



im Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverband e.V.

# Diakonie-Krankenhaus Elbingerode

---

## Qualitätsbericht 2004

nach den Vorgaben des Sozialgesetzbuches V, § 137



**Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH**

Brockenstr. 1

38875 Elbingerode

Tel. 03 94 54 / 8 20 00

Fax. 03 94 54 / 8 23 03

info@diako-harz.de

**www.diako-harz.de**

**Geschäftsführer:**

Martin Montowski

Sr. Anita Rost

**Träger:**

Deutscher Gemeinschafts-Diakonie-Verband e.V.

Stresemannstraße 22

35018 Marburg

## Mehr Transparenz – ganz im Sinne unserer Patienten



Mit dem Qualitätsbericht des Diakonie-Krankenhauses Elbingerode wollen wir der Öffentlichkeit die Leistungen unseres Hauses transparent darstellen.

Im ersten Teil erhalten Sie einen Einblick in allgemeine und fachspezifische Struktur- und Leistungsdaten. Mit anderen Worten: es werden die Art und Anzahl der medizinischen Leistungen unseres Hauses vorgestellt.

Im zweiten Teil des Berichtes werden die Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements dargelegt. Maßnahmen, die sicherstellen, dass wir unsere Patienten stets mit einer fachlich hohen Qualität behandeln und betreuen und dabei nie den Menschen in seiner Gesamtheit und Individualität aus dem Blick verlieren.

Der Qualitätsbericht dient zum einem den Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen zur vergleichenden Auswertung und Qualitätssicherung. Zum anderen legt er den Patienten sowie der breiten Öffentlichkeit die Leistungen, organisatorische Gegebenheiten des Hauses sowie bestehende Aktivitäten zur Sicherung einer guten Qualität transparent dar.

Wir haben bereits vor 5 Jahren ein umfassendes Qualitätsmanagement in allen Bereichen unseres Hauses implementiert und wurden dafür im Jahr 2003 als eines der ersten Häuser in Deutschland mit dem Zertifikat von KTQ und proCum Cert ausgezeichnet. In diesem Rahmen haben wir schon 2003 einen Qualitätsbericht erstellt und unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de) veröffentlicht.

Der vorliegende Bericht ist unabhängig von der Zertifizierung. Er wurde nach den Vorgaben des Gesetzgebers gemäß § 137 SGB V angefertigt, wonach jedes Krankenhaus verpflichtet ist, einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen.

Sollten Sie darüber hinaus weitere Informationen zu unserem Haus wünschen, besuchen Sie doch unsere Internetseiten unter [www.diako-harz.de](http://www.diako-harz.de). Natürlich können Sie auch persönlich mit uns Kontakt aufnehmen – die entsprechende Telefonnummer sowie e-mail-Adresse finden Sie im Anhang.

Vielen Dank für Ihr Interesse am Qualitätsbericht des Diakonie-Krankenhauses Elbingerode.

Martin Montowski

Dr. K.-H. Richter

Sr. Isolde-Kunze

Stefanie Schmidt

Geschäftsführer

Ärztl. Leitung

Pflegedienstleitung

QM-Beauftragte

## Inhaltsverzeichnis

<b>A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten .....</b>	<b>7</b>
A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses.....	7
A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses .....	7
A-1.3 Name des Krankenhausträgers .....	7
A-1.4 Akademisches Lehrkrankenhaus.....	7
A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V .....	7
A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr (2004) behandelten Patienten.....	7
A-1.7A Fachabteilungen.....	8
A-1.7B Top-30 DRG des Gesamtkrankenhauses .....	8
A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte & Leistungsangebote des Krankenhauses .	10
A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	11
A-2.0 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	11
A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten .....	12
A-2.1.1 Apparative Ausstattung.....	12
A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten .....	13
<b>B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses .....</b>	<b>14</b>
B-1.1 Name der Fachabteilung:  Innere Medizin .....	14
B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung.....	14
B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung .....	14
B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung .....	14
B-1.5 Top-10 DRG der Fachabteilung .....	15
B-1.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung .....	15
B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen/Eingriffe der Fachabteilung.....	16
B-1.1 Name der Fachabteilung:  Psychiatrie.....	18
B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung.....	18
B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung .....	18
B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung .....	19
B-1.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung .....	19
B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen/Eingriffe der Fachabteilung.....	20
B-1.1 Name der Fachabteilung:  Psychotherapeutische Medizin.....	21
B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung.....	21
B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung .....	22
B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung .....	22
B-1.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung .....	23
B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen/Eingriffe der Fachabteilung.....	23
<b>B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses .....</b>	<b>24</b>
B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V .....	24
B-2.2 Top-5 der ambulanten Operationen der Fachabteilung .....	24
B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen .....	24
B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst .....	25
B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst.....	25

<b>C Qualitätssicherung</b> .....	<b>26</b>
C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V .....	26
C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V.....	27
C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V) .....	27
C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP) .....	27
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs.1 S.3 Nr.3 SGB V ..	27
<b>Systemteil</b> .....	<b>28</b>
<b>D Qualitätspolitik</b> .....	<b>28</b>
<b>E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung</b> .....	<b>30</b>
E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements .....	30
E-2 Qualitätsbewertung .....	33
E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V.....	40
<b>F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum</b> .....	<b>41</b>
Projekt: Dokumentenmanagement .....	41
Projekt: Intranet .....	41
Projekt: Einarbeitungskonzept.....	42
Projekt: Mitarbeiterbefragung .....	42
Projekt: Patientenbefragung .....	42
Projekt: Gründung eines QM-Verbundes diakonischer Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt .	43
Projekt: Fort- und Weiterbildungskonzept .....	44
Projekt: Elbingeröder-Diakonie-Seminar.....	44
Projekt: Pflegeplanungsprogramm Apenio.....	45
Projekt: strukturierte Mitarbeiterjahresgespräche .....	46
<b>G Weitergehende Informationen</b> .....	<b>47</b>

## Einleitung



Das Diakonie-Krankenhaus in Elbingerode/Harz gehört gemeinsam mit der angegliederten Rehabilitation Sucht, dem Therapieverbund Sucht mit Beratungsstellen, Wohneinrichtungen, einer Tagesstätte und einer Fachstelle für Prävention sowie dem Evangelischen Fachkrankenhaus für Atemwegserkrankungen Neustadt/Südharz zur Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH mit Hauptsitz in Elbingerode/Harz.

Es ist ein Akutkrankenhaus mit den Bereichen Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin. Unser Schwerpunkt liegt in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, wobei eine vernetzte Zusammenarbeit mit den oben genannten Einrichtungen des Therapieverbundes Sucht erfolgt.

Unsere Arbeit ist bewusst diakonisch geprägt und verbindet hohe Fachlichkeit mit eindeutiger Patientenorientierung. Wir haben uns zum Auftrag gemacht, menschenwürdige und sachkompetente Nächstenhilfe zu leisten, wobei uns neben einer multiprofessionellen Behandlung und Betreuung geistliche, seelsorgerliche und soziale Angebote wichtig sind.

Mit einem im Jahre 2000 fertiggestellten kompletten Neubau und einer hochwertigen medizinischen-technischen Ausstattung, halten wir modernste Behandlungsbedingungen vor.

## A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten

### A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

Anschrift Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH  
Brockenstr. 1  
38875 Elbingerode  
Telefon 03 94 54 / 8 20 00  
Telefax 03 94 54 / 8 23 03  
E-Mail-Adresse info@diako-harz.de  
Internetadresse www.diako-harz.de

### A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

<b>Akutbereich</b>	261 500 041
<b>Rehabereich</b>	511 531 264
<b>Physiotherapie</b>	441 532 118
<b>Häusliche Pflege</b>	461 531 139
<b>Psychiatrische Institutsambulanz</b>	491 530 081

7

### A-1.3 Name des Krankenhausträgers

Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH, Gesellschafter ist der Deutsche Gemeinschafts- Diakonie-  
verband

### A-1.4 Akademisches Lehrkrankenhaus

Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus? ja  
nein **X**

### A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V

Gesamtbettenzahl des Krankenhauses nach § 108/109 SGB V\*): **80 + 12 tagesklinische Plätze**

\*Stichtag 31.12. des Berichtsjahres

### A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr (2004) behandelten Patienten

Stationäre Patienten: **1967**  
Ambulante Patienten: **1529**

## A-1.7A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabteilung oder Belegabteilung	Poliklinik/Ambulanz
0100	Innere Medizin	<b>40</b>	<b>1253,5</b>	Hauptabteilung	Ja
2900	Psychiatrie	<b>24</b>	<b>539,5</b>	Hauptabteilung	Ja
3100	Psychosomatik/Psychotherapie	<b>16</b>	<b>101,5</b>	Hauptabteilung	Ja

## A-1.7B Top-30 DRG des Gesamtkrankenhauses

### Erläuterung: DRG´s sind ökonomische Abrechnungskennzahlen

Die Top-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr sind:

Rang	DRG 3-stellig	Text	Fallzahl
1	<b>V62</b>	Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkohol-Abhängigkeit	<b>719</b>
2	<b>V64</b>	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit	<b>201</b>
3	<b>U63</b>	Schwere Gefühlsstörungen (=Schwere affektive Störungen)	<b>190</b>
4	<b>U66</b>	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen	<b>157</b>
5	<b>V60</b>	Alkoholintoxikation und -entzug	<b>76</b>
6	<b>F62</b>	Herzschwäche oder Kreislaufkollaps (=Herzinsuffizienz und Schock)	<b>47</b>
7	<b>G48</b>	Dickdarmspiegelung (=Koloskopie)	<b>47</b>
8	<b>V61</b>	Drogenintoxikation und -entzug	<b>42</b>
9	<b>U64</b>	Sonstige Gefühlsstörungen oder seelische Krankheiten, die sich vorwiegend im Körper manifestieren (=Andere affektive und somatoforme Störungen)	<b>37</b>
10	<b>F71</b>	Leichte oder mittlere Herzrhythmusstörung oder Reizleitungsstörung des Herzmuskels (=Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen)	<b>33</b>
11	<b>H60</b>	Leberschrumpfung mit Zerstörung von Leberzellen und knotigem Umbau durch giftige Einflüsse, z. B. Alkohol oder alkoholische Leberentzündung (=Leberzirrhose und alkoholische Hepatitis)	<b>29</b>

Rang	DRG 3-stellig	Text	Fallzahl
12	<b>K60</b>	Zuckerkrankheit (=Diabetes mellitus)	<b>24</b>
13	<b>U65</b>	Angststörungen	<b>22</b>
14	<b>F67</b>	Bluthochdruck (=Hypertonie)	<b>20</b>
5	<b>V63</b>	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit	<b>19</b>
16	<b>G50</b>	Andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	<b>18</b>
17	<b>B70</b>	Schlaganfall (=Apoplexie)	<b>17</b>
18	<b>B63</b>	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion	<b>16</b>
19	<b>B69</b>	Kurzzeitige (bis 24 Stunden) Nervenfunktionsausfälle aufgrund einer Hirndurchblutungsstörung oder Durchblutungsstörungen am Hals (=Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse)	<b>14</b>
20	<b>G47</b>	Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	<b>13</b>
21	<b>B71</b>	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose	<b>12</b>
22	<b>U60</b>	Psychiatrische Behandlung	<b>12</b>
23	<b>U67</b>	Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen	<b>11</b>
24	<b>E62</b>	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	<b>10</b>
25	<b>E65</b>	Krankheiten mit zunehmender Verengung der Atemwege (=Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung)	<b>9</b>
26	<b>E69</b>	Bronchitis und Asthma bronchiale	<b>8</b>
27	<b>U61</b>	Schizophrene Störungen	<b>8</b>
28	<b>F73</b>	Pleuraerguss	<b>7</b>
29	<b>G49</b>	Dickdarm- und/oder Magenspiegelung (=Koloskopie und Gastroskopie)	<b>7</b>
30	<b>G67</b>	Speiseröhren- oder Magen – Darm – Entzündung oder verschiedene Krankheiten des Verdauungssystems (=Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane)	<b>7</b>

## A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte & Leistungsangebote des Krankenhauses

**Im Diakonie-Krankenhaus Elbingerode werden folgende besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote wahrgenommen:**

- Die **Versorgungsschwerpunkte des Diakonie-Krankenhauses Elbingerode** liegen in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, der allgemeinen internistischen Grundversorgung sowie einer spezialisierten Psychotherapeutischen Medizin.
- Versorgungsschwerpunkte **der Abteilung Innere Medizin** sind die Durchführung qualifizierter Entgiftungen im Rahmen der Suchttherapie sowie die Behandlung akuter und chronischer Leiden im Rahmen der Grundversorgung.
- Versorgungsschwerpunkte **der Abteilung Psychiatrie** sind die Durchführung von Entgiftungen, Krisenbehandlungen, Motivationstherapie sowie die Behandlung psychischer Störungen.
- Im Bereich **der Psychotherapeutischen Medizin** werden vor allem PatientInnen mit psychomatischen Krankheiten und Störungen, Essstörungen, Störungen nach extremen Belastungssituationen, Sinnkrisen u. a. behandelt.

**Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischer Fachabteilung:**

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?

ja  
nein **X**

## A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Im Diakonie-Krankenhaus Elbingerode bestehen folgende ambulante Behandlungsmöglichkeiten:

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
▪ Psychiatrische Institutsambulanz mit Gruppentherapie
▪ Ermächtigung zur ambulanten Betreuung der Diakonissen
▪ Psychiatrische Ambulanz
▪ Notfallambulanz
▪ Ambulante Psychotherapie
• ambulante Pflege
▪ Physiotherapie

## A-2.0 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

**Trifft in unserem Haus nicht zu.**

## A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

### A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung	Vorhanden		Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	
	ja	nein	ja	nein
Elektroenzephalogramm (EEG)	ja	nein	ja	nein
Schlafapnoe – Screening	ja	nein	ja	nein
Sonographie (Herz-Gefäße, Bauch, Schilddrüse)	ja	nein	ja	nein
Röntgen	ja	nein	ja	nein
Endoskopie (Magen, Darm)	ja	nein	ja	nein
Lungenfunktion	ja	nein	ja	nein

In der Abteilung Innere Medizin halten wir moderne Untersuchungsgeräte und –techniken vor, die im Rahmen der Diagnostik und Therapie benötigt werden. Dazu zählen u. a. Methoden der Herz-Kreislauf-Diagnostik (EKG, Langzeit-EKG, Belastungs-EKG, Ultraschall Diagnostik des Herzen einschließlich TEE und der Gefäße, temporäre Schrittmacheranlage, Schrittmacherkontrolle, elektrische Kardioversion und Rhythmusstabilisierung u. a.), internistisches konventionelles Röntgen mit Notfallversorgung, Endoskopie (Ösophagoskopie mit Varizenbehandlung, Gastroskopie, Rektoskopie, Sigmoidoskopie, Koloskopie mit Polypenabtragung, Notfallbehandlung mit Blutstillung), Sonographie (Bauchorgane, Schilddrüse), Lungenfunktion, Schlaf-Apnoe-Voruntersuchung (Screening), Diabeteseinstellung/Diabetes-schulung, Physiotherapie und das Labor mit den Fachgebieten Klinische Chemie, Hämatologie, Gerinnung, Immunologie, Medikamentenspiegel, Urin-Diagnostik sowie Drogenscreening.

### A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Therapeutische Möglichkeiten	Vorhanden	
Physiotherapie	Ja X	nein
Ergotherapie	Ja X	nein
Gruppenpsychotherapie	Ja X	nein
Einzelpsychotherapie	Ja X	nein
Thrombolyse	Ja X	nein
Varizentherapie – endoskopisch	Ja X	nein
Polypektomie (Magen-Darm)	Ja X	nein
Qualifizierte Entgiftung	Ja X	nein
Elektrische Kardioversion	Ja X	nein
Temporärer Schrittmacher	Ja X	nein
Pharmakotherapie	Ja X	nein
Sauerstofftherapie	Ja X	nein

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

### **B-1.1 Name der Fachabteilung: Innere Medizin**

#### **B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung**

In der Abteilung Innere Medizin halten wir moderne Untersuchungsgeräte und –techniken vor, die im Rahmen der Diagnostik und Therapie benötigt werden. Dazu zählen u. a. Methoden der Herz-Kreislauf-Diagnostik (EKG, Langzeit-EKG, Belastungs-EKG, Ultraschalldiagnostik des Herzens einschließlich TEE und der Gefäße, temporäre Schrittmacheranlage, stationäre Schrittmacherkontrolle, elektrische Kardioversion und Rhythmusstabilisierung u. a.), inter-nistisches konventionelles Röntgen mit Notfallversorgung, Endoskopie (Ösophagoskopie mit Varizenbehandlung, Gastroskopie, Rektoskopie, Sigmoidoskopie, Koloskopie mit Polypenab-tragung, Notfallbehandlung mit Blutstillung), Sonographie (Bauchorgane, Schilddrüse), Lungenfunktion, Schlaf-Apnoe-Voruntersuchung (Screening), Diabeteseinstellung/Diabetes-schulung, Physiotherapie und das Labor mit den Fachgebieten Klinische Chemie, Hämatolo-gie, Gerinnung, Immunologie, Medikamentenspiegel, Urin-Diagnostik sowie Drogenscree-ning.

Unsere Lungenklinik in Neustadt ergänzt uns über die hier beschriebenen Leistungen hinaus um hochspezialisierte pneumologische Verfahren.

#### **B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung**

Die Abteilung Innere Medizin stellt das diagnostische Fundament des gesamten Akutkran-kenhauses, der Rehabilitationsklinik sowie des Therapieverbundes Sucht der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH dar. Wir behandeln akute und chronische Erkrankungen im Rah-men der Grundversorgung sowie Patienten des Therapieverbundes Sucht nach Rückfällen und in Krisensituationen. In Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten besteht eine spezielle Verantwortung für den medizinischen Notfall. Außerdem führt die Abteilung Innere Medizin qualifizierte Entgiftungen durch. Dazu gehören die körperliche Entgiftung, sucht- bzw. psychotherapeutische Interventionen und die Begleitung durch den Sozialdienst

#### **B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung**

Im Rahmen der Suchttherapie wurden Formen der qualifizierten Entgiftung entwickelt, wel-che die Selbsterkenntnis und Motivation der Betroffenen fördern. Es erfolgen Einzelgesprä-che, tägliche Gruppenstunden unter Leitung von Sozialtherapeuten, Vorträge, Ergo- und Sporttherapie.

## B-1.5 Top-10 DRG der Fachabteilung

### Erläuterung: DRG´s sind ökonomische Abrechnungszahlen

Die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr sind:

Rang	DRG 3-stellig	Text	Fallzahl
1	<b>V62</b>	Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkohol-Abhängigkeit	<b>693</b>
2	<b>V60</b>	Alkoholintoxikation und -entzug	<b>66</b>
3	<b>F62</b>	Herzschwäche oder Kreislaufkollaps (=Herzinsuffizienz und Schock)	<b>47</b>
4	<b>G48</b>	Dickdarmspiegelung (=Koloskopie)	<b>47</b>
5	<b>F71</b>	Leichte oder mittlere Herzrhythmusstörung oder Reizleitungsstörung des Herzmuskels (=Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen)	<b>33</b>
6	<b>H60</b>	Leberschrumpfung mit Zerstörung von Leberzellen und knotigem Umbau durch giftige Einflüsse, z. B. Alkohol oder alkoholische Leberentzündung (=Leberzirrhose und alkoholische Hepatitis)	<b>29</b>
7	<b>K60</b>	Zuckerkrankheit (=Diabetes mellitus)	<b>24</b>
8	<b>F67</b>	Bluthochdruck (=Hypertonie)	<b>20</b>
9	<b>G50</b>	Magenspiegelung bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane (=Andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane)	<b>18</b>
10	<b>B70</b>	Schlaganfall (=Apoplexie)	<b>17</b>

15

## B-1.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung

### Erläuterung Diagnosen: international geeinigte Bezeichnung für festgestellt Fehlfunktionen

Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr sind:

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle (absolute Zahl)	Text
1	<b>F10</b>	<b>765</b>	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
2	<b>I50</b>	<b>39</b>	Herzschwäche (=Herzinsuffizienz)
3	<b>K70</b>	<b>31</b>	Alkoholische Leberzirrhose
4	<b>E11</b>	<b>29</b>	Zuckerkrankheit, Typ II Diabetes, ohne Insulinabhängigkeit (=Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus)

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle (absolute Zahl)	Text
			[Typ-II-Diabetes] ohne Komplikationen)
5	<b>I48</b>	<b>25</b>	Herzrhythmusstörungen in den Vorhöfen (=Vorhofflattern und Vorhofflimmern)
6	<b>F45</b>	<b>17</b>	Seelische Erkrankung, die sich in körperlichen Beschwerden niederschlägt (=Somatoforme Störungen)
7	<b>I10</b>	<b>15</b>	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache (=Essentielle Hypertonie)
8	<b>K57</b>	<b>13</b>	Sackförmige Darmwandausstülpung an mehreren Stellen (=Divertikulose des Darms)
9	<b>G45</b>	<b>12</b>	Kurzzeitige, max. 24 andauernde Hirndurchblutungsstö- rung mit neurologischen Funktionsdefiziten (=Zerebrale transitorische ischämische Attacken und verwandte Syndrome)
10	<b>I11</b>	<b>12</b>	Herzerkrankung aufgrund von Bluthochdruck (=Hypertensive Herzkrankheit)

\*) Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

## B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen/Eingriffe der Fachabteilung

Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr sind:

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle (absolute Zahl)	Text
1	<b>1-631/2</b>	<b>346</b>	Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms (= Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie)
2	<b>1-650/1/4</b>	<b>198</b>	Diagnostische Endoskopie des unteren Verdauungstraktes
3	<b>8-930</b>	<b>108</b>	Kontinuierliche elektronische Überwachung (Bild- schirm) von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Mes- sung des zentralen Venendrucks (=Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des zentralen Venendrucks)
4	<b>8-650</b>	<b>101</b>	Elektrotherapie inkl. Galvanisation, Impulsströme, Ultraschalltherapie
5	<b>5-452</b>	<b>40</b>	endoskopische Polypektomie im Dickdarm
6	<b>5-429</b>	<b>22</b>	endoskopische Sklerosierung o. Ligatur von Ösophagusvarizen

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle (absolute Zahl)	Text
7	<b>3-052</b>	<b>19</b>	Transösophageale Echokardiographie (TEE)
8	<b>5-482</b>	<b>11</b>	endoskopische Polypektomie am Rektum
9	<b>8-640</b>	<b>10</b>	externe elektrische Defibrillation des Herzrhythmus-Kardioversion
10	<b>8-153</b>	<b>8</b>	therapeutisch perkutane Punktion der Bauchhöhle

## **B-1.1 Name der Fachabteilung:      **Psychiatrie****

### **B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung**

In der Psychiatrischen Abteilung werden akut stationär behandlungsbedürftige Suchtkranke therapiert. Dazu gehören Alkohol- und Medikamentenabhängige, welche noch zusätzlich sehr belastet sind, sowie Drogen- und Mehrfachabhängige. Die Behandlung wird durch ein multiprofessionelles Team geleistet, in welchem Fachärzte, Bezugstherapeuten, Ergo- und Sporttherapeuten, Pflegekräfte und Mitarbeiter des Sozialdienstes vertreten sind. Das Team ist neben der grundsätzlichen fachlichen Qualifikation speziell in Fragen der Suchtbehandlung ausgebildet. Die Behandlung erfolgt auf Basis indikationsbezogener Gruppen (Alkohol/Drogen) sowie, je nach Notwendigkeit, in Einzelführung oder bestimmter Strukturierung. Sie umfasst

- Einzel- und Gruppengespräche
- Information und Besinnung
- Ergotherapie
- Sport- und Entspannungstherapie
- Musiktherapie
- Anregungen für die Freizeitgestaltung
- soziale Klärung und
- ein seelsorgerliches Angebot

18

Die Psychiatrische Station ist offen, das heißt, es können nur solche Patienten behandelt werden, die sich selbst genügend steuern können.

### **B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung**

- Durchführung qualifizierter Entgiftungen
- Krisenbehandlungen
- Motivationstherapie
- Behandlung psychischer Störungen im Zusammenhang mit / nach Suchtkrankheiten
- Systemische Therapie unter Einbeziehung der Angehörigen
- Milieuthherapie

## B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

- Konsiliarische Betreuung der Patienten mit psychiatrischen Störungen auf anderen Stationen des Hauses
- Telefonische Beratung Angehöriger und ärztlicher Kollegen
- Arzt- und Fachvorträge
- Vermittlung zum Sozialdienst im Haus
- Seelsorgerliche Betreuung
- Organisation der Nachsorge oder ambulanter Weiterbetreuung
- Vermittlung in Selbsthilfegruppen, Übergangwohnheime, Langzeitwohnen

## B-1.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung

**Erläuterung Diagnosen: international geeinigte Bezeichnung für festgestellt Fehlfunktionen**

Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr sind:

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle (absolute Zahl)	Text
1	<b>F19</b>	<b>174</b>	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
2	<b>F32</b>	<b>121</b>	Phasenweise verlaufende depressive Erkrankung (=Depressive Episode)
3	<b>F43</b>	<b>107</b>	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
4	<b>F10</b>	<b>34</b>	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
5	<b>F12</b>	<b>31</b>	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
6	<b>F11</b>	<b>20</b>	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
7	<b>F13</b>	<b>14</b>	Psychische u. Verhaltensstör. durch Sedativa o. Hypnotika
8	<b>F41</b>	<b>6</b>	Andere Angststörungen
9	<b>F25</b>	<b>5</b>	Schizoaffektive Störungen
10	<b>F14</b>	<b>4</b>	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain

\*) Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

## B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen/Eingriffe der Fachabteilung

Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr sind:

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle (absolute Zahl)	Text
1	<b>9410</b>	<b>996</b>	Einzel-Gesprächstherapie
2	<b>9411</b>	<b>2393</b>	Gruppen-Gesprächstherapie
3	<b>9401</b>	<b>194</b>	Psychosoziale-Therapie-Nachsorge
4	<b>9500</b>	<b>636</b>	Präventive Maßnahmen - Patientenschulung
5	<b>8650</b>	<b>46</b>	Elektrotherapie
6	<b>1632</b>	<b>9</b>	Diagnostische Gastroskopie
7	<b>1650</b>	<b>5</b>	Dickdarmspiegelung (=Diagnostische Koloskopie)
8	<b>1440/4</b>	<b>3</b>	Entnahme einer Gewebeprobe des oberen Verdauungstraktes, der Gallengänge und/oder der Bauchspeicheldrüse durch eine Spiegelung (=endoskopische Biopsien)
9	<b>5429</b>	<b>1</b>	Sklerosierung von Ösophagusvarizen
10	<b>8560</b>	<b>1</b>	Lichttherapie

## **B-1.1 Name der Fachabteilung: Psychotherapeutische Medizin**

### **B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung**

**Wir vertreten ein integratives psychotherapeutisches Konzept mit folgenden Schwerpunkten:**

1. Tiefenpsychologisch fundierte dynamische Gruppentherapie mit täglichen Gruppengesprächen unter Einbeziehung von Elementen der Gestalttherapie und des Psychodramas bzw. gegebenenfalls dynamische Einzel-Psychotherapie, zum Beispiel spezielle Traumatherapie (u. a. mit EMDR).
2. Regulative und aktive Musiktherapie, Kreativ- und Gestaltungstherapie, insbesondere Maltherapie, Arbeiten mit Ton, Seidenmalerei und anderen Werkstoffen, ergänzt durch Arbeitstherapie im Bereich der Station.
3. körperbezogene Therapieformen wie kommunikative Bewegungstherapie, Körperwahrnehmungsübungen, progressive Entspannung nach Jacobson, außerdem Sport (u. a. Schwimmen, körperliche Konditionierung, Wandern, Fahrradfahren, Fahrradergometer, Volleyball, Kegeln)
4. Logotherapie, Meditationen - Fragen nach dem Sinn, den Zusammenhängen des Lebens, nach persönlichen Werten, nach Gott, Maßstäben, Zielen werden zugelassen und besprochen, persönliche seelsorgerliche Gespräche sind möglich
5. eingesetzt werden Methoden der Verhaltenstherapie (wie Training der sozialen Kompetenz, Depressionsbewältigungstraining, Gruppe für essgestörte Patienten/innen) und Methoden aus der Familientherapie (Familiengespräche, -aufstellung, Genogrammgespräche)
6. Hilfestellungen bei der Bewältigung konkreter sozialer Schwierigkeiten werden durch den Sozialdienst und die Schuldnerberatung des Hauses angeboten

### **B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung**

Die Psychotherapeutische Medizin des Diakonie-Krankenhauses Elbingerode führt sowohl stationäre, tagesklinische als auch ambulante Behandlungen durch.

Die stationäre Therapie richtet sich vor allem an die Patienten, welche ein schweres Krankheitsbild haben, Abstand von zu Hause brauchen, um ihre Probleme zu bearbeiten und natürlich an Patienten, die eine längere Anfahrt haben (aus dem gesamten Bundesgebiet).

Die tagesklinische Behandlung können vor allem Patienten in Anspruch nehmen, die einen kurzen Anfahrtsweg zur Klinik haben und während der Therapie neues Verhalten zu Hause erproben wollen. Die Ambulanz dient der Vor- und Nachbehandlung und bietet unterstützende Gespräche bei akuten Krisen.

Wir behandeln:

- psychosomatische Krankheiten und Störungen wie z. B. chronisches Schmerzsyndrom, Schlafstörungen, funktionelle Magen- und Herzbeschwerden
- neurotische Störungen (Ängste, Depressionen, Zwangserkrankungen)
- Essstörungen (Adipositas, Bulimie, Anorexie)
- Störungen nach extremen Belastungssituationen (Verlusterfahrung, Gewalterfahrung, sexueller Missbrauch)
- Sinnkrisen
- Partnerschaftskonflikte
- Probleme am Arbeitsplatz (Burn out, Mobbing)

### **B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung**

- Telefonische Beratung Angehöriger und ärztlicher Kollegen
- Arzt- und Fachvorträge (u. a. jährliche Fachtagung Psychotherapie und Seelsorge)
- Konsile in den Bereichen Psychiatrie und Innere Medizin
- Vermittlung zum Sozialdienst im Haus
- Seelsorgerliche Betreuung
- Jährliche Ehemaligentreffen
- Vermittlung in Selbsthilfegruppen
- Nachbetreuung im open-door-Projekt zur Vorbeugung von Rückfällen
- Organisation der Nachsorge oder ambulanter Weiterbetreuung

## B-1.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung

**Erläuterung Diagnosen: international geeinigte Bezeichnung für festgestellt Fehlfunktionen**

Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr sind:

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle (absolute Zahl)	Text
1	<b>F32</b>	<b>47</b>	Phasenweise verlaufende depressive Erkrankung (=Depressive Episode)
2	<b>F43</b>	<b>28</b>	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
3	<b>F33</b>	<b>22</b>	Rezidivierende depressive Störung
4	<b>F41</b>	<b>14</b>	Andere Angststörungen
5	<b>F60</b>	<b>13</b>	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
6	<b>F45</b>	<b>12</b>	Seelische Erkrankung, die sich in körperlichen Beschwerden niederschlägt (=Somatoforme Störungen)
7	<b>F50</b>	<b>12</b>	Essstörungen
8	<b>F34</b>	<b>6</b>	Anhaltende affektive Störungen
9	<b>F25</b>	<b>3</b>	Schizoaffektive Störungen
10	<b>F44</b>	<b>3</b>	Dissoziative Störungen

\*) Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

## B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen/Eingriffe der Fachabteilung

Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr sind:

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle (absolute Zahl)	Text
1	<b>9-401</b>	<b>603</b>	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtl. Beratung
	<b>davon</b>	<b>5</b>	Familien-, Paar- und Erziehungsberatung
	<b>davon</b>	<b>17</b>	Sozialrechtl. Beratung
	<b>davon</b>	<b>545</b>	Künstlerische Therapie
2	<b>9-411</b>	<b>538</b>	Psychotherapie als Gruppentherapie
3	<b>9-410</b>	<b>146</b>	Psychotherapie als Einzeltherapie

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle (absolute Zahl)	Text
4	<b>9-402</b>	<b>107</b>	Körpertherapien
5	<b>8-650</b>	<b>16</b>	Elektrotherapie
6	<b>1-632</b>	<b>1</b>	Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms (= Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie einschl. Biopsie)

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

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

### B-2.2 Top-5 der ambulanten Operationen der Fachabteilung

Trifft für unser Haus nicht zu.

### B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen

Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl für das Berichtsjahr):

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	
▪ Psychiatrische Institutsambulanz mit Gruppentherapie	670
▪ Ermächtigung zur ambulanten Betreuung der Diakonissen	524
▪ Psychiatrische Ambulanz	266
▪ Notfallambulanz	69
▪ Ambulante Psychotherapie	585
• ambulante Pflege	184
▪ Physiotherapie	15.558

## B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst

Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst\*):

Schlüssel nach § 301 SGB V	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
	Innere Medizin	4	2	2
	Psychiatrie in Zusammenarbeit mit Reha	3	2	1
	Psychosomatik/Psychotherapie	4	2	2
	<b>Gesamt</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

\*) Stichtag 31.12. des Berichtsjahres.

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):	4
Innere Medizin	2 Jahre
Psychiatrie in Zusammenarbeit mit der Reha	1 Jahr
Psychotherapeutische Medizin	2 Jahre

25

## B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst

Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres):

Schlüssel nach § 301 SGB V	Abteilung	Anzahl Pflegekräfte insgesamt*1)	examinierte Pflegekräfte*2)	Pflegekräfte mit Fachweiterbildung*3)	Krankenpflegehelfer/-in*4)
	Innere Medizin	18	14	2	2
	Psychiatrie	12	8	3	1
	Psychosomatik/Psychotherapie	4	4		
	<b>Gesamt</b>	<b>34</b>			

\*1) Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt

\*2) Anteil der examinierten Krankenschwestern/-pfleger (3 Jahre)

\*3) Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre + Fachweiterbildung)

\*4) Anteil Krankenpflegehelfer/ -in (1 Jahr)

## C Qualitätssicherung

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

**Aufgrund unseres Leitungsspektrums nehmen wir an keinen der folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil.**

Nr.	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitätssicherung		Dokumentationsrate	
		ja	nein	ja	nein	Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie						
2	Cholezystektomie						
3	Gynäkologische Operationen						
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation						
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel						
6	Herzschrittmacher-Revision						
7	Herztransplantation						
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)						
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel						
10	Karotis-Rekonstruktion						
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)						
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel						
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie						
14	Koronarangiografie/ Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)						
15	Koronarchirurgie						
16	Mammachirurgie						
17	Perinatalmedizin						
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19						
19	Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose						

## **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)**

**x**

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

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

**Gemäß unseres Leistungsspektrums nehmen wir an keinen der folgenden DMP-Qualitätssicherungsmaßnahmen teil**

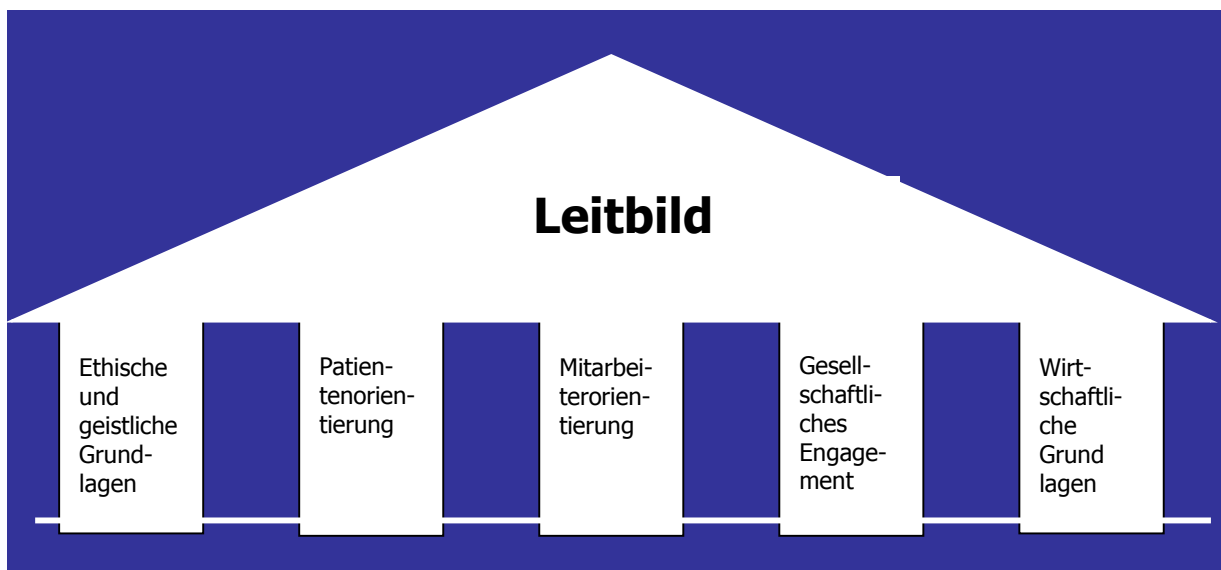
### **C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs.1 S.3 Nr.3 SGB V**

**Die Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung trifft für unser Haus nicht zu.**

## Systemteil

### D Qualitätspolitik

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



28

#### Werte sind wertvoll

Für unseren Dienst in der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH haben wir Grundsätze und Leitlinien vereinbart, die in einem Leitbild zusammengefasst wurden.

Es spiegelt unsere gemeinsamen Wertvorstellungen wieder, ist Richtschnur und Orientierung für unsere tägliche Arbeit.

Das Leitbild wurde von einer interdisziplinär und hierarchieübergreifenden Projektgruppe erstellt und durch die Geschäftsführung verabschiedet. Im Rahmen einer Mitarbeiterversammlung wurde allen Mitarbeitern die Inhalte des Leitbildes bekannt gemacht und jeder neue Mitarbeiter erhält bei der Einstellung das Leitbild.

Wichtig ist uns nicht nur ein Leitbild formuliert zu haben, sondern unsere Grundsätze mit Leben zu füllen – in unserer täglichen Arbeit mit Menschen und in der hausübergreifenden interdisziplinären Zusammenarbeit. Die Krankenhausleitung schafft dabei die Rahmenbedingungen, um den Gedanken des Leitbildes in die Praxis umzusetzen. Es erfolgen regelmäßige Reflektionen des Leitbildes, z. B. in Fortbildungsveranstaltungen des Elbingeröder-Diakonie-Seminars, in den Mitarbeiterjahresgesprächen, den wöchentlich stattfindenden Mitarbeiterandachten und Teambesprechungen.

Abgeleitet vom Klinikleitbild gibt es weitere Leitbilder, Konzepte und Zielvorgaben: die Qualitätspolitik und Qualitätsziele, die Therapiekonzepte, das Seelsorgekonzept, Personalentwicklungskonzept u.a.

## Qualität als Grundlage

**Die Qualitätspolitik beschreibt die grundsätzliche Qualitätsphilosophie unseres Hauses unter Berücksichtigung der Unternehmensziele und des Krankenhausleitbildes. Dazu gehören wesentliche Aktivitäten, um die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterbindung sowie das gesellschaftliche Engagement und Ansehen zu erhalten und zu fördern. Die Qualitätsziele konkretisieren die Qualitätspolitik. Sie beschreiben langfristige und umfassende Absichten und Zielsetzungen.**

Die Einführung des Qualitätsmanagements mit Blick auf ein umfassendes Qualitätsmanagement begann in unserem Haus standardgemäß mit der Festlegung und Definition von einer Qualitätspolitik, wovon im weiteren Verlauf die Qualitätsziele abgeleitet wurden.

Qualitätspolitik und Qualitätsziele wurden vom Lenkungsausschuss erarbeitet und allen Mitarbeitern zugänglich gemacht. Sie haben Leitbildfunktion und sind verbindliche Arbeitsgrundlage.

## Grundsätze der Qualitätspolitik

- 1. Zur Absicherung der qualitätsgerechten Leistungserbringung wird in der Diakonie Krankenhaus Harz GmbH ein Qualitätsmanagement-System, basierend auf den Leitlinien von DIN 9001 sowie KTQ und ProCumCert eingerichtet und umgesetzt**
- 2. Zwecke des Qualitätsmanagements sind eine ständige Qualitätsverbesserung, die Schaffung eines angenehmen Arbeitsumfeldes für die Mitarbeiter, die Sicherstellung einer angemessenen Behandlung und Betreuung der Patienten**

**sowie die Einhaltung rechtlicher Vorschriften**

- 3. Der Patient steht im Mittelpunkt der Leistungserbringung**
- 4. Die patientenorientierte Leistungserbringung erfolgt auf Basis der geltenden Standards in Medizin, Pflege, Therapie sowie der begleitenden Dienste (z.B. Seelsorge, Sozialdienst)**
- 5. Das Qualitätsmanagement schließt alle Mitarbeiter in die Gestaltungsarbeit und in die Verantwortung ein**
- 6. Schaffung einer generellen Einstellung zu kontinuierlichen Verbesserungen, Minimierung von vermeidbaren Verlusten innerhalb von Prozessen als auch bei den Ergebnissen sowie Fehlerbeseitigung**
- 7. Schaffung eines Organisationsklimas, welches klare Zuständigkeiten, Teamarbeit und sinnvolle Arbeitsinhalte fördert**
- 8. Sicherung der Qualität von zugekauften Materialien, Produkten, Dienstleistungen und Technik durch die Bewertung von Lieferanten und Dienstleistern und Sicherung der Qualität von vorhandenen Materialien und Technik durch eine regelmäßige Kontrolle und Wartung**
- 9. Die qualitätsgerechte Leistungserbringung soll den Patienten, Mitarbeitern sowie der Öffentlichkeit angemessen dargelegt werden**

Zur Erreichung der Ziele aus den Grundsätzen der Qualitätspolitik, setzen sich alle Mitarbeiter mit Engagement, Fachkompetenz und Selbstverantwortung ein. Die Krankenhausleitung verpflichtet und engagiert sich für die kontinuierliche Umsetzung und Bewertung.

## E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

### E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus stellt sich wie folgt dar:

#### Lenkungsausschuss



Der Lenkungsausschuss hat genehmigenden Charakter. Er beschließt anstehende Entwicklungsabschnitte und steuert langfristig die Projektplanung. Der Lenkungsausschuss besteht aus dem Chefarzt, dem Geschäftsführer, der Pflegedienstleitung, dem leitenden Therapeuten und der Projektleitung für Qualitätsmanagement. Er ist multiprofessionell und abteilungsübergreifend zusammengesetzt.

#### Projektleitung



Die Projektleitung Qualitätsmanagement ist als Stabsstelle der Geschäftsführung zugeordnet. Sie ist hausübergreifend für die gesamte Koordination und Organisation des Qualitätsmanagements verantwortlich und informiert den Lenkungsausschuss regelmäßig über den aktuellen Projektstand.

#### Qualitätsmanagement-beauftragte



Die Qualitätsmanagementbeauftragten repräsentieren die einzelnen Fachbereiche. Sie bilden die Schnittstelle zwischen Projektleitung und den Mitarbeitern in den Krankenhausbereichen. Sie wurden für ihre Tätigkeit umfangreich ausgebildet.

#### Arbeitsgruppen



In den Gruppen bearbeiten Mitarbeiter des Krankenhauses Themenstellungen, die im Rahmen eines Projektauftrages festgelegt sind. Sie führen Problemanalysen durch, erarbeiten Verbesserungsvorschläge und setzen diese in Absprache mit dem Lenkungsausschuss um. Die Arbeitsgruppen sind in der Regel interdisziplinär zusammengesetzt.

**Das Diakonie-Krankenhaus Elbingerode führt seit 2000 ein Qualitätsmanagementprojekt zur Umsetzung eines „umfassenden“ Qualitätsmanagements in allen Krankenhausbereichen durch. Das Qualitätsmanagementsystem wurde im Februar 2003 durch KTQ und pCC zertifiziert.**

Bei der Einführung des Qualitätsmanagementsystems kommt der Geschäftsführung der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH eine besondere Rolle zu, welche Qualitätsmanagement als vorrangige Leitungsaufgabe erkannte und die Krankenhausleitung sowie die Mitarbeiter der beiden Krankenhäuser der GmbH an das umfassende Qualitätsmanagement heranführte. Außerdem wurden für die Projektumsetzung frühzeitig die notwendigen Rahmenbedingungen und Ressourcen zur Verfügung gestellt. Um das Entwicklungsvorhaben vorzustellen und einen entsprechenden Projektrahmen und Projektziele festzulegen, fand zu Beginn des Projektes eine zweitägige Veranstaltung mit den Führungskräften der beiden Krankenhäuser sowie der Unternehmensberatung statt, bei welcher die Idee eines patientenorientierten Qualitätsmanagements konkretisiert wurde. Durch intensive Diskussionen und Vorbereitungen auf Leitungsebene wurden so die Grundlagen für das Qualitätsmanagementsystem der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH geschaffen. Der Beschluss der Leitung, die bereits isoliert laufenden Qualitätssicherungsmaßnahmen in ein ganzheitliches Qualitätsmanagement-Konzept zu überführen, wurde durch das bereits Erreichte bestätigt.

Zur Umsetzung eines umfassenden Qualitätsmanagements unter Bezugnahme auf die oben genannten Unternehmensziele wurde als Stabsstelle der Geschäftsführung eine **Projektleitung Qualitätsmanagement** eingerichtet, welche hausübergreifend verantwortlich ist. Sie hat die Aufgabe, den gesamten Ablauf im Qualitätsmanagement zu koordinieren und zu organisieren sowie die Krankenhausleitung über Einzelmaßnahmen zu informieren.

Zur Unterstützung der internen Projektleitung während der Implementierungsphase wurde ein **externer Projektberater** (Unternehmensberater) hinzugezogen.

Der Projektleitung ist als oberstes Gremium des Qualitätsmanagements der **Lenkungsausschuss** übergeordnet. Der Lenkungsausschuss besteht aus der um den leitenden Therapeuten und die Projektleitung erweiterten Krankenhausbetriebsleitung. Er ist somit multiprofessionell und abteilungsübergreifend zusammengesetzt. Er beschließt anstehende Entwicklungsabschnitte und genehmigt die einzelnen Projekte. Der Lenkungsausschuss wird regelmäßig durch die Projektleitung über den Projektverlauf informiert.

Außerdem gibt es zu Auditoren ausgebildete **Qualitätsmanagementbeauftragte**. Sie repräsentieren die einzelnen Fachbereiche.

### **Mehrphasige Projektorganisation**

Für die Umsetzung eines umfassenden Qualitätsmanagements wurde eine **mehrphasige Projektorganisation** festgelegt, mit dem Ziel einer Zertifizierung nach KTQ und pCC sowie der Weiterführung des Projektes im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Die Zertifizierung war bei allen Maßnahmen nicht vorrangiges Ziel des Projektes, sondern vielmehr das Sichern und Weiterentwickeln einer optimalen Patientenversorgung. Deswegen wurde für die einzelnen Projektschritte ein breiter Zeitrahmen festgelegt, um einen optimalen Nutzen im Sinne von Struktur- und Prozessoptimierungen sowie Bewusstseinsbildung zu schaffen, ganz nach dem Motto „ Der Weg ist das Ziel“.

Nach der **Schaffung notwendiger Rahmenbedingungen** zur Einführung eines Qualitätsmanagementprojektes, wie der Schaffung personeller Ressourcen und struktureller Gegebenheiten sowie der umfassenden Information aller Mitarbeiter, wurde in allen Bereichen des Diakonie-Krankenhauses eine **IST-Analyse** durchgeführt.

Das Ziel war, Verbesserungspotentiale gezielt erkennen und umsetzen zu können. Grundlage dieser gründlichen Prozess- und Strukturanalyse waren systematisch und fachbereichsspezifisch aufgebaute Fragekataloge, welche gemeinsam mit dem externen Projektberater erarbeitet wurden. Mit deren Hilfe wurden Befragungen durchgeführt sowie die Begehung der einzelnen Krankenhausbereiche. Es wurde eine **Stärken- und Schwächenanalyse** vorgenommen, um mögliche Handlungsfelder aufzeigen zu können. Hieraus entstanden verschiedene Maßnahmen die mit Hilfe einer **Bedeutungs- und Dringlichkeitsanalyse** gewichtet und anschließend in (z. T. interdisziplinären) Projektgruppen umgesetzt wurden.

Dabei wurde für die **Projektgruppen** ein Thema in Form eines Projektauftrages festgelegt. Die Projektgruppen hatten die Aufgabe, eine Problemanalyse durchzuführen, festgelegte Verbesserungsmöglichkeiten umzusetzen und die Projektschritte und Ergebnisse zu dokumentieren, welche wiederum allen Mitarbeitern transparent gemacht wurden.

#### **PDCA-Zyklus: Immer ein Schritt nach dem anderen**

Die Umsetzung der Projekte erfolgt im **PDCA-Zyklus** (Plan, Do, Check, Act). Das heißt in den Schritten „Planen“, „Durchführen“, „Kontrollieren“ und „Reagieren“. Nach der Erfassung eines Optimierungsbedarfs wird das Verbesserungspotential aufgezeigt und eine Umsetzungsmöglichkeit beschrieben (IST-SOLL-Analyse). Die Maßnahmen werden implementiert und nach einem gewissen Zeitintervall auf ihre Effektivität hin überprüft. Können geplante Maßnahmen zur Umsetzung der Verbesserungen nicht zum Erfolg führen, müssen die Maßnahmen angepasst werden. So entsteht ein Kreislauf der ständigen Verbesserungen.

Nach der erfolgreichen IST-Analyse und Projektarbeit war **eine Selbstbewertung mit anschließender Zertifizierung nach KTQ und pCC** geplant. Grundlage der Selbstbewertung ist ein von KTQ und pCC vorgegebener Anforderungskatalog in Form von Fragen und einem Bewertungsschema, welcher 8 Hauptthemen umfasst: Patientenorientierung in der Krankenversorgung, Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung, Sicherheit im Krankenhaus, Informationswesen, Trägerverantwortung und Krankenhausführung, Qualitätsmanagement, Spiritualität und Gesellschaft.

Bei der Fremdbewertung, der Zertifizierung, wurden die Aufzeichnungen der Selbstbewertung analysiert und bei der mehrtägigen Visitation in unserem Haus durch 3 Visitoren (aus dem ärztlichen, pflegerischen und verwaltungstechnischen Bereich) auf ihre Umsetzung hin überprüft. Da die Kriterien des KTQ/pCC-Katalogs durch unser Haus erreicht werden konnten, erhielten wir das KTQ/pCC Zertifikat, welches uns eine gute Behandlungsqualität und hohe Patientenorientierung bescheinigt. Nach Ablauf der Gültigkeit von 3 Jahre erfolgt eine Re-Zertifizierung, um das Aufrechterhalten einer kontinuierlichen Qualität überprüfbar zu machen. Im Rahmen der Zertifizierung wurden die Leistungen des Krankenhauses der Öffentlichkeit durch einen zu veröffentlichenden Qualitätsbericht transparent gemacht.

Das Diakonie-Krankenhaus Elbingerode hat sich zum Ziel gesetzt, den Patienten, Mitarbeitern und Partnern auch nach der erfolgreichen Zertifizierung durch eine systematische Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems eine stetig steigende Qualität der Leistungen anbieten zu können. Der **kontinuierliche Verbesserungsprozess** (KVP) erfasst dabei alle Bereiche des Krankenhauses und ist so ausgelegt, dass Verbesserungspotential im Haus schnell erkannt und umgesetzt werden kann. So können wir eine hochwertige und patientennahe Versorgung der uns anvertrauten Menschen gewährleisten.

## E-2 Qualitätsbewertung

**Die Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH mit ihren Einrichtungen verbindet hohe medizinische Qualität mit Menschlichkeit und persönlicher Zuwendung. Um die vorhandene Qualität der Leistungen aufrechtzuerhalten und zu verbessern, unterziehen wir uns deshalb nicht nur den gesetzlich vorgeschriebenen Kontrollen, sondern arbeiten aktiv an der Verbesserung der Behandlungs- Struktur- und Prozessqualität und lassen dies über den gesetzlichen Rahmen hinaus überprüfen.**

### Interne Bewertungen

Im Rahmen des Qualitätsmanagements durchgeführte Maßnahmen werden durch den Lenkungsausschuss regelmäßig bewertet und unterstützt. Eingang in die Bewertung finden dabei u. a.

- die Ergebnisse der Audits
- die Ergebnisse der Patientenbefragung
- die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung
- Folgemaßnahmen vorangegangener Überprüfungen
- Veränderungen im Umfeld, die sich auf das Qualitätsmanagement auswirken können

#### Interne Audits

In allen Krankenhausbereichen erfolgen halbjährlich sogenannte interne Audits. Dabei werden die verschiedenen Prozesse der Bereiche untersucht und bewertet. Ziel ist es zu prüfen, ob festgelegte Verfahren und Methoden den geforderten QM-Kriterien entsprechen und eingehalten werden sowie Verbesserungspotential gezielt zu erkennen und zeitnah umzusetzen.

Durchgeführt werden diese Überprüfungen durch die entsprechenden Verantwortlichen der Bereiche gemeinsam mit den Qualitätsmanagementbeauftragten, welche eine spezielle Ausbildung dafür erhielten. Grundlage der Befragungen und Begehungen bilden die Auditchecklisten, die sich an die Kriterien von KTQ und proCum Cert anlehnen.

Alle durchgeführten und geplanten Audits im Gesamtkrankenhaus sind in einem Auditplan zusammengefasst. Die durchgeführten Überprüfungen werden mit Vermerk des Verbesserungspotentials in einem Auditbericht dokumentiert und den Bereichsleitungen sowie dem Lenkungsausschuss zur Kenntnis gegeben.

Durch die Integration von Qualitätsmanagementbeauftragten der Bereiche sowie der Bereichsverantwortlichen in das Bewertungsverfahren, werden die Fähigkeiten zur Selbstbeurteilung und zum eigenverantwortlichen Handeln weiterentwickelt und das Bewertungsverfahren bekommt eine hohe Akzeptanz.

#### Patientenbefragungen

Die Qualität der Arbeit des Krankenhauses und ihre Ergebnisse zeigt sich natürlich ganz besonders in der Zufriedenheit von Patienten. Daher werden im Diakonie-Krankenhaus Elbingerode kontinuierliche Patientenbefragungen durchgeführt. Sie sind gleichzeitig Teil des Beschwerdemanagements.

Die Befragungen erfolgen anonym mittels Fragebogen. Hierzu wurde ein Patientenfragebogen entwickelt, der die wichtigsten Kriterien abdeckt. Damit haben wir ein Instrument, um schnell und gezielt auf Verbesserungspotential eingehen zu können.

**In der folgenden Tabelle finden Sie die Ergebnisse für das Jahr 2004:**

<b>Kriterium</b>	<b>gut und sehr gut in %</b>
Wie empfanden Sie den Empfang in unseres Haus?	98,20
Wie beurteilen Sie die tägliche Unterstützung durch das Pflegepersonal?	95,70
Wie zufrieden waren Sie mit der medizinischen Behandlung?	98,85
Wurden Sie ausreichend über Behandlung und Verlauf ihrer Krankheit aufgeklärt?	98,80
Wie beurteilen Sie die Freundlichkeit unsere Mitarbeiter?	
Ärzte	98,85
----- Pflege	97,04
Hatten Sie das Gefühl als Persönlichkeit geachtet zu werden?	98,83
Wie zufrieden waren Sie mit Ausstattung, Sauberkeit und Hygiene?	99,41

<b>Kriterium</b>	<b>Ja in %</b>	<b>Nein in %</b>
Waren Sie mit der Regelung der Besuchszeiten zufrieden?	99	1
Hatten Sie kurze Wartezeiten?	93	7

(Auszüge)

**Mitarbeiterbefragung**

Als ein Instrument des Personalmanagements sowie als ein Diagnoseinstrument der allgemeinen Zufriedenheit im Unternehmen, führen wir Mitarbeiterbefragungen durch. Ziel ist es Mitsprache und Beteiligung der Mitarbeiter noch weiter zu fördern und mögliche Schwachstellen aufzudecken.

Grundlage für die Befragung sind Fragebögen, welche u. a. folgende Kriterien umfassen:

- Arbeitsbereich und Tätigkeit
- Arbeitsbedingungen
- Christliches Gesamtprofil
- Weiterbildung/Entwicklungsmöglichkeiten
- Interne Kommunikation / Information
- Zusammenarbeit
- Führungsverhalten

Die Mitarbeiterbefragung wurde anonym unter Beteiligung der Mitarbeitervertretung ausgewertet und allen Mitarbeitern transparent dargestellt. Verbesserungspotential konnte gezielt umgesetzt werden.

Rücklaufquote und Ergebnisse der Befragung werden als sehr gut eingeschätzt.

Ergänzend zu den Mitarbeiterbefragungen gibt es jährliche **Mitarbeiterjahresgespräche** zwischen dem Mitarbeiter und dem direkten Vorgesetzten, welche zur Einschätzung der Arbeit, der Zusammenarbeit, der Arbeitsbedingung und Fördermöglichkeiten dienen.

**Weitere Qualitätsbewertungen finden natürlich auch regelmäßig in Bereichen statt, die hier nicht ausdrücklich erwähnt sind. Dazu gehören beispielsweise die regelmäßigen Hygienebegehungen, Arbeitsschutzkontrollen, Arbeitsplatzanalysen, Hospitationen, Datenschutzanalysen, Bewertungen im Rahmen der Sturzprävention, Chefarztvisiten, interne Revisionen u. a.**

**Es gibt abteilungsbezogene Analysen qualitätsrelevanter Daten. Dazu gehören zum Beispiel regelmäßige Kontrollen des internen Budgets und katamnestische Erhebungen.**

## Extern

### Ein Mehr an Transparenz, ein Mehr an Sicherheit – Dank eines zertifizierten Qualitätsmanagements

**Im Februar 2003 wurde unser Krankenhaus als 3. in Deutschland nach KTQ und proCum Cert zertifiziert und mit dem kombinierten Qualitätssiegel ausgezeichnet.**

35

KTQ ist ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, getragen von Spitzenverbänden im Gesundheitswesen. ProCum Cert ist ein Zertifizierungsverfahren, welches speziell konfessionelle Anforderungen stellt und abfragt. PCC hat als Kooperationspartner von KTQ das KTQ-Verfahren mitentwickelt.

„Patientenorientierung“ ist das zentrale Anliegen von KTQ und proCum Cert. Es geht darum, die Abläufe im Krankenhaus konsequent an den Bedürfnissen des Patienten auszurichten – eines Patienten, der nicht nur fachlich qualifizierte medizinische und therapeutische Behandlung sowie Pflege erwartet, sondern auch informiert sein und mitentscheiden will. Neben allgemeinen fachlichen Standards, steht im Mittelpunkt ein an den Werten des christlichen Menschenbildes ausgerichtetes Konzept. Folgende inhaltliche Hauptschwerpunkte umfassen den Kriterienkatalog von KTQ und proCum Cert:

- Patientenorientierung in der Krankenversorgung
- Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit im Krankenhaus
- Informationswesen
- Krankenhausführung und
- Qualitätsmanagement

Sowie die zusätzlichen Kriterien, die es nur im erweiterten proCum Cert – Verfahren gibt:

- Trägerverantwortung
- Spiritualität und
- Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

Im Vorfeld der Zertifizierung wurde durch das Krankenhaus eine umfangreiche Selbstbewertung durchgeführt, verbunden mit einer Bepunktung.

Als grundlegendes Prinzip der Selbstbewertung fand eine Einschätzung nach dem Plan / Do / Check / Act - Prinzip statt, welches folgende Beschreibungen umfasst:

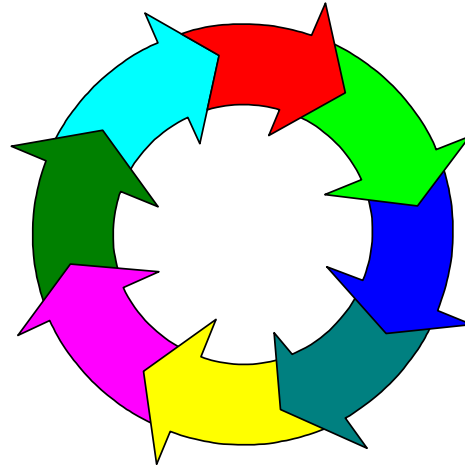
## PLAN

### Planungen

- Zielplanungen
- Prozessplanungen
- die Festlegung von Qualitätsstandards
- Regelungen von Verantwortlichkeiten

## ACT

Ableitung von  
Verbesserungen



## DO

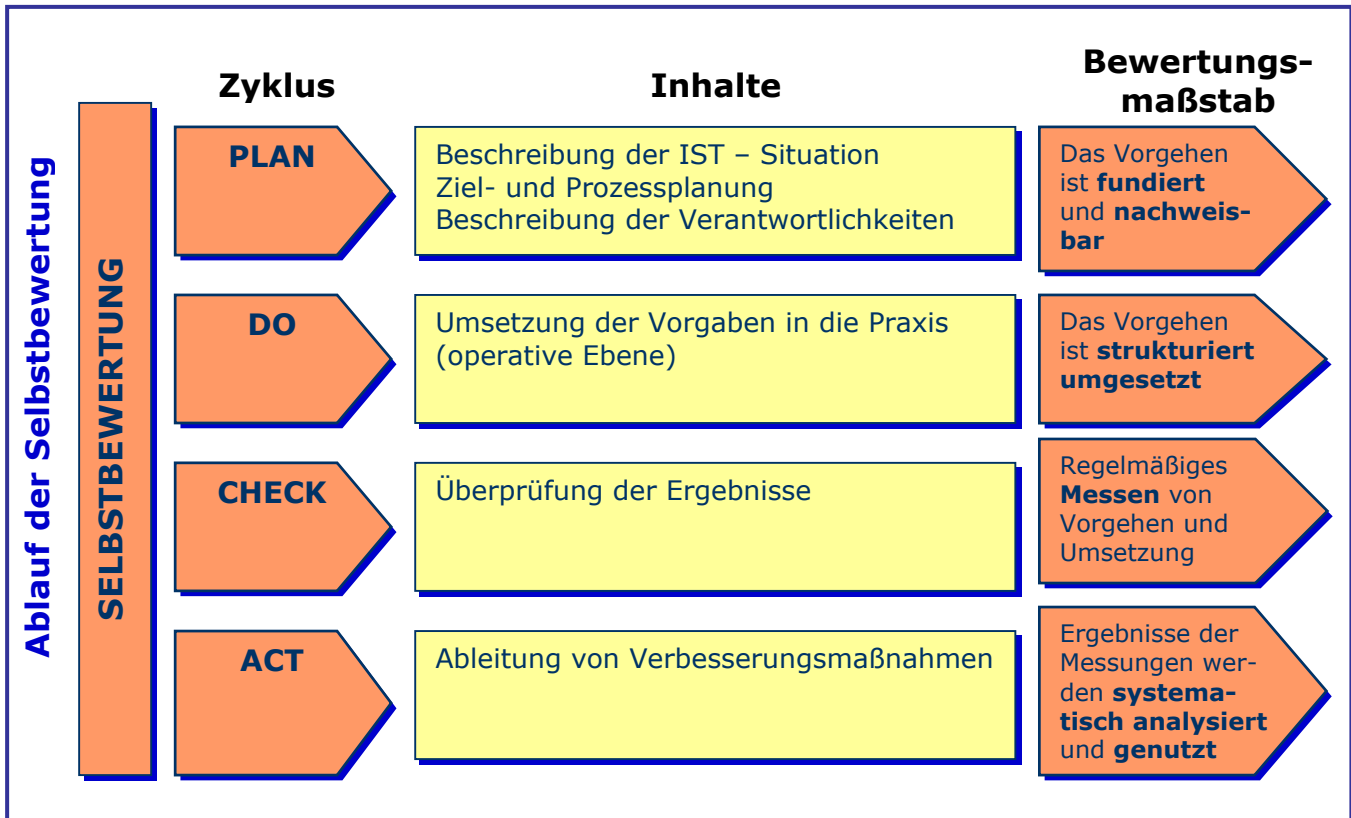
### Umsetzung

der geplanten  
Maßnahmen

## CHECK

Überprüfung  
Qualitätsbeurteilung

## Ablauf der Selbstbewertung nach dem PDCA - Zyklus



37

**Bewertet wird die Übereinstimmung (Konformität) der spezifischen Krankenhaus-Realität mit den externen Minimalanforderungen des pCC-KTQ – Kriterienkataloges. (dies gilt für die Selbst- und Fremdbewertung)**

Die einzelnen Kriterien des KTQ/pCC-Anforderungskatalogs werden im Rahmen der Zertifizierung durch externe Visitoren im Krankenhaus überprüft. Dies geschieht u. a. durch Begehungen, kollegiale Dialoge und Einsichtnahme in verschiedene Dokumente. Es findet dabei eine systematische und unabhängige Untersuchung statt, um festzustellen, ob die qualitätsbezogenen Tätigkeiten und die damit zusammenhängenden Ergebnisse patientenorientiert und auf fachlich hohem Standard ablaufen. Es wird außerdem geprüft, ob die schriftlich dokumentierten Planungen verwirklicht wurden und ob sie geeignet sind, die definierte Qualitätspolitik und die Qualitätsziele zu erreichen

Über die Ergebnisse der Überprüfung erhält das Krankenhaus einen Fremdbewertungsbericht, mit einer Analyse der Stärken und Verbesserungspotentiale.

Der im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens entstandene Qualitätsbericht des Diakonie-Krankenhauses Elbingerode, der neben den Strukturdaten Angaben über die Erfüllung der insgesamt 103 Qualitätskriterien enthält, kann über die Internetseite von KTQ – [www.ktq.de](http://www.ktq.de) - aufgerufen werden.



Mit der Zertifizierung im Februar 2003 wurden dem Diakonie-Krankenhaus Elbingerode bescheinigt, dass das Haus ein umfassendes Qualitätsmanagement eingeführt hat, das heißt, dass alle Bereiche und Mitarbeiter in dieses Projekt eingebunden wurden und viele Maßnahmen umgesetzt werden konnten, die direkt unseren Patienten, Partnern und Mitarbeitern zugute kommen. Das Zertifikat, welches eine Gültigkeit von drei Jahren hat, wird im März 2006 durch eine Wiederholung von Selbst- und Fremdbewertung fristgerecht erneuert werden.

Nach der erfolgreichen Zertifizierung unseres Hauses wird das Qualitätsmanagementsystem systematisch weiterentwickelt. Über das hausweit gültige Qualitätszertifikat nach KTQ und proCum Cert haben sich einzelne Bereiche und Abteilungen weiteren speziellen Überprüfungsverfahren unterzogen, z. B. wurde das Labor zertifiziert und akkreditiert, es finden Benchmarking – Projekte innerhalb des Qualitätsmanagementverbundes statt, eine Mitarbeit in Facharbeitskreisen auf Landesebene, Begehungen durch das Gesundheitsamt sowie Fallprüfungen durch den MDK. Außerdem beteiligt sich das Krankenhaus an katamnestic Untersuchungen (SEDOS, EBIS).



pCC proCum Cert  
Zertifizierungsgesellschaft



# ZERTIFIKAT

Die **proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft** und die  
**Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus gGmbH**  
verleihen dem

DIAKONIE-  
KRANKENHAUS  
HARZ GMBH



## Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH

Brockenstraße 1 38875 Elbingerode

das

### proCum Cert - KTQ® - Zertifikat

auf der Basis des proCum Cert-Qualitätshandbuches  
inklusive des KTQ®-Kataloges in der Version 4.0

Mit dem Visitationsbericht Nr. 2003-ELBI-11-E-00003 wurde nachgewiesen, dass das  
Qualitätsmanagementsystem des Krankenhauses in besonderer Weise den  
Kriterien des KTQ® und proCum Cert-Verfahrens entspricht.

Gültigkeitsdauer:	25.03.2006
Registrier-Nr.:	2003-0111-ELBI-11-E-00003
Datum der Ausstellung:	26.03.2003

*A. Schäfer*  
Dr. Angela Rier

Geschäftsführerin der proCum Cert GmbH

*C. Göttinger*  
Clemens Göttinger

Geschäftsführer der proCum Cert GmbH

Anerkannt durch die KTQ-gGmbH:

*F. Kolkmann*  
Prof. Dr. Friedrich-Wilhelm Kolkmann  
Vorsitzender des Gesellschafter-  
ausschusses der KTQ-gGmbH

*T. Beck*  
Dr. Thomas Beck  
Geschäftsführer der  
KTQ-gGmbH

*M. Walger*  
Dr. Martin Walger  
Vorsitzender der Gesellschafter-  
versammlung der KTQ-gGmbH



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

**Trifft für unser Haus nicht zu.**

## F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

**Die Mitarbeiter aller Bereiche des Diakonie-Krankenhauses Elbingerode sind bestrebt, Leistungen mit guter Qualität zu erbringen. Berufsgruppenbezogene und berufsgruppenübergreifende Arbeitsgruppen sollen sicherstellen, dass dies gelingt.**

Für die Durchführung der Qualitätsmanagementprojekte werden jeweils die zeitlichen Rahmenbedingungen und finanziellen Erfordernisse im Vorfeld bedacht und festgelegt. Für die Bearbeitung der einzelnen Projekte werden durch die Krankenhausleitung Projektgruppen gebildet. Diese sind in der Regel interdisziplinär und hierarchieübergreifend besetzt und besitzen die entsprechenden Kompetenzen zur Bearbeitung der jeweiligen Problematik. Die Umsetzung der Maßnahmen erfolgt nach dem PDCA - Zyklus (s.o.), nach den vereinbarten Kriterien und innerhalb des festgelegten Zeitraums. Die Projektarbeit wird systematisch dokumentiert und u. a. im Intranet allen Mitarbeitern transparent dargestellt. Nach der Umsetzung ist die eigentliche Arbeit der Projektgruppen abgeschlossen. Die eingeführten Veränderungen werden anschließend sowie regelmäßig in bestimmten Zeitintervallen auf ihre Wirksamkeit überprüft. Die Ergebnisse der Projektarbeiten werden allen Mitarbeitern des Hauses systematisch bekannt gemacht.

**Im Diakonie-Krankenhaus Elbingerode sind folgende Projekte im Berichtszeitraum durchgeführt worden:**

### Projekt: Dokumentenmanagement

#### Ziele/ gewünschte Ergebnisse

- Aufbau einer hausübergreifenden einheitlichen Struktur in Bezug auf Verwaltung, Revision und Archivierung von Dokumenten, sowie die Regelung der Verantwortlichkeiten
- Damit wird gewährleistet, dass nur Behandlungsstandards mit freigegebener, aktueller Gültigkeit in Umlauf sind
- Zeitersparnis durch verbesserten Zugriff, Erhöhung der Handlungssicherheit = Zeit- und Kostenersparnis

#### Vorgehensweise / Ergebnisse

- Erarbeitung eines Konzepts zum Dokumentenmanagement
- Festlegung der Ablauforganisation und Zuständigkeit für Freigabe, Verteilung, Änderung und Archivierung von Dokumenten, Aufzeichnungen und Unterlagen
- Erfassung aller bestehenden Dokumente im Haus, Überprüfung (Aktualität, fachlich, formell, sprachlich, Berücksichtigung relevanter Vorschriften), Reduzierung bestehender Dokumente durch Zusammenführung/Vereinheitlichung, Aufnahme ins Dokumentenmanagement mit entsprechender Kennzeichnung/Festlegung des Verteilers/ Festlegung von Revisionszeiträumen/Freigabe, zentrale Ablage im Intranet

### Projekt: Intranet

#### Ziele/ gewünschte Ergebnisse

- Das Intranet soll „die“ interne Informationsplattform des Krankenhauses sein. In ihr verankert sind alle Daten rund um das Qualitätsmanagement, Nachschlagewerke, aktuelle Informationen an die Mitarbeiter, interne Stellenausschreibungen, Informationen zu internen und externen Fort- und Weiterbildungen. Es ist für alle Mitarbeiter des Hauses einzusehen. Dadurch ergibt sich eine hohe Handlungssicherheit für alle Mitarbeiter.

### **Vorgehensweise / Projektergebnis**

- Kontinuierliche Schulung der Mitarbeiter, insbesondere der neuen Mitarbeiter an diesem Informationsmedium
- Ein hoher Stand an Aktualität ist gewährleistet.

## **Projekt: Einarbeitungskonzept**

### **Ziele/ gewünschte Ergebnisse**

- Hausübergreifendes Einarbeitungskonzept zur Sicherstellung einer umfassenden Einarbeitung von neuen Mitarbeitern und Praktikanten, zur Umsetzung einer qualitativ hochwertigen Arbeit in allen Krankenhausbereichen und zur Unterstützung der Integration und Identifikation unserer Mitarbeiter mit dem Haus

### **Vorgehensweise / Projektergebnis**

- Erarbeitung eines Einarbeitungskonzeptes, welches beinhaltet:
  - Informationsmappe für potentielle Mitarbeiter
  - Weiterführende Informationen für neue Mitarbeiter
  - Begrüßungstag für neue Mitarbeiter mit Informationen zum Träger, zur Einrichtungsphilosophie, Informationen zu Häusern der GmbH mit einzelnen Fachbereichen, Möglichkeit zum persönlichen Austausch u. a.
  - Erarbeitung und Aktualisierung von Einarbeitungschecklisten (hausübergreifend sowie bereichsspezifisch) für alle neuen Mitarbeiter und Praktikanten, die verbesserte und strukturierte Einarbeitung ermöglichen – Kontrolle erfolgt durch Personalabteilung
  - Weitergabe relevanter Informationen durch das Intranet
  - Jeder neuer Mitarbeiter bekommt für die Zeit seiner Einarbeitung einen Paten zur Seite gestellt

42

## **Projekt: Mitarbeiterbefragung**

### **Ziele/ gewünschte Ergebnisse**

- Förderung von Mitsprache und Beteiligung der Mitarbeiter
- Aufdeckung möglicher Schwachstellen und gemeinschaftliche Bearbeitung
- Qualitativ hochwertige (Zusammen-)Arbeit

### **Vorgehensweise / Projektergebnis**

- Erarbeitung eines entsprechenden Fragekataloges für alle Mitarbeiter
- Auswertung und Analyse der Ergebnisse
- Präsentation auf Leitungsebene sowie vor allen Mitarbeitern
- Ableiten von Maßnahmeplänen für die Abarbeitung von anstehenden Problematiken

## **Projekt: Patientenbefragung**

### **Ziele/ gewünschte Ergebnisse**

Die kontinuierliche Befragung der Patienten in unserem Krankenhaus ist als Bestandteil des Beschwerdemanagements zu betrachten. Aufgabe unseres Beschwerdemanagements ist es, Beschwerden nicht nur passiv zu betrachten, sondern aktiv zu möglichen Verbesserungen zu nutzen. Mit dem auf unser Haus zugeschnittenen Patientenfragebogen haben wir ein Medium

zur Meinungsäußerung der Patienten geschaffen, das verschiedene Aspekte des Klinikaufenthaltes betrachtet.

### **Vorgehensweise**

- Der Patientenfragebogen wurde innerhalb der Projektgruppe überarbeitet und durch die Krankenhausleitung genehmigt
- Es wurden klare Regelungen zum Umgang mit dem Patientenfragebogen festgelegt
- Allen Berufsgruppen wurde transparent gemacht, dass ein solcher Fragebogen existiert und wie damit verfahren wird
- Der Fragebogen wird allen Patienten bei ihrer Aufnahme ausgehändigt mit dem Hinweis, dass dieser anonym ausgefüllt werden und bei Ende des Krankenhausaufenthaltes in einen dafür vorgesehenen Briefkasten geworfen werden kann
- Regelmäßige Aktualisierung des Fragebogens

### **Projektergebnis**

- Es erfolgt eine sofortige Auswertung der Fragebögen und bei Bedarf eine zeitnahe Problemanalyse und Reaktion auf Änderungswünsche - es werden somit Veränderungen durchgeführt, die direkt auf Aussagen des Patientenfragebogens zurückzuführen sind
- Die Ergebnisse der Patientenbefragung werden halbjährlich umfassend graphisch ausgewertet und allen Mitarbeitern des Hauses bekannt gegeben sowie transparent im Internet des Hauses abgelegt
- Wir können bei der Auswertung der Patientenfragebögen für das Jahr 2004 gute bis sehr gute Ergebnisse in allen Kategorien nachweisen

## **Projekt: Gründung eines QM-Verbundes diakonischer Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt**

Für unsere Patienten und Klienten möchten wir unsere Angebote und Leistungen ständig verbessern. Um uns kontinuierlich mit anderen Krankenhäusern über neuste Entwicklungen, Erfahrungen und Konzepte auszutauschen, wurde ein Qualitätsmanagementverbund diakonischer Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt gegründet.

Derzeit sind folgende Häuser beteiligt:

- Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH / Elbingerode
- Diakonie-Krankenhaus Halle
- Lungenklinik Lostau gGmbH
- Pfeifferschen Stiftungen, Magdeburg
- Lungenklinik Ballenstedt Harz gGmbH
- Paul-Gerhardt-Stiftung, Lutherstadt Wittenberg
- Städtisches Krankenhaus Martha-Maria Halle Dölau gGmbH

### **Ziele/ gewünschte Ergebnisse**

Der Qualitätsmanagementverbund hat vier langfristige Zielsetzungen:

- Umsetzung eines funktionierenden umfassenden Qualitätsmanagements in allen beteiligten Häusern
- Wissens- und Erfahrungsaustausch
- Schaffung einer validen Datenbasis zur Beurteilung der Patientenzufriedenheit
- Etablierung eines dauerhaft funktionierenden Qualitätsmanagement-Verbundes als Ausdruck der gemeinsamen Bestrebung zur ständigen Qualitätsverbesserung der Patientenversorgung im diakonischen Auftrag

### **Vorgehensweise**

- Auf der Ebene der Qualitätsmanagementbeauftragten bzw. Qualitätsmanager finden mindestens einmal im Vierteljahr Arbeitstreffen statt
- Mitwirkende im Qualitätsmanagement können sich themen- und problembezogen treffen
- Auch Plattform für den Erfahrungsaustausch anderer Professionen (z. B. Datenschutz, Hygiene, EDV, Sozialarbeit)
- Erstellung von Einzelkonzeptionen und in Folge die sukzessive Umsetzung geplanter Maßnahmen in die Praxis
- Vergleich und Austausch zu transparent darstellbaren Abläufen und Prozessen, um mögliches Verbesserungspotential aufdecken und umsetzen zu können
- Durchführung von Benchmarking
- Gegenseitiger Austausch von Schulungskonzepten

### **Projektergebnis**

- Gründung eines QM-Verbundes diakonischer Krankenhäuser Sachsen-Anhalts im Diakonie-Krankenhaus Elbingerode
- regelmäßige Arbeitstreffen – Durchführung von gemeinsamen Projekten und Erfahrungsaustausch

## **Projekt: Fort- und Weiterbildungskonzept**

Zur Qualität gehören ganz entscheidende Faktoren wie fachliche und soziale Kompetenz - Qualitätsmanagement ist zugleich auch immer Bildungsmanagement.

Durch ein zielorientiertes breit angelegtes Fort- und Weiterbildungsangebot für alle Berufsgruppen sollen unsere Mitarbeiter stets auf dem aktuellen Stand des Wissens sein und über die notwendigen Kompetenzen verfügen.

### **Ziele/ gewünschte Ergebnisse**

- Sicherstellung eines hochwertigen, aktuellen, abteilungsübergreifenden und an die Bedürfnisse des Hauses angelegten Fortbildungsplanes, der den Mitarbeitern eine permanente Weiterentwicklung sichert.

### **Vorgehensweise**

- Zu den gesetzlichen Vorlagen werden in Mitarbeiterbefragungen anstehende Problematiken ermittelt und als Vorschlag in die Planung eingebracht.
- Durch einen an den Bedürfnissen des Hauses angelegten Fortbildungsplanes wird die permanente Weiterentwicklung der Mitarbeiter gesichert.

Das interne Fortbildungsprogramm wurde deutlich ausgeweitet und berufsgruppenübergreifend sowie als Übersicht für das gesamte Kalenderjahr veröffentlicht. Obligatorische Schulungen werden dabei explizit hervorgehoben und die Teilnahme der Mitarbeiter dokumentiert.

## **Projekt: Elbingeröder-Diakonie-Seminar**

Das Elbingeröder-Diakonie-Seminar ist ein Weiterbildungskonzept, welches sich mit christlichen Traditionen und Glaubensinhalten offensiv und reflektierend auseinandersetzt. Als Diakonisches Krankenhaus bieten wir neben der medizinischen, pflegerischen und sozialen Behandlung, Betreuung und Beratung auch seelsorgerliche Hilfen und Beistand an. Unsere Mit-

arbeiter stehen oft vor der großen Herausforderung, sich den Fragen der Patienten, Bewohner und Klienten nach Gott und Glauben, ethischen Werten und deren Wandel zu stellen.

### **Ziele/ gewünschte Ergebnisse**

- Stärkung des christlichen Profils unserer Einrichtung
- Unterstützung und Ermutigung unserer Mitarbeiter, die uns anvertrauten Menschen gemäß unseres Leitbildes verstehend zu begleiten
- Beleuchtung theologischer Themen
- Klärung praktischer Fragestellung
- Gegenseitiger Erfahrungsaustausch

### **Vorgehensweise**

- Erarbeitung einer konzeptionellen Grundlage
- Festlegung von Themen in den Bereichen: biblisch - theologisch, praktisch - theologisch, und ethisch – sozial
- Bekanntmachung bei allen Mitarbeitern als offizielle Weiterbildung
- Durchführung der Weiterbildungseinheiten im zeitlichen Abstand von zwei Monaten

## **Projekt: Pflegeplanungsprogramm Apenio**

Uns ist es sehr wichtig, nicht nur gut zu pflegen, sondern Pflege prozesshaft und ergebnisorientiert zu planen und durchzuführen und diese zu überprüfen und zu dokumentieren. Mit dem neuen Pflegeplanungsprogramm Apenio, welches unser altes Pflegeplanungsprogramm abgelöst hat, können wir diesen Anforderungen gerecht werden.

**Apenio®** steht für **A**ssessment based **P**laning and **E**valuation of **N**ursing **I**nterventions and **O**utcome oder einfacher gesagt, eine Pflegeplanung basierend auf der Einschätzung des Patienten durch die Pflegekraft und die Planung und Überprüfung der geleisteten Pflege und deren Ergebnisse.

Apenio® ist ein Programm, das sich noch in der Pilotphase befindet. Es ist mit über 3 Millionen Verknüpfungen sehr anspruchsvoll und komplex.

### **Ziele/ gewünschte Ergebnisse**

- Pflegeplanung und Evaluation
- optimale Leistungserfassung in der Pflege, unter dem Aspekt der Qualitätssicherung
- wichtiges Dokumentationsinstrument
- zur Optimierung der OPS (Vernetzung)
- im Rahmen der DRG, zur Erfassung von relevanten Nebendiagnosen
- interprofessionelle Kommunikation
- Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der Pflege

### **Vorgehensweise**

- Vorstellung des Programms
- zweitägige umfangreiche Schulung von Mitarbeitern
- regelmäßige Arbeitsgruppentreffen der Nutzer
- enge Zusammenarbeit mit den Entwicklern

## **Projekt: strukturierte Mitarbeiterjahresgespräche**

### **Ziele/ gewünschte Ergebnisse**

Der Mitarbeiter stellt für uns eine zentrale Ressource dar, ohne dessen Leistungsbereitschaft keine positiven Ergebnisse erzielt werden können. Die Einbindung und Motivation unserer Mitarbeiter ist deshalb auch ein zentraler Aspekt unserer Unternehmensphilosophie. Durch regelmäßige Mitarbeitergespräche werden die Stärken der einzelnen Mitarbeiter erkannt und gezielt unterstützt und es findet eine Reflexion der Arbeit statt. Die Durchführung der Mitarbeiterjahresgespräche erfolgt auf Grundlage eines vorgegebenen Gesprächsleitfadens der u. a. Kriterien wie Bewältigung der in der Stellenbeschreibung festgeschriebenen Aufgaben, Zusammenarbeit, Stärken, Interessen und Entwicklungsbedarf, Vereinbarung von Zielen, Aufgaben und Ergebniskriterien für die kommende Periode umfasst.

### **Vorgehensweise**

- Erarbeitung einer konzeptionellen Grundlage
- Schulung aller Mitarbeiter mit Personalverantwortung in der Durchführung der Gespräche
- Jährliche Durchführung der Gespräche zwischen Mitarbeiter und direktem Vorgesetztem, Dokumentation und Ableitung von Zielvereinbarungen für die kommende Periode, z. B. Durchführung von speziellen Fort- und Weiterbildungen und Teilnahme an Projekten

**Die dargestellte Projektarbeit versteht sich nur als ein Teil der durchgeführten Verbesserungsmaßnahmen. In anderen Bereichen gibt es ebenso kontinuierliche Entwicklungen. Damit wurde auch im Jahr 2004 der Grundsatz der *ständigen Verbesserung* systemorientiert verfolgt.**

**Der kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP) erfasst auch zukünftig alle Bereiche des Krankenhauses und ist so ausgelegt, dass Verbesserungspotential im Haus schnell erkannt und umgesetzt werden kann.**

**Dieses Ziel wird nur dann erreicht, wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen an dieser Aufgabe mitwirken. Deshalb gilt unser Dank insbesondere den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen unseres Hauses, die durch ihr hohes Engagement zu der qualitativ guten und patientennahen Versorgung beitragen.**

## **G Weitergehende Informationen**

### **Verantwortlich für den Qualitätsbericht**

Krankenhausleitung der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH:

- Geschäftsführer
- Leitender Arzt
- Pflegedienstleitung

### **Ansprechpartner**

Ihr Ansprechpartner ist die Qualitätsmanagementbeauftragte der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH,

Stefanie Schmidt

Telefon: 03 94 54 / 8 28 25

e-mail: Stefanie.Schmidt@diako-harz.de

### **Links/ Verweise**

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Internetseite unter [www.diako-harz.de](http://www.diako-harz.de).

Bei speziellen Fragen senden wir Ihnen gerne weiteres Informationsmaterial zu.

47

### **Kontakte auf einen Blick**

#### **Geschäftsführer**

Herr Montowski  
Telefon: 03 94 54 / 8 23 02

#### **Leitender Arzt**

Chefarzt Dr. Richter  
Telefon: 03 94 54 / 8 27 01

#### **Innere Medizin**

Ansprechpartner: Chefarzt Dr. Woratz  
Telefon: 03 94 54 / 8 24 01

#### **Psychiatrie**

Ansprechpartner: Chefarzt Dr. Gerhardt  
Telefon: 03 94 54 / 8 25 01

#### **Psychotherapeutische Medizin**

Ansprechpartner: Chefarzt Dr. Steinbach  
Telefon: 03 94 54 / 8 26 01

#### **Pflege**

Ansprechpartner: Pflegedienstleitung, Sr. Isolde Kunze  
Telefon: 03 94 54 / 8 23 00

#### **Häusliche Pflege**

Ansprechpartner: Leiterin Frau Stein  
Telefon: 03 94 54 / 8 24 01

#### **Physiotherapie**

Ansprechpartner: Leiterin Frau Marquardt  
Telefon: 03 94 54 / 8 22 00

### **Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH**

Innerhalb unseres Therapieverbundes Sucht, mit seinen ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten, besteht eine enge Vernetzung

Dabei ergänzen sich die verschiedenen therapeutischen und sozialen Hilfen und Behandlungsmöglichkeiten, die in ihrer Intensität und Dauer differenziert sind:

**Rehabilitation von Suchtkranken** in direkter Vernetzung zum Akutkrankenhaus

#### **Rehabilitation Sucht**

Brockenstr. 1  
38875 Elbingerode  
Tel. : 03 94 53 /8 20 00  
Fax.: 03 94 53 /8 27 02

### **Komplementäre Einrichtungen des Therapieverbundes Sucht**

#### **Psychosoziale Beratungsstelle**

Degenerstr. 8  
38855 Wernigerode  
Tel. : 0 39 43/26 16 60  
Fax. : 0 39 43/26 16 77

#### **Psychosoziale Beratungsstelle**

Harzstr. 3/Haus 3  
38889 Blankenburg  
Tel.: 0 39 44/94 34 87  
Fax.: 0 39 44/94 34 88

#### **Präventionsfachstelle**

Degenerstr. 8  
38855 Wernigerode  
Tel. : 0 39 43/26 16 60  
Fax. : 0 39 43/26 16 77

#### **Tagesstätte für Menschen mit wesentlich seelischen und mehrfachen Behinderungen**

Degenerstraße 8  
38855 Wernigerode  
Tel. : 0 39 43/26 16 60  
Fax. : 0 39 43/26 16 77

#### **Betreutes Wohnen für Suchtkranke**

Degenerstraße 8  
38855 Wernigerode  
Tel. : 0 39 43/26 16 60  
Fax. : 0 39 43/26 16 77

### **Therapeutische Wohngemeinschaft**

#### **„Haus Waldhof“**

Westerhäuser Straße 62a  
38889 Blankenburg  
Tel. : 0 39 44/24 57  
Fax. : 0 39 44/9 54 71 29

### **Wohnheim**

#### **„Gut Heiligenstock“**

Kaltes Tal 12  
38889 Rübeland  
Tel. : 03 94 54/48 10  
Fax. : 03 94 54/48 129

### **Fachkrankenhaus für Atemwegserkrankungen**

als Teil der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH

### **Ev. Fachkrankenhaus für Atemwegserkrankungen Neustadt / Südharz**

Badestraße 23  
99762 Neustadt / Südharz  
Tel. : 03 63 31 / 36-0  
Fax. : 03 63 31 / 3 61 88

49

### **Weitere Adressen und Informationen**

#### **Open-door – Projekt**

Betreutes Wohnen, als Nachsorgeeinrichtung für Patienten, die nach einer Psychotherapie noch nicht allein leben können.

Ansprechpartner Dr. med. Martin Steinbach  
Promenade 2  
38855 Wernigerode  
Tel. : 0 39 43 / 4 61 11 oder 03 94 54 / 8 26 00

#### **Kenia – Projekt der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH**

Unterstützung von Initiativen in Kenia, vor allem in den Bereichen Straßenkinderarbeit, Suchthilfe und Ausbildungshilfe.

Koordinator: Dr. Klaus Richter  
Diakonie-Krankenhaus Elbingerode  
Brockenstr. 1  
Tel.: 03 94 54 / 8 27 00  
e-mail: klarich@t-online.de  
www.kenia-projekt.de



### **Medizinisches Zentrum Harz GmbH**

Unser Haus zeigt zudem eine deutlich innovative Ausrichtung und damit eine gute Positionierung im Rahmen des zunehmenden Wettbewerbs.

Ende 2004 wurde die Medizinische Zentrum Harz GmbH als Tochtergesellschaft der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH und der Harzkllinikum Wernigerode-Blankenburg GmbH gegründet. An 3 Standorten entstehen Ärztehäuser, in direkter Vernetzung zum jeweiligen Krankenhaus. Am Standort Elbingerode wird das Ärztehaus mit vorwiegend hausärztlicher Ausrichtung um weitere Leistungen der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH ergänzt. Dazu gehören die Tagespflege für Senioren und die Kurzzeitpflege. Geschäftsführer der Medizinisches Zentrum Harz GmbH sind Martin Montowski und Dr. Peter Redemann.

### **Medizinisches Zentrum Harz GmbH**

Ilsenburger Straße 15  
38855 Wernigerode  
Telefon: 0 39 43 / 61 54 00  
Fax: 0 39 43 / 61 54 00  
info@mvz-harz.de  
www.mvz-harz.de

### **Ärztehaus Oberharz**

Brockenstraße 1  
38875 Elbingerode  
Telefon: 03 94 54 / 8 23 02  
Fax: 03 94 54 / 8 23 03  
martin.montowski@mvz-harz.de