppenpsychotherapie
4.	29 - Psychoedukation
5.	00 - Sonstiges

#### B-1.4 Leistungsangebot der Fachabteilung

##### 2900 Allgemeine Psychiatrie

LfdNr	Leistungsangebot
1.	00 - Sonstiges
2.	00 - Sonstiges
3.	00 - Sonstiges
4.	00 - Sonstiges
5.	00 - Sonstiges

##### 2960 Allg. Psych./ SP Tagesklin. (f. teilstat. Pfleges.)

LfdNr	Leistungsangebot
1.	00 - Sonstiges
2.	00 - Sonstiges
3.	00 - Sonstiges
4.	00 - Sonstiges
5.	00 - Sonstiges

### B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

#### *2900 Allgemeine Psychiatrie*

LfdNr	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klargchrift, deutsch)	Fallzahl
1.	000	für den Fachbereich Psychiatrie nicht zutreffend	0
2.	000		0
3.	000		0
4.	000		0
5.	000		0
6.	000		0
7.	000		0
8.	000		0
9.	000		0

LfdNr	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
10.	000		0

*2960 Allg. Psych./ SP Tagesklin. (f. teilstat. Pfleges.)*

LfdNr	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	000	für den Fachbereich Psychiatrie nicht zutreffend	0
2.	000		0
3.	000		0
4.	000		0
5.	000		0
6.	000		0
7.	000		0
8.	000		0
9.	000		0
10.	000		0

**B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr**

*2900 Allgemeine Psychiatrie*

LfdNr	ICD-10 Nummer (dreistellig)	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	F33	Schwere depressive Erkrankung, wiederholend	360
2.	F32	Schwere depressive Erkrankung	166
3.	F20	Schizophrenie	100
4.	F33	Mittelschwere depressive Erkrankung, wiederholend	99
5.	F32	Mittelschwere depressive Erkrankung	59
6.	F62	Komplexe posttraumatische Belastungsstörung	56
7.	F10	Alkoholabhängigkeit	39
8.	F33	Schwere depressive Erkrankung mit wahnhaften Symptomen	29
9.	F25	Schizoaffektive Psychose	27
10.	F43	Posttraumatische Belastungsstörung	26

*2960 Allg. Psych./ SP Tagesklin. (f. teilstat. Pfleges.)*

LfdNr	ICD-10 Nummer (dreistellig)	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	F62	Komplexe posttraumatische Belastungsstörung	49
2.	F20	Schizophrenie	35
3.	F33	Schwere depressive Erkrankung, wiederholend	29
4.	F60	Borderline-Störung	27
5.	F33	Mittelschwere depressive Erkrankung, wiederholend	23
6.	F32	Mittelschwere depressive Erkrankung	18
7.	F32	Schwere depressive Erkrankung	11
8.	F41	Panikstörung	8
9.	F41	Generalisierte Angststörung	8
10.	F20	Schizophrenie	6

**B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr**

*2900 Allgemeine Psychiatrie*

LfdNr	OPS-301 Nummer	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	000	für den Fachbereich Psychiatrie nicht zutreffend	0
2.	000		0
3.	000		0
4.	000		0
5.	000		0
6.	000		0
7.	000		0
8.	000		0
9.	000		0
10.	000		0

*2960 Allg. Psych./ SP Tagesklin. (f. teilstat. Pfleges.)*

LfdNr	OPS-301 Nummer	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	000	für den Fachbereich Psychiatrie nicht zutreffend	0
2.	000		0
3.	000		0
4.	000		0
5.	000		0
6.	000		0
7.	000		0
8.	000		0
9.	000		0
10.	000		0

## B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### B-2.1 Ambulante Operationen nach §115b SGB V Gesamtzahl (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr:

*B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V Gesamtzahl (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr:*

0

### B-2.1 Ambulante Operationen nach §115b SGB V

Nr	EBM	Erbrachte Anzahl gesamt
1	00000	0
2	00000	0
3	00000	0
4	00000	0
5	00000	0
6	00000	0
7	00000	0
8	00000	0
9	00000	0
10	00000	0
11	00000	0
12	00000	0
13	00000	0
14	00000	0
15	00000	0
16	00000	0
17	00000	0
18	00000	0
19	00000	0
20	00000	0

### B-2.2 Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilungen im Berichtsjahr - Gesamtkrankenhaus

#### Gesamtkrankenhaus

Rang	EBM-Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
1	00000	für den Fachbereich Psychiatrie nicht zutreffend	0
2	00000		0
3	00000		0
4	00000		0
5	00000		0

#### Auf Fachabteilungsebene

##### 2900 Allgemeine Psychiatrie

LfdNr	EBM Nummer	Fälle absolut	in umgangssprachlicher Klarschrift
1.	00000	0	für den Fachbereich Psychitrie nicht zutreffend
2.	00000	0	
3.	00000	0	
4.	00000	0	
5.	00000	0	

##### 2960 Allg. Psych./ SP Tagesklin. (f. teilstat. Pfleges.)

LfdNr	EBM Nummer	Fälle absolut	in umgangssprachlicher Klarschrift
-------	------------	---------------	------------------------------------

LfdNr	EBM Nummer	Fälle absolut	in umgangssprachlicher Klarschrift
1.	00000	0	für den Fachbereich Psychiatrie nicht zutreffend
2.	00000	0	
3.	00000	0	
4.	00000	0	
5.	00000	0	

### B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl für das Berichtsjahr)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)

0

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)

427

Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)

0

### B-2.3 Fachgebiete / Kliniken mit Hochschulambulanz §117 SGB V

Nr	Fachgebiet/Klinik mit Hochschulambulanz	Fallzahl
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

### B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

Nr	Fachabteilung	Anzahl beschäftigter Ärzte insgesamt	Ärzte in Weiterbildung	Ärzte mit abgeschl. Weiterbildung
2900	Allgemeine Psychiatrie	22	13	9

### B-2.4 B Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

*B-2.4 Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):*

2

### B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

Nr	Fachabteilung	Anzahl beschäftigter Pflegekräfte	Prozentualer Anteil examinierter Krankenschw./ -pfleger	Prozentualer Anteil Krankenschw./ -pfleger mit Fachweiterbildung	Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/in
2900	Allgemeine	116	76	3.5	10

Strukturerhebungsbogen V4.2 ohne KTQ - Dr. von Ehrenwall'sche Klinik (Walporzheimer Str. 2  
53474 Ahrweiler)

Nr	Fachabteilung	Anzahl beschäftigter Pflegerkräfte	Prozentualer Anteil examinierter Krankenschw./ - pfleger	Prozentualer Anteil Krankenschw./ -pfleger mit Fachweiterbildung	Prozentualer Anteil Krankenpflege- helfer/in
	Psychiatrie				

## C Qualitätssicherung

### C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Nr	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird im KH erbracht	Teilnahme an der externen QS	Dokumentationsrate KH	Dokumentationsrate Bundesdurchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	Cholezystektomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	Gynäkologische Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	Herzschrittmacher-Revision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7	Herztransplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10	Karotis-Rekonstruktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14	Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15	Koronarchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16	Mammachirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17	Perinatalmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
19	Totalendoprothese (TEP bei Koxarthrose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20	Gesamt				

### C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V

Eine Aufstellung der einbezogenen Leistungsbereiche findet im Qualitätsbericht im Jahr 2007 Berücksichtigung

### C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§112 SGB V)

#### C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)

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

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

### C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§112 SGB V)

Nr	Verpflichtende QS auf Landesebene über §137 hinaus vereinbart?	Leistungsbereich, in dem das Krankenhaus an QS-Maßnahmen auf Landesebene teilnimmt
1	<input type="checkbox"/>	Keine
2	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	

### C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP-Qualitätssicherungsmaßnahmen teil:

#### C-4 Leistungsbereiche Krankenhaus QS-DMP

Nr	Leistungsbereich
1	Keine
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	

Nr	Leistungsbereich
19	
20	

### C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V

#### C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V

Leistung	OPS der einbez. Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH / pro gel. Operateur	Leistung wird im KH erbracht	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro gel. Operateur	Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
Lebertransplantation		10	<input type="checkbox"/>			
	5-503.0		<input type="checkbox"/>			
	5-503.1		<input type="checkbox"/>			
	5-503.2		<input type="checkbox"/>			
	5-503.3		<input type="checkbox"/>			
	5-503.x		<input type="checkbox"/>			
	5-503.y		<input type="checkbox"/>			
	5-504.0		<input type="checkbox"/>			
	5-504.1		<input type="checkbox"/>			
	5-504.2		<input type="checkbox"/>			
	5-504.x		<input type="checkbox"/>			
	5-504.y		<input type="checkbox"/>			
	5-502.0		<input type="checkbox"/>			
	5-502.1		<input type="checkbox"/>			
	5-502.2		<input type="checkbox"/>			
	5-502.3		<input type="checkbox"/>			
	5-502.5		<input type="checkbox"/>			
	5-502.x		<input type="checkbox"/>			
	5-502.y		<input type="checkbox"/>			
Nierentransplantation		20	<input type="checkbox"/>			
	5-555.0		<input type="checkbox"/>			
	5-555.1		<input type="checkbox"/>			
	5-555.2		<input type="checkbox"/>			
	5-555.3		<input type="checkbox"/>			
	5-555.4		<input type="checkbox"/>			
	5-555.5		<input type="checkbox"/>			
	5-555.x		<input type="checkbox"/>			
	5-555.y		<input type="checkbox"/>			
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus		5/5	<input type="checkbox"/>			
	5-420.00		<input type="checkbox"/>			
	5-420.01		<input type="checkbox"/>			
	5-420.10		<input type="checkbox"/>			
	5-420.11		<input type="checkbox"/>			
	5-423.0		<input type="checkbox"/>			
	5-423.1		<input type="checkbox"/>			
	5-423.2		<input type="checkbox"/>			
	5-423.3		<input type="checkbox"/>			
	5-423.x		<input type="checkbox"/>			
	5-423.y		<input type="checkbox"/>			
	5-424.0		<input type="checkbox"/>			
	5-424.1		<input type="checkbox"/>			
	5-424.2		<input type="checkbox"/>			
	5-424.x		<input type="checkbox"/>			
	5-424.y		<input type="checkbox"/>			
	5-425.0		<input type="checkbox"/>			

Leistung	OPS der einbez. Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH / pro gel. Operateur	Leistung wird im KH erbracht	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro gel. Operateur	Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
	5-425.1		<input type="checkbox"/>			
	5-425.2		<input type="checkbox"/>			
	5-425.x		<input type="checkbox"/>			
	5-425.y		<input type="checkbox"/>			
	5-426.0**		<input type="checkbox"/>			
	5-426.1**		<input type="checkbox"/>			
	5-426.2**		<input type="checkbox"/>			
	5-426.x**		<input type="checkbox"/>			
	5-426.y		<input type="checkbox"/>			
	5-427.0**		<input type="checkbox"/>			
	5-427.1**		<input type="checkbox"/>			
	5-427.2**		<input type="checkbox"/>			
	5-427.x**		<input type="checkbox"/>			
	5-427.y		<input type="checkbox"/>			
	5-429.2		<input type="checkbox"/>			
	5-438.0**		<input type="checkbox"/>			
	5-438.1**		<input type="checkbox"/>			
	5-438.x**		<input type="checkbox"/>			
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas		5/5	<input type="checkbox"/>			
	5-521.0		<input type="checkbox"/>			
	5-521.1		<input type="checkbox"/>			
	5-521.2		<input type="checkbox"/>			
	5-523.2		<input type="checkbox"/>			
	5-523.x		<input type="checkbox"/>			
	5-524		<input type="checkbox"/>			
	5-524.0		<input type="checkbox"/>			
	5-524.1		<input type="checkbox"/>			
	5-524.2		<input type="checkbox"/>			
	5-524.3		<input type="checkbox"/>			
	5-524.x		<input type="checkbox"/>			
	5-525.0		<input type="checkbox"/>			
	5-525.1		<input type="checkbox"/>			
	5-525.2		<input type="checkbox"/>			
	5-525.3		<input type="checkbox"/>			
	5-525.4		<input type="checkbox"/>			
	5-525.x		<input type="checkbox"/>			
Stammzelltransplantation		12+/- 2 (10-14)	<input type="checkbox"/>			
	5-411.0		<input type="checkbox"/>			
	5-411.00		<input type="checkbox"/>			
	5-411.01		<input type="checkbox"/>			
	5-411.2		<input type="checkbox"/>			
	5-411.20		<input type="checkbox"/>			
	5-411.21		<input type="checkbox"/>			
	5-411.3		<input type="checkbox"/>			
	5-411.30		<input type="checkbox"/>			
	5-411.31		<input type="checkbox"/>			
	5-411.4		<input type="checkbox"/>			
	5-411.40		<input type="checkbox"/>			
	5-411.41		<input type="checkbox"/>			
	5-411.5		<input type="checkbox"/>			
	5-411.50		<input type="checkbox"/>			
	5-411.51		<input type="checkbox"/>			
	5-411.x		<input type="checkbox"/>			
	5-411.y		<input type="checkbox"/>			
	8-805.0		<input type="checkbox"/>			
	8-805.00		<input type="checkbox"/>			

Leistung	OPS der einbez. Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH / pro gel. Operateur	Leistung wird im KH erbracht	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro gel. Operateur	Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
	8-805.01		<input type="checkbox"/>			
	8-805.2		<input type="checkbox"/>			
	8-805.20		<input type="checkbox"/>			
	8-805.21		<input type="checkbox"/>			
	8-805.3		<input type="checkbox"/>			
	8-805.30		<input type="checkbox"/>			
	8-805.31		<input type="checkbox"/>			
	8-805.4		<input type="checkbox"/>			
	8-805.40		<input type="checkbox"/>			
	8-805.41		<input type="checkbox"/>			
	8-805.5		<input type="checkbox"/>			
	8-805.50		<input type="checkbox"/>			
	8-805.51		<input type="checkbox"/>			
	8-805.x		<input type="checkbox"/>			
	8-805.y		<input type="checkbox"/>			

C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Leistung	Mindestmenge unterschritten	Im Berichtsjahr gelt. gem. Ausnahmetatbestand	Ergänzende Maßnahme der QS	Befreiendes Votum der Landesbehörde nach Antrag
Lebertransplantation	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Nierentransplantation	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Stammzellentransplantation	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

## SYSTEMTEIL

### D Qualitätspolitik

Folgende Grundsätze sowie strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik werden im Krankenhaus umgesetzt:

#### **Leitbild und Qualitätspolitik**

Ausgangspunkt unserer Qualitätspolitik ist das Leitbild der Dr. von Ehrenwall'schen Klinik, dessen Erarbeitung 2004 initiiert wurde. Zentrales Element des Leitbildes ist die Tradition der Klinik, auf der die einzelnen Grundsätze des Leitbildes aufbauen.

Carl von Ehrenwall gründete 1877 unsere Klinik, die bis heute im Familienbesitz ist. Er selbst hatte die Vision eines "in jeder Beziehung vollendeten Heims" für seine Patienten. Durch folgende Grundsätze, die bis heute für uns Bestand haben, verwirklichte er diese Idee:

#### **Innovation**

*In dem Bewusstsein der Geschichte unseres Hauses, mit dem Wissen um gestern und dem stetigen Blick auf morgen bieten wir heute unseren vollen Einsatz in der Begegnung miteinander und der Versorgung psychisch Kranker.*

#### **Integration**

*Wir verstehen uns als Menschen, die ihre Mitmenschen einladen, miteinander zu wachsen.*

#### **Individualität**

*Dabei bemühen wir uns, der Einzigartigkeit des Gegenüber gerecht zu werden sowie unser aller Grenzen zu achten.*

Die Grundsätze sind im Leitbild jeweils in kurzen Absätzen präzisiert und erläutert, wobei wir eine Kurzversion zur Außendarstellung und eine konkretisierende Langversion für die Innendarstellung entwickelt haben. Diese Vorgehensweise, kurze, einprägsame Aussagen durch eine erweiterte Version in verständlicher Form zu erläutern, zielt darauf ab, dass das Leitbild von unseren Mitarbeitern umgesetzt, d.h. gelebt werden kann. Sinn unseres Leitbildes ist es, die Ziele und unser Selbstverständnis als traditionsreiche, familiäre und zugleich innovative Klinik zu formulieren.

Wichtig ist uns, die Vision des Firmengründers durch das Praktizieren modernster Behandlungsstandards in komplett renovierten, historischen Räumlichkeiten auszugestalten. Für unsere Patienten zeigt sich dies in einem jeweils individuell angepassten Leistungsangebot sowie der freundlichen, familiären Atmosphäre. Der Therapieerfolg wird dabei nicht zuletzt durch die malerische Lage der Klinik direkt an der Ahr sowie die liebevoll restaurierten Gebäude und Parkanlagen unterstützt.

Um den professionellen Anspruch des Hauses strukturiert weiter zu entwickeln, haben wir uns 2004 für das krankenhausspezifische Qualitätsmanagement- bzw. Zertifizierungsverfahren KTQ entschieden. Dieses etablierte Verfahren bringt

Aspekte der Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung sowie des Qualitätsmanagements angemessen in Einklang.

Unser Qualitätsmanagement-System sowie unsere Qualitätspolitik haben wir konsequent an den Anforderungen des KTQ-Verfahrens ausgerichtet. Die Inhalte unserer Qualitätspolitik werden in einem Qualitätsmanagement-Konzept dargestellt, mit dessen Erarbeitung wir 2004 begonnen haben. Die Qualitätspolitik umfasst unser Selbstverständnis als traditionsreiches Haus, unser Kundenverständnis sowie aus der Qualitätspolitik abgeleitete Qualitätsziele.

### **Qualitätsziele und Zertifizierung**

Wir unterscheiden strategische und operative Qualitätsziele. Weiterhin trennen wir in bereichsübergreifende und bereichsspezifische Qualitätsziele.

Strategische Ziele werden von der Geschäftsführung vorgegeben. Verantwortlich für die Entwicklung der bereichsübergreifenden, operativen Qualitätsziele ist die Steuerungsgruppe (siehe E-1). Bereichsspezifische Ziele werden mit den Abteilungsverantwortlichen, u.a. im Rahmen von Mitarbeitergesprächen, abgestimmt.

Ein übergeordnetes, strategisches Qualitätsziel ist die Zertifizierung nach KTQ 5.0 Anfang 2007. Ende 2004 haben wir damit begonnen, bereichsübergreifende Ziele zu definieren und als solche im Qualitätsmanagement-Konzept zu benennen. Für 2005 ist geplant, die übergreifenden Zielsetzungen für einzelne Bereiche zu konkretisieren.

Die in 2004 formulierten, für die Klinik gültigen Qualitätsziele orientieren sich an:

- Patienten-, Mitarbeiter- und sonstigen Kundenbedürfnissen
- gesetzlichen und gesellschaftspolitischen Anforderungen
- Aussagen des Leitbildes
- wirtschaftlichen Gegebenheiten sowie weiteren strategischen Unternehmenszielen
- Anforderungen des KTQ-Verfahrens.

In 2004 umgesetzte Qualitätsziele sind:

- Komplette Restauration und Umbau des historischen Hauptgebäudes
- Errichtung eines umfassenden Wegeleitsystems
- Erweiterung des therapeutischen Leistungsspektrums um den "Hochseilgarten" und Einführung der Musiktherapie als neues psychotherapeutisches Angebot
- Betreutes Wohnen wurde in einem Gebäude der Klinik etabliert
- Implementierung eines innovativen Intensiv-Rehabilitationskonzeptes in Kooperation mit privaten Kostenträgern
- Veranstaltungsbeginn des Weiterbildungsverbundes Rheinland-Pfalz Nord (zum Erwerb des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie)
- Qualifizierung des QM-Teams (u.a. lizenziertes KTQ-Training)
- Einrichtung eines Internetzugangs (Internetcorner) für die Patienten
- Optimierung der Wäscheversorgung

In 2004 festgelegte Qualitätsziele sind:

- Ausbau der Psychiatrischen Institutsambulanz und Erweiterung um den Standort Adenau im Jahr 2005
- Erweiterung des Intranets um das Klinikhandbuch im Jahr 2005
- Durchführung von Schulungen "Kompetenz zur Reha-Verordnung" für niedergelassene Ärzte im Jahr 2005
- Anerkennung des Weiterbildungsverbundes Rheinland-Pfalz Nord durch die zuständige Ärztekammer im Jahr 2005
- 24-Stunden-Besetzung der Notaufnahme im Jahr 2005
- Neubenennung der Stationen im Jahr 2005
- Ausbildung von Auszubildenden im Küchenbereich im Jahr 2005
- Umsetzung von in 2004 festgelegten QM-Projekten und -Maßnahmen in 2005 und 2006 (siehe E-1 und F)
- Veröffentlichung von zwei Fachbüchern unter Federführung der Chefärzte bis 2006/2007
- Umfassende Renovierung der Küche bis 2006/2007
- Weiterer Ausbau des Intensiv-Rehabilitationskonzepts in den nächsten Jahren

Wesentliche Qualitätsziele wurden Ende 2004 in Form von koordinierter Projektarbeit angegangen (siehe Teil F). Hiermit soll sowohl die Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiterzufriedenheit gesteigert werden als auch die nötige Zertifizierungsreife sichergestellt sein.

Unser Qualitätsmanagement-System ist darauf ausgerichtet, den Grundgedanken der kontinuierlichen Verbesserung umzusetzen. Zum einen beinhalten das gewählte Zertifizierungsverfahren die Systematik einer strukturierten Planung (PLAN), deren Umsetzung (DO), die Kontrolle der Umsetzung (CCHECK) sowie die Erarbeitung von Verbesserungsmaßnahmen (ACT), d.h. den sog. PDCA-Zyklus. Zum anderen ist die Etablierung des QM-Systems gemäß QM-Konzept in mehreren Optimierungszyklen geplant. Der erste Optimierungszyklus begann 2004 und besteht aus der Erarbeitung von QM-Maßnahmen und -Projekten infolge einer im Herbst 2004 durchgeführten Ist-Analyse. Der zweite Optimierungszyklus ist für 2006 in Form der Erstellung der Selbstbewertung nach KTQ geplant. Ein dritter Zyklus ist bereits jetzt für den Zeitraum nach der Zertifizierung vorgesehen.

### **Klinikhandbuch und Qualitätsmanagement-Konzept**

Unsere Qualitätspolitik, die übergeordneten Qualitätsziele, die Struktur des Qualitätsmanagements (siehe Teil E-1) sowie die Vorgehensweise zur Einführung und Umsetzung unseres QM-Systems sind im Qualitätsmanagement-Konzept definiert. Das Konzept ist wiederum Teil des Klinikhandbuchs, mit dessen Strukturierung und Ausarbeitung wir 2004 begonnen haben. Konzept und Handbuch sind die wesentlichen Instrumente, u.a. unsere Qualitätspolitik allen Mitarbeitern zu vermitteln.

Die Inhalte des Klinikhandbuchs werden den Mitarbeitern ab Herbst 2005 über unser bereits bestehendes Intranet sukzessive zur Verfügung stehen. Ziel ist es, sämtliche Vorgabedokumente wie Dienst- und Verfahrensanweisungen, Behandlungsleitlinien etc. sowie relevante Informationen und aktuelle Veränderungen allen Mitarbeitern zeitnah und transparent zur Verfügung zu stellen. Das Handbuch beschreibt die

Strukturerhebungsbogen V4.2 ohne KTQ - Dr. von Ehrenwall'sche Klinik (Walporzheimer Str. 2  
53474 Ahrweiler)

Struktur der Klinik ebenso wie einzelne Prozesse, insbesondere Abläufe rund um den  
Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung.

## E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

### E-1 Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus stellt sich wie folgt dar:

#### *Einführung und Umsetzung des Qualitätsmanagement-Systems*

Die Umsetzung des Qualitätsmanagement-Systems nach KTQ und damit verbunden die Zertifizierung nach KTQ folgt einem stringenten Zeitplan, der 2004 von der Geschäftsführung zusammen mit den Mitgliedern der Steuerungsgruppe verabschiedet wurde.

Ausgangspunkt der Planungen war die Qualifizierung der Mitglieder des ursprünglichen KTQ-Teams im Juli 2004 sowie der Aufbau weiterer QM-Strukturen (siehe unten). Die inhaltliche Arbeit begannen wir Ende 2004 mit einem extern moderierten KTQ-Kurzcheck sowie einer anschließenden Priorisierung der identifizierten Verbesserungspotenziale. Diese Priorisierung war Grundlage der Projektarbeit, mit der wir 2004 begannen und die bis heute andauert (siehe F).

Die weitere Zeitplanung sieht wie folgt aus:

Projektplanung: Zertifizierung nach KTQ 5.0															
MONATE	Okt. 04	Nov. 04	...	Nov. 05	Dez. 05	...	Mai. 06	Jun. 06	Jul. 06	Aug. 06	Sep. 06	Okt. 06	Nov. 06	Dez. 06	Jan. 07
Aufbau eines QM-Systems	■														
Verbesserungsprojekte I		■													
Verbesserungsprojekte II				■											
KTQ-Selbstbewertungsbericht							■								
KTQ-Qualitätsbericht											■				
Berichtsbewertung												■			
Abgabe Selbstbewertung													■		
Interne (Probe-)Visitation														■	
Optimierung QM / Kommunikation												■			
Visitation															■

Abb.: Projektplanung: Zertifizierung nach KTQ 5.0

### **Aufbauorganisation des Qualitätsmanagements**

Im Berichtszeitraum haben wir die notwendigen personellen Strukturen und Gremien zur Etablierung unseres Qualitätsmanagement-Systems geschaffen. Bei der Organisation des Qualitätsmanagements war uns wichtig, alle Hierarchieebenen und Berufsgruppen einzubinden. Die Aufbauorganisation des Qualitätsmanagements ist im Qualitätsmanagement-Konzept beschrieben.

Folgende Verantwortlichkeiten und Gremien sind etabliert:

### **Geschäftsführung und weitere Führungskräfte**

Die Verantwortung für die Etablierung von Qualitätsmanagement-Strukturen liegt beim Geschäftsführer/ Ärztlichem Direktor. Er trägt dafür Sorge, dass personelle und finanzielle Ressourcen angemessen eingesetzt werden, um die formulierten Qualitätsziele zu erreichen.

Die Einbindung weiterer Führungskräfte erfolgt durch eine festgelegte Organisations- und Kommunikationsstruktur, über die Steuerungsgruppe sowie themenspezifisch eingerichtete Qualitätsmanagement-Projektgruppen, in die beide Chefärzte, die Pflegedienstleitung sowie weitere Abteilungsleiter als Projektleiter direkt eingebunden waren und sind.

### **Steuerungsgruppe**

Es existiert eine monatlich tagende Steuerungsgruppe, die sich aus den Mitgliedern des ehemaligen KTQ-Teams sowie den beiden Chefärzten zusammensetzt. Sie fungiert als Lenkungsgremium, d.h. als Planungs- und Entscheidungsgremium. Konkrete Aufgaben sind die Definition von Zielen für die Arbeit des Qualitätsmanagements, die Verabschiedung von Arbeitsergebnissen sowie die Durchsetzung entsprechender Entscheidungen. Die Sitzungen der Steuerungsgruppe werden protokolliert.

### **Qualitätsmanagement-Beauftragter**

Mit der Ausgestaltung des Qualitätsmanagement-Systems ist ein entsprechend qualifizierter Oberarzt beauftragt und hierzu ab 2005 zu 50% freigestellt. Er ist der Geschäftsführung als Qualitätsmanagement-Beauftragter unmittelbar unterstellt und für die organisatorische sowie fachliche Realisierung des Qualitätsmanagements zuständig. Der Qualitätsmanagement-Beauftragte übernimmt damit die Verantwortung für die Koordination aller qualitätssichernden Maßnahmen und Qualitätsmanagement-Projekte.

### **Projektgruppen**

Zur Umsetzung der festgelegten Verbesserungsmaßnahmen wurden 2004 mehrere Projektgruppen etabliert, die je nach Zielsetzung und Aufgabenstellung von Mitarbeitern aus verschiedenen Abteilungen und Berufsgruppen besetzt waren.

Die Projektgruppenarbeit wird durch den Qualitätsmanagement-Beauftragten, die Steuerungsgruppe sowie ein fest etabliertes regelmäßiges Projektleitertreffen koordiniert. Die Projektkoordination besteht wiederum aus der Projektplanung, Projektdurchführung und einem Projektcontrolling (ab Anfang 2005):

Die Projektplanung umfasst eine Maßnahmenpriorisierung sowie für die priorisierten Projekte jeweils eine Zieldefinition und eine Meilensteinplanung mit Festlegung von Zeitzielen und Verantwortlichkeiten. Die Ergebnisse der einzelnen Projektplanungen werden in der Steuerungsgruppe abgestimmt.

Die Projektdurchführung obliegt jeweils einem Projektleiter. Projektergebnisse werden gemäß Meilensteinplanung mit Betroffenen abgestimmt, in der Steuerungsgruppe vorgestellt und von der Geschäftsführung verabschiedet. Daraufhin werden von der Projekt- bzw. Steuerungsgruppe entsprechende Umsetzungsschritte geplant und deren Umsetzung durch den Qualitätsmanagement-Beauftragten begleitet und nachgehalten.

Das Projektcontrolling durch den Qualitätsmanagement-Beauftragten stellt eine stringente Projektarbeit sicher und gewährleistet einen größtmöglichen Umsetzungserfolg. Dieses Controlling beinhaltet eine Berichterstattung an die Steuerungsgruppe bzw. direkt an die Geschäftsführung.

## E-2 Qualitätsbewertung

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt (Selbst- oder Fremdbewertungen):

### **Zertifizierungsverfahren / KTQ-Kurzcheck und Maßnahmenpriorisierung**

Unser mittelfristiges Ziel ist, wie bereits erwähnt, eine Zertifizierung nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen). Hierzu müssen wir uns einer Selbstbewertung sowie einer Fremdbewertung durch drei erfahrene, akkreditierte und unabhängige Prüfer (Visitoren) unterziehen. Die Fremdbewertung (Visitation) planen wir für Anfang 2007. Mit Vergabe des Zertifikates wird bestätigt, dass wir die Anforderungen an ein gelebtes Qualitätsmanagement erfüllen, d.h. unsere Abläufe professionell und patientenorientiert organisiert haben.

Die Selbstbewertung besteht aus der Beantwortung eines Fragenkataloges mit 676 Fragen in Berichtsform sowie aus einer Bepunktung der Antworten nach einem vorgegebenen, einheitlichen Bewertungsschema. Der Selbstbewertungsbericht ist dabei in sechs Kapitel, sog. Kategorien, unterteilt:

- Patientenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit im Krankenhaus
- Informationswesen
- Krankenhausführung
- Qualitätsmanagement

Zur Vorbereitung auf die Selbstbewertung haben wir 2004 begonnen, mit externer Unterstützung eine umfassende Ist-Analyse (KTQ-Kurzcheck) durchzuführen. Der Kurzcheck hatte zum Ziel, diejenigen Maßnahmen zu identifizieren, die für eine Zertifizierung besonders wichtig sind sowie für das Krankenhaus und seine Interessensgruppen (Patienten, Besucher, Mitarbeiter, einweisende Ärzte, nachsorgende und sonstige kooperierende Einrichtungen) den größten Nutzen bringen. Im Anschluss haben die Mitglieder der Steuerungsgruppe diese Maßnahmen nach Wichtigkeit und Umsetzbarkeit priorisiert und eine entsprechende Projektplanung erstellt. Diese Vorarbeiten waren Ausgangspunkt für die umfangreiche Projektarbeit (siehe Teil F).

### **Interne Qualitätsbewertung**

Als Methoden der internen Qualitätsbewertung bzw. -sicherung nutzen wir im Wesentlichen Begehungen und Befragungen, wobei wir zukünftig den Bereich der internen Qualitätssicherung ausbauen wollen.

#### Begehungen

Wir führen Stations- und Bereichsbegehungen im Hygiene-, und Arbeitssicherheitsbereich durch, die die behördlichen Begehungen, z.B. durch das Gesundheitsamt, die Feuerwehr oder die Besucherkommission (nach PsychKG), ergänzen. Weiterhin gibt es regelmäßige Begehungen des externen Apothekers. Sämtliche Begehungen werden protokolliert.

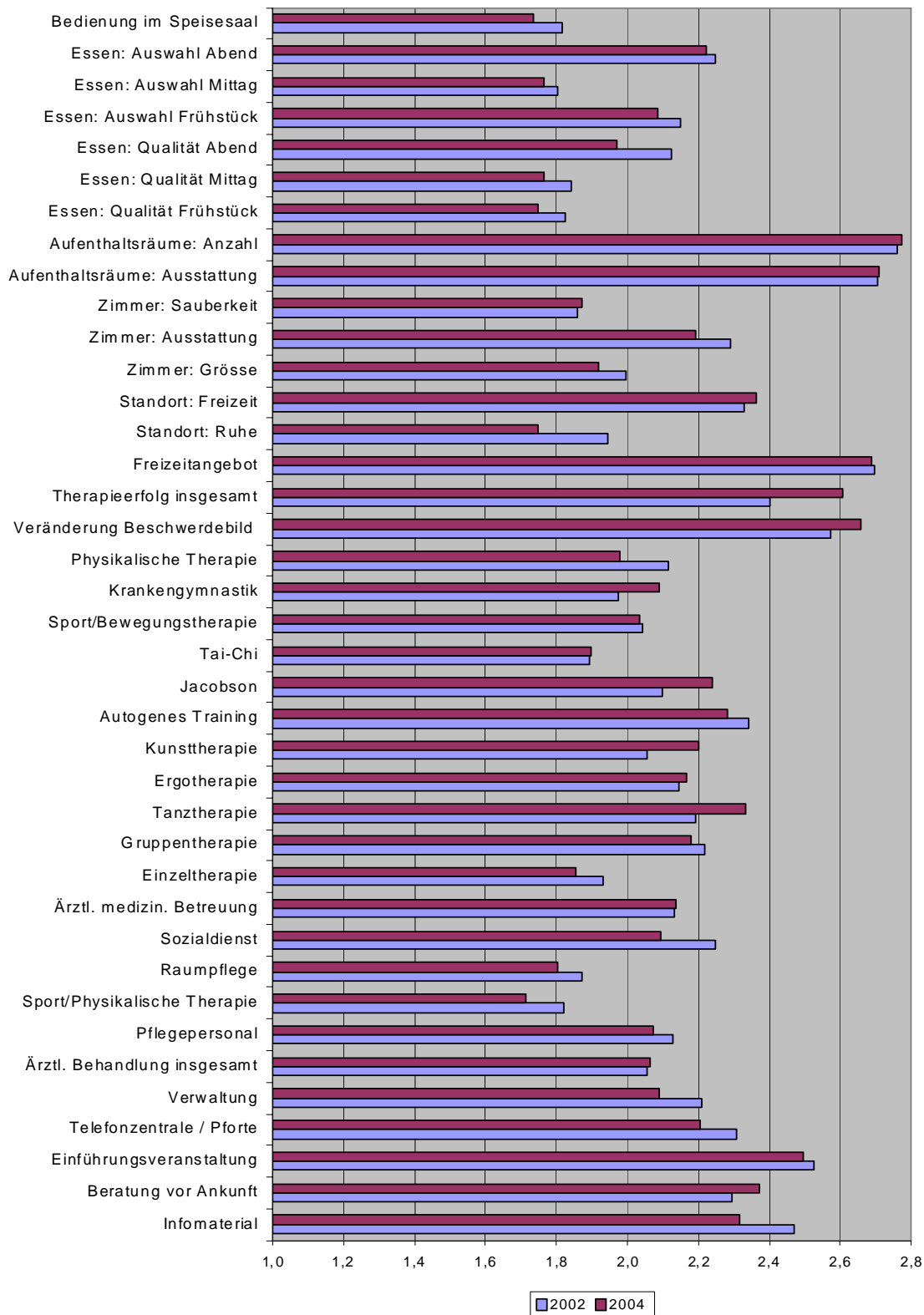
### Befragungen

Wir führen seit Anfang der 90er Jahre eine kontinuierliche Patientenbefragung durch, indem wir unsere Patienten bitten, einen bei der Aufnahme ausgehändigten Fragebogen auszufüllen und abzugeben.

Die Konzeption und Weiterentwicklung des Fragebogens sowie die vergleichende Auswertung der Befragungsergebnisse oblag in der Vergangenheit einem eigens eingerichteten Qualitätszirkel unter Federführung des EDV-Leiters. Dieser Qualitätszirkel ist 2004 in die koordinierte Projektarbeit integriert worden. Die eingereichten Fragebögen werden zusätzlich täglich gesichtet, um auf in den Freitexten evtl. geäußerte Hinweise und Beschwerden umgehend reagieren zu können.

Im Folgenden sind die Ergebnisse der vergleichenden Auswertung aus dem Jahr 2004 denen der letzten Auswertung im Jahr 2002 gegenübergestellt:

**Gegenüberstellung der Patientenbefragungen 2002 / 2004**



Legende: 1 = übertrifft überwiegend meine persönlichen Erwartungen  
 2 = übertrifft meine Erwartungen in einigen Punkten  
 3 = entspricht meinen Erwartungen  
 4 = entspricht meinen Erwartungen in einigen Punkten nicht  
 5 = entspricht meinen Erwartungen in den meisten Fällen nicht

Insgesamt bestätigen beide sehr gut ausgefallenen Befragungen unsere eigene Einschätzung bzgl. einer hohen Patientenzufriedenheit und einer ausgeprägten Patientenorientierung.

Im Zeitvergleich betrachtet wurden die guten Ergebnisse aus dem Jahr 2002 anhand der Befragung des Jahres 2004 bestätigt. Deutliche Verbesserungen ergaben sich bei den Punkten "Standort: Ruhe", "Sozialdienst", "Infomaterial", "Qualität des Abendessens" und "Physikalische Therapie".

Die Verbesserung bei der Ruhe in der Klinik und dem Erholungswert der Umgebung des Hauses lässt sich auf die 2004 auslaufenden Umbaumaßnahmen zurück führen, die 2002 in vollem Gange waren.

Die verbesserte Bewertung des Sozialdienstes und der Physikalischen Therapie führen wir auf eine personelle Aufstockung zurück.

Der positive Trend bei der Bewertung des Informationsmaterials unserer Klinik lässt sich mit der Überarbeitung des Klinikflyers sowie des Informationsmaterials zu einzelnen Therapien begründen.

Die Qualität des Abendessens wurde aufgrund der Ergebnisse der Befragung 2002 verbessert. Der Erfolg dieser Maßnahme spiegelt sich in den 2004er Ergebnissen wieder.

Für 2005 ist die Durchführung einer umfassenden Patientenbefragung sowie einer Mitarbeiterbefragung geplant. In 2006 wollen wir eine Einweiserbefragung sowie interne Probevisitationen durchführen, mit deren Hilfe überprüft werden kann, inwieweit die erarbeiteten QM-Maßnahmen in den Bereichen bekannt sind und von den Mitarbeitern umgesetzt werden.

### **E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß §137 SGB V**

#### *E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V*

Das Krankenhaus kann hier Ergebnisse aus dem externen Qualitätssicherungsverfahren in tabellarischer Form darstellen

Maßnahmen der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V sind für den Fachbereich Psychiatrie nicht vorgesehen, insofern unterliegt die Dr. von Ehrenwall'sche Klinik diesen nicht.

#### **E-3 Ergebnis der externen vergleichenden QS aus BQS**

##### *01. Isolierte Aortenklappenchirurgie*

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Seltenes Auftreten einer postoperativen Mediastinitis	
02	Möglichst geringe In-Hospital-Letalität	

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
03	Rethorakotomie / Wiedereröffnung des Brustkorbs / Grund (Antwort mit OPS): Häufigkeit der Wiedereröffnung des Brustkorbes nach erfolgter Operation	
04	Wundinfektionen: prozentuale Anzahl an Wundinfektionen	
05	Wundrevisionen / Erneuter Eingriff an der Operationswunde: prozentualer Anteil eines erneuten Eingriffs an der Operationswunde	

## 02. Cholezystektomie

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Selten fragliche Indikation	
02	Geringe Reinterventionsrate/ Erneute Operation wegen Komplikation(en) (J/N), %-Angabe: prozentuale Angabe von erneuten Operationen aufgrund von Komplikationen	
03	Umsteige-Rate / Änderung des Operationsverfahrens von minimal-invasiv in offen-chirurgisch (in % nach Auswertungsergebnissen, Abfrage über OPS): prozentuale Angabe von Operationsverfahren, bei denen während der Operation von der minimalinvasiven Operation	
04	Eingriffsspez. Komplikationen (J/N), %-Angabe: prozentuale Angabe von Komplikationen nach der Operation	
05	Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) (J/N), %-Angabe: prozentuale Angabe von Wundinfektionen (Entzündungen) nach der Operation nach anerkannten Definitionen	

## 03. Gynäkologische Operationen

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Möglichst wenige Patientinnen mit isolierten Ovareingriffen und fehlender postoperativer Histologie oder Follikel- oder Korpus-luteum-Zyste oder fehlende Organpathologie als führender histologischer Befund	
02	Möglichst wenige Patientinnen < 35 Jahren mit Hysterektomie bei benigner Histologie	
03	Möglichst viele Patientinnen mit medikamentöser Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie	
04	intraoperative Komplikationen: prozentuale Angabe von Komplikationen während der Operation	
05	postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC): prozentuale Angabe von Wundinfektionen (Entzündungen) nach der Operation nach anerkannten Definitionen	
06	Revisions-Operation / Erneute Operation aufgrund von Komplikationen: prozentuale Angabe von erneuten Operationen aufgrund von Komplikationen	

## 04. Herzschrittmacher-Erstimplantation

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation bei Herzschrittmacherimplantationen	
02	Immer Wahl eines adäquaten Schrittmachers bei AV-Block II. oder III. Grades	
03	Möglichst wenige perioperative Komplikationen/ im Rahmen der Operation auftretende Komplikationen (J/N), %-Angabe: prozentuale Angabe von Komplikationen während der Operation	
04	Möglichst hohe intrakardiale Signalamplituden	
05	Wundinfektion (J/N), wenn J: prozentuale Angabe von Wundinfektionen (Entzündungen) nach der Operation nach anerkannten Definitionen	
06	Revisionseingriff / Erneute Operation erforderlich (J/N): prozentuale Angabe von erneuten Operationen aufgrund von Komplikationen	

## 05. Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Möglichst selten Schrittmacher-Aggregatwechsel wegen vorzeitiger Batterieerschöpfung	
02	Möglichst lange Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats (AAI oder VVI)	
03	Möglichst lange Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats (VDD oder DDD)	
04	Perioperative / im Rahmen der Operation auftretende Komplikationen (J/N), wenn J: prozentualer Anteil an Komplikationen während der Operation	
05	Wundinfektionen (J/N), wenn J: prozentualer Anteil an Infektionen der Operationswunde	
06	Revisionseingriff erforderlich / Erneute Operation (J/N): prozentualer Anteil an erneuten operativen Eingriffen / Zweiteingriff	

### 06. Herzschrittmacher-Revision/ -Explantation

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Möglichst selten Infektionen von Anteilen des Schrittmachersystems bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution	
02	Immer Bestimmung der Reizschwellen bei revidierten Sonden (Vorhofsonden)	
03	Immer Bestimmung der Reizschwellen bei revidierten Sonden (Ventrikelsonden)	
04	Perioperative / im Rahmen der Operation auftretende Komplikationen (J/N) (Bei Systemumwandlungen sind nur die Komplikationen anzugeben, die der Explantation / Operation zur Entnahme des SM-Systems zuzuordnen sind).	

### 07. Herztransplantation

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Möglichst selten behandlungsbedürftige Abstoßungsreaktionen	
02	Möglichst geringe In-Hospital-Letalität	
03	Möglichst geringe 30-Tage-Letalität	

### 08. Hüftgelenknahe Femurfraktur\ (ohne subtrochantäre Frakturen)

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Kurze präoperative Verweildauer bei Schenkelhalsfraktur/ OP nach Aufnahme innerhalb von / Zeitpunkt der Operation nach der Krankenhausaufnahme < 24h	
02	Kurze präoperative Verweildauer bei Schenkelhalsfraktur/ OP nach Aufnahme innerhalb von / Zeitpunkt der Operation nach der Krankenhausaufnahme 24 - 48 h	
03	Kurze präoperative Verweildauer bei Schenkelhalsfraktur/ OP nach Aufnahme innerhalb von / Zeitpunkt der Operation nach der Krankenhausaufnahme > 48h	
04	Geringe Letalität bei osteosynthetischer Versorgung	
05	Geringe Letalität bei endoprothetischer Versorgung	
06	Geringe Letalität (Risikoklasse ASA 1 oder 2)	
07	behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen, (J/N): prozentuale Anzahl an behandlungsbedürftiger Komplikationen während und nach der Operation	
08	Postoperative / Nach der Operation auftretende Wundinfektion (nach Definition an der CDC), (J/N): prozentuale Angabe von Wundinfektionen (Entzündungen) nach der Operation nach anerkannten Definitionen	

### 09. Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Möglichst oft Gelenkpunktion bei Infektionsverdacht	
02	Selten Endoprothesenluxation	

### 10. Karotis-Rekonstruktion

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Indikation bei asymptomatischer Carotis-Stenose: Nur Stenosen operieren mit einem Stenosegrad >1= 60% (NAS CET)	
02	Asymptomatische Stenose: Angemessene niedrige Rate an perioperativen Schlaganfällen und Todesfällen	
03	Symptomatische Stenose: Angemessene niedrige Rate an perioperativen Schlaganfällen oder Todesfällen	
04	Lokale Komplikation (J/N), wenn J: prozentualer Anteil an örtlichen Komplikationen im Wundgebiet	
05	Op-pflichtige Nachblutung: prozentualer Anteil an Nachblutungen nach erfolgter Operation	
06	periphere Nervenläsion/ Schädigung eines Nerven (N. hypoglossus, N. facialis, N. laryngeus recurrens): prozentualer Anteil an Schädigungen eines Nerven nach der Operation	
07	Karotisverschluss / Verschluss der Halsschlagader: prozentualer Anteil eines Verschlusses der operierten Halsschlagader	
08	postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC): prozentuale Angabe von Wundinfektionen (Entzündungen) nach der Operation nach anerkannten Definitionen	
09	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen, (J/N), %-Angabe: prozentualer Anteil an allgemeinen Komplikation nach der Operation die zu behandeln sind	

### 11. Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (TEP)

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Möglichst oft postoperative Beweglichkeit Extension/Flexion von mindestens 0/0/90	
02	Selten postoperative Wundinfektionen/ Nach der Operation auftretende Wundinfektion (nach Definition der CDC), (J/N): prozentuale Angabe von Wundinfektionen (Entzündungen) nach der Operation nach anerkannten Definitionen	
03	Selten postoperative Wundinfektionen bei Patienten mit Risikoklasse 0/ Nach der Operation auftretende Wundinfektion (nach Definition der CDC) bei Patienten mit Risikoklasse 0, (J/N): prozentuale Angabe von Wundinfektionen (Entzündungen) nach der Operation	
04	Reintervention / Erneute Operation wegen Komplikation(en) erforderlich? (J/N)	
05	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen, (J/N), %-Angabe: prozentualer Anteil an allgemeinen Komplikation nach der Operation die zu behandeln sind	
06	behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen, (J/N): prozentuale Anzahl an behandlungsbedürftiger Komplikationen während und nach der Operation	

### 12. Knie-Totalendoprothesen-Wechsel

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Selten postoperative Wundinfektionen	
02	Selten postoperative Wundinfektionen bei Patienten mit Risikoklasse 0	
03	Selten erforderliche Reinterventionen wegen Komplikation	

### 13. Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Seltenes Auftreten einer postoperativen zerebrovaskulären Komplikation (TIA, Krampf, Parese, Plegie oder Koma) bis zur Entlassung mit einer Dauer von > 24 bis < 72 Std,	
02	Seltenes Auftreten einer postoperativen zerebrovaskulären Komplikation (TIA, Krampf, Parese, Plegie oder Koma) bis zur Entlassung mit einer Dauer von > 72 Std,	
03	Möglichst geringe In-Hospital-Letalität	
04	Rethorakotomie / Wiedereröffnung des Brustkorbs / Grund (Antwort mit OPS): Häufigkeit der Wiedereröffnung des Brustkorbes nach erfolgter Operation	
05	Wundinfektionen: prozentuale Anzahl an Wundinfektionen	
06	Wundrevisionen / Erneuter Eingriff an der Operationswunde: prozentualer Anteil eines erneuten Eingriffs an der Operationswunde	

### 14. Koronarangiografie / Perkutane Intransluminale Koronarangioplastie (PTCA)

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Indikation zur Koronarangiografie: Ischämiezeichen	
02	Indikation zur Koronarangiografie: Ausschluss KHK	
03	Indikation zur Koronarangiografie: Therapieempfehlung „Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK“	
04	Indikation zur Koronarangiografie: „bekannte KHK“	
05	Selten intra- oder postprozedurale MACCE (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events) bei Koronarangiographie(n)	
06	selten intra- oder postprozedurale MACCE (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events) bei PTCA	
07	intraprozedural / während des Eingriffs auftretende Ereignisse oder Komplikationen, (J/N): prozentuale Angabe über das Auftreten von Komplikationen während des Eingriffs	
08	postprozedural / nach dem Eingriff festgestellte Komplikationen, (J/N): prozentuale Angabe über das Auftreten von Komplikationen nach dem Eingriff	

### 15. Isolierte Koronarchirurgie

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Angemessener Anteil von Operationen mit Verwendung der linksseitigen IMA (innere Brustwandarterie)	
02	Seltenes Auftreten einer postoperativen Mediastinitis	
03	Möglichst geringe In-Hospital-Letalität	

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
04	Rethorakotomie / Wiedereröffnung des Brustkorbs / Grund (Antwort mit OPS):Häufigkeit der Wiedereröffnung des Brustkorbes nach erfolgter Operation	
05	Wundinfektionen: prozentuale Anzahl an Wundinfektionen	
06	Wundrevisionen / Erneuter Eingriff an der Operationswunde: prozentualer Anteil eines erneuten Eingriffs an der Operationswunde	

### 16.Mammachirurgie

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Möglichst viele Eingriffe mit postoperativem Präparatröntgen nach präoperativer Markierung durch bildgebende Verfahren	
02	Möglichst viele Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse bei invasivem Mamma-Karzinom/ immunhistochemische Hormonrezeptoranalyse durchgeführt (Eigen- oder Fremdbefund), (J/N): prozentualer Anteil an durchgeführter Analyse von Hormonreze	
03	Möglichst viele Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand	
04	Angemessene Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie bei Tumorstadium pT1 oder pT2	
05	brusterhaltende Operation (BET) : J; N; N auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET; J auf Wunsch der Patientin trotz nicht erfüllter KriterienBET	
06	Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC), (J/N): prozentuale Angabe von Wundinfektionen (Entzündungen) nach der Operation nachanerkannten Definitionen	
07	sonstige postoperative Komplikation(en), (J/N): prozentualer Anteil an Komplikationen nach der Operation	
08	Revisions-Operation auf Grund von intra/postoperativen Komplikation(en) notwendig (J/N): prozentualer Anteil an erneuten Operationen wegen Komplikationen während der ersten Operation oder nach der ersten Operation	
09	definitive postoperative Histologie / mikroskopische Untersuchung des Gewebes, (J/N): prozentualer Anteil an erfolgter mikroskopischer Untersuchung des entnommenen Gewebes	

### 17.Perinatalmedizin

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Häufig Anwesenheit eines Pädiaters bei Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen von 24 + 0 bis unter 35 + 0 Wochen	
02	Stets Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebendgeborenen Einlingen	
03	Geringe Azidoserate bei reifen lebendgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pHBestimmung	
04	Häufig antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion) bei Müttern in einem Schwangerschaftsalter unter 34 + 0 Wochen	
05	E-E-Zeit bei Notsektio / Kaiserschnitt (Zeit in min): Angabe der durchschnittlichen Zeit vom Einleiten des Kaiserschnitts bis zur Geburt des Kindes	
06	revisionsbedürftige / operationsbedürftige Wundheilungsstörungen des Geburtskanals durch Eröffnung und/oder Sekundärnaht, (J/N): prozentualer Anteil von Störungen der Wundheilung des Geburtskanals	
07	Fieber im Wochenbett > 38 °C > 2 Tg, (J/N): prozentualer Anteil von Patientinnen mit Fieber nach der Entbindung	
08	allgemeine behandlungsbedürftige postpartale / nach der Entbindung auftretende Komplikationen, (J/N): prozentualer Anteil an Komplikationen nach der Entbindung	

### 18.Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung\an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Möglichst wenig Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden, werden mit Dekubitus entlassen	
02	Hohe Rate an Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen und ohne Dekubitus entlassen wurden	

### 19.Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Im Verhältnis zur OP-Dauer angemessene Antibiotikaprophylaxe Single shot bei Op-Dauer bis 120 min Intraoperative Zweitgabe bei OP-Dauer > 120 min	

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
02	Hoher Anteil an Patienten mit selbständigem Gehen bei der Entlassung	
03	behandlungsbedürftige intra-/postoperative / während oder nach der Operation auftretende chirurgische Komplikationen, (J/N): prozentualer Anteil an chirurgischen Komplikationen während oder nach der Operation	
04	Postoperative / nach der Operation auftretende Wundinfektion (nach Definition der CDC), (J/N): prozentuale Angabe von Wundinfektionen (Entzündungen) nach der Operation nach anerkannten Definitionen	

### 00. Sonstiger Leistungsbereich

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
00	Sonstiger Indikator	

## E-3 Krankenhausindividuelle Kennzahlen der Ergebnisqualität

### Komplikationen im Rahmen der Anästhesie

Erläuterung Indikator

Art der im Zähler eingeschlossenen Fälle

Anzahl der im Zähler eingeschlossenen Fälle gesamt

Art der im Nenner eingeschlossenen Fälle

Anzahl der im Nenner eingeschlossenen Fälle gesamt

Art der im Nenner ausgeschlossenen Fälle

Anzahl der im Nenner ausgeschlossenen Fälle gesamt

Ergriffene Verbesserungsmaßnahme

Aktivitäten, um über die Ergebnisqualität zu informieren (intern und extern)

### Dekubitus

Erläuterung Indikator

Art der im Zähler eingeschlossenen Fälle

Anzahl der im Zähler eingeschlossenen Fälle gesamt

Art der im Nenner eingeschlossenen Fälle

Anzahl der im Nenner eingeschlossenen Fälle gesamt

Art der im Nenner ausgeschlossenen Fälle

Anzahl der im Nenner ausgeschlossenen Fälle gesamt

Ergriffene Verbesserungsmaßnahme

Aktivitäten, um über die Ergebnisqualität zu informieren (intern und extern)

*Ausgewählte Infektionen im Zusammenhang mit medizinischer Behandlung*

Erläuterung Indikator

Art der im Zähler eingeschlossenen Fälle

Anzahl der im Zähler eingeschlossenen Fälle gesamt

Art der im Nenner eingeschlossenen Fälle

Anzahl der im Nenner eingeschlossenen Fälle gesamt

Art der im Nenner ausgeschlossenen Fälle

Anzahl der im Nenner ausgeschlossenen Fälle gesamt

Ergriffene Verbesserungsmaßnahme

Aktivitäten, um über die Ergebnisqualität zu informieren (intern und extern)

## **F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum**

Im Krankenhaus sind folgende ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum durchgeführt worden:

Wir unterscheiden bereichsübergreifende und bereichsspezifische Qualitätsmanagement-Projekte. 2004 haben wir mit der Planung bzw. Durchführung übergreifender Projekte begonnen, die in 2005 fortgeführt werden. Für 2006 ist die Umsetzung insbesondere bereichsbezogener Verbesserungsmaßnahmen geplant.

Folgende bereichsübergreifenden Projekte wurden in 2004 geplant, durchgeführt bzw. abgeschlossen:

### **Grundsaniierung und Umbau des historischen Hauptgebäudes**

#### Zielsetzung

- Ziel der im Jahr 2000 begonnen weitreichenden Umbaumaßnahme war der weitere Ausbau unseres Leistungsspektrums, insbesondere die Erfüllung des Auftrages der Landesregierung zur Versorgung psychisch kranker Menschen im Landkreis Ahrweiler

#### Projekthinhalte / Maßnahmen / erzielte Verbesserungen

- Durch den Umbau wurden hochmoderne bauliche Standards geschaffen mit heller, freundlicher und wenig krankenhaustypischer Atmosphäre. Es entstanden einheitliche Stationsgrößen von ca. 18 Betten, Zimmerausstattungen mit Dusche und WC sowie erweiterte Therapie- und Funktionsräume. Hierdurch konnten unsere therapeutischen Angebote weiter ausgebaut werden.

### **Dienstanweisungen**

#### Zielsetzung

- Systematisierung aller bestehenden Dienstanweisungen
- Erarbeitung von Vorgaben zur Dokumentenlenkung von Dienstanweisungen

#### Projekthinhalte / Maßnahmen / erzielte Verbesserungen

- Erfassung aller bestehenden Dienstanweisungen
- Zusammenfassung von Dienstanweisungen nach Themen, Archivieren nicht mehr gültiger Dienstanweisungen
- Definition von Layout, Struktur und Nummerierungssystematik von Dienstanweisungen
- Verbesserte Kommunikation und Kenntnisnahme von Dienstanweisungen
- Vermehrte Transparenz über aktuell gültige Dienstanweisungen

### **Ablaufbeschreibung Aufnahme**

#### Zielsetzung

- Verbindliche Definition des Prozesses der elektiven Aufnahme sowie der Notaufnahme von Patienten.

### Projekthinhalte / Maßnahmen / erzielte Verbesserungen

- Erfassung der jeweiligen Ist-Abläufe und Erstellung eines Themenspeichers
- Identifikation und Abstimmung von Verbesserungspotenzialen
- Integration bestehender Dienstanweisungen

### **Ablaufbeschreibung Entlassung und Verlegung**

#### Zielsetzung

- Verbindliche Definition des Prozesses der internen Verlegung sowie der Ablaufschritte einer Entlassung
- Erstellung von Checklisten und eines Abmeldebogens (für Therapien)

### Projekthinhalte / Maßnahmen / erzielte Verbesserungen

- Erfassung der jeweiligen Ist-Abläufe und Erstellung eines Themenspeichers
- Identifikation und Abstimmung von Verbesserungspotenzialen
- Integration bestehender Dienstanweisungen
- Erarbeitung eines Abmeldebogens für alle Therapien
- Erarbeitung von Checklisten für die interne Verlegung, für eine reguläre Entlassung sowie für kurzfristige Entlassungen und Entlassungen in die Tagesklinik

### **Einarbeitungskonzept**

#### Zielsetzung

- Erarbeitung eines bereichsübergreifenden, allgemeinen Einarbeitungskonzepts sowie von bereichs- bzw. berufsgruppenspezifischen Einarbeitungschecklisten.
- Definition der Einarbeitungsdauer und der Verantwortlichkeiten für die Einarbeitung

### Projekthinhalte / Maßnahmen / erzielte Verbesserungen

- Erarbeitung einer bereichsübergreifenden, allgemeinen Verfahrensanweisung
- Erarbeitung von bereichsspezifischen, zeitlich strukturierten Checklisten
- Regelung des Mentorensystems sowie von Zwischen- und Abschlussgesprächen
- Erstellung einer Infobroschüre für neue Mitarbeiter
- Erstellung von Musteranschreiben im Zusammenhang mit der Einstellung

### **Leitbild**

#### Zielsetzung

- Formulierung eines eigenständigen Leitbildes, bei dem der Charakter der Klinik als traditionsreiches Familienunternehmen deutlich wird und die Ideen des Firmengründers aufgegriffen werden.
- Definition und Umsetzung von Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, dass das Leitbild von den Mitarbeitern verstanden, angenommen und gelebt werden kann.

### Projekthinhalte / Maßnahmen / erzielte Verbesserungen

- Erarbeitung einer Kurzversion des Leitbildes zur Außendarstellung

- Erarbeitung einer Langversion des Leitbildes zur Vermittlung ggü. den Mitarbeitern
- Konzeption von Kommunikationsmaßnahmen und -medien

## **Psychiatrisches und medizinisches Notfallmanagement**

### Zielsetzung

- Erarbeitung einer Verfahrensanweisung "Psychiatrisches Notfallmanagement", die insbesondere die neuen Strukturen des Hauses (beide geschützte Stationen im Haupthaus, offene Aufnahmestation) berücksichtigt.
- Erarbeitung einer Verfahrensanweisung zum "Medizinischen Notfallmanagement".
- Notfälle sollen anhand eines Notfallprotokolls dokumentiert und ausgewertet werden.

### Projekthinhalte / Maßnahmen / erzielte Verbesserungen

- Erstellung der genannten Verfahrensanweisungen
- Erarbeitung eines Notfallprotokolls
- Konzeption und Durchführung von Schulungen
- Schaffung der technischen Voraussetzungen einer gezielten Alarmierung

## **Klinikhandbuch/ Intranet**

### Zielsetzung

- Es sollte ein ansprechend gestaltetes, benutzerfreundliches Intranet entstehen, das als umfassendes Informationsmedium für alle Mitarbeiter dient. Das Intranet sollte browsergesteuert sein, über eine Suchmaschine und eine benutzerfreundliche Navigation verfügen.
- Das Intranet sollte zum wesentlichen Teil aus dem Klinikhandbuch bestehen, das sämtliche Dienst- und Verfahrensanweisungen sowie Behandlungsleitlinien/ Pflegestandards enthält. Weitere Intranetinhalte sollten definiert und geschaffen werden.
- Die Verwaltung der Dokumente im Klinikhandbuch sollte definiert werden (Dokumentenlenkung).

### Projekthinhalte / Maßnahmen / erzielte Verbesserungen

- Festlegung der Struktur/ Gliederung des Klinikhandbuchs
- Definition der Dokumentenlenkung
- Festlegung von Verantwortlichkeiten für den Änderungsdienst im Intranet
- Neugestaltung der Intranetoberfläche
- Installation einer Suchmaschine

## **Vorschlagswesen**

### Zielsetzung

- Es sollte ein Innerbetriebliches Vorschlagswesen etabliert werden, das den Ablauf der Einreichung, Bewertung und Annahme von Vorschlägen definiert.
- Maßnahmen sollten bestimmt sein, die darauf abzielen, dass möglichst viele und gute Vorschläge von den Mitarbeitern kommen.

### Projekthalte / Maßnahmen / erzielte Verbesserungen

- Erarbeitung einer Verfahrensanweisung
- Festlegung von Verantwortlichkeiten (Entscheidungsgremium etc.)
- Erstellung eines Meldeformulars
- Erarbeitung eines Prämiensystems
- Erstellung einer Datei zur aggregierten Verwaltung und Auswertung von Vorschlägen

### **Mitarbeitergespräche**

#### Zielsetzung

- Es sollen einmal jährlich strukturierte Mitarbeitergespräche in allen Berufsgruppen geführt und dokumentiert werden.
- Zielvereinbarungen und eine Beurteilung sollen Bestandteil der Mitarbeitergespräche sein.

### Projekthalte / Maßnahmen / erzielte Verbesserungen

- Festlegung, wer mit welchen Mitarbeitern Gespräche führen wird
- Erarbeitung eines Gesprächsbogens inkl. Beurteilungsskala
- Erstellung einer umfassenden Verfahrensanweisung
- Formulierung von Tipps für Vorgesetzte in Form einer Checkliste
- Schulung der Führungskräfte (geplant für 2005)

### **Pflegestandards**

#### Zielsetzung

- Es sollten relevante somatische Pflegestandards erstellt werden.
- Für stationsübergreifende Abläufe (Aufnahme, Entlassung etc.) sowie Themen (z.B. Dokumentation) sollten Standards aus Pflegesicht definiert werden bzw. in die bestehenden berufsgruppenübergreifenden Verfahrensanweisungen integriert werden.
- Für spezifische psychiatrische Pflegesituationen (u.a. stützende Gespräche, Ausgabe von Bedarfsmedikation, Fixierung) sollten klinikeigene Standards definiert werden.

### Projekthalte / Maßnahmen / erzielte Verbesserungen

- Festlegung der zu erstellenden somatischen und psychiatrischen Pflegestandards
- Definition von Struktur und Layout der Pflegestandards
- Erarbeitung der relevanten somatischen und psychiatrischen Pflegestandards
- Integration von bestehenden Dienstanweisungen
- Definition von Schnittstellen zu anderen Projekten und Zuarbeit bei der Erstellung von berufsgruppenübergreifenden Verfahrensanweisungen

### **Weitere Qualitätsmanagementprojekte**

In 2004 wurden folgende zentrale Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen initiiert bzw. durchgeführt:

- Veranstaltungsbeginn des Weiterbildungsverbundes Rheinland-Pfalz Nord für den Erwerb des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie
- Drei Abendveranstaltungen der Neuro-Psychiatrischen Fortbildungsreihe für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sowie Fachkollegen anderer Kliniken. Die Vorträge wurden von durchschnittlich ca. 200 Teilnehmern besucht
- Lizenziertes KTQ-Training für die Mitarbeiter des QM-Teams
- Nach umfangreichen Vorbereitungen fand anlässlich des vollendeten Umbaus des historischen Haupthauses am 13. November 2004 ein "Tag der offenen Tür" statt. Bei den angebotenen Führungen konnten die Räumlichkeiten besichtigt werden, verbunden mit einem Überblick über die Geschichte der Klinik. Darüber hinaus konnten sich die Besucher über die vielfältigen Behandlungsmöglichkeiten informieren, die von den Mitarbeitern aller Abteilungen präsentiert wurden. Der Andrang von geschätzt mehreren tausend Besuchern spiegelte das große Interesse der Bevölkerung aus der Stadt und dem Kreis, aber auch überregional wieder.
- Seminar Traumamanagement für die Polizei in Rheinland-Pfalz
- Regelmäßige Weiterbildung des "Care-Teams für aufsuchende Hilfe bei familiärer Gewalt" im Kreis Ahrweiler

## G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Verantwortlich für den vorliegenden Qualitätsbericht ist:

Dr. Gerd Hölling  
Qualitätsmanagementbeauftragter

Ansprechpartner (z.B. Qualitätsbeauftragter, Patientenfürsprecher, Pressereferent;  
Leitungskräfte verschiedener Hierarchieebenen):

- Beauftragte für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit: Frau Sabine Kolling Tel. 02641/386-0
- Qualitätsmanagementbeauftragter: Dr. Gerd Hölling Tel. 02641/386-0
- Patientenfürsprecher: Herr Werner Schüller, Walporzheim Tel. 02641/4376

Links (z.B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage):

Mehr Informationen über die Dr. von Ehrenwall'sche Klinik finden Sie im Internet auf unserer Homepage [www.ehrenwall.de](http://www.ehrenwall.de)

Unsere e-mail-Adresse lautet [info@ehrenwall.de](mailto:info@ehrenwall.de)

Auf Anfrage können wir gerne folgende schriftlichen Informationen zur Verfügung stellen:

- Informationsbroschüre der Dr. von Ehrenwall'schen Klinik
- Aufnahmebedingungen
- Weitere Klinikinformationen
- Konzept der stationären Psychotherapie bei Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung