

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

Diana Krankenhaus Betriebsgesellschaft mbH

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ  
auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 31.10.2007 um 18:31 Uhr erstellt.

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

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

# Inhaltsverzeichnis

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

- C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V
- C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)
- D-1 Qualitätspolitik
- D-2 Qualitätsziele
- D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements
- D-5 Qualitätsmanagement-Projekte
- D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

# Einleitung



Abbildung: Die Diana Klinik und Reha-Zentrum blickt auf eine mehr als 30 jährige Tradition zurück:1972 bis 1974 wurde sie im Kurzentrum Bad Bevensen errichtet.

## Präambel

Der Qualitätsbericht zielt ab auf die Darstellung akutmedizinischer Prozesse und Strukturen. Da die Diana Klinik neben der Fachklinik Akutgeriatrie gem. § 39 SGB V mit 53 Betten einen Rehabilitationsbereich gem. § 40 SGB V mit den Kliniken für Geriatrie (72 Betten), Orthopädie (180 Betten), Psychosomatik (140 Betten) und Neurologie (115 Betten) umfasst, ist die o.g. Akutgeriatrie neben ihrer originär akutmedizinischen Ausrichtung auch integraler Bestandteil des Gesamtkonzeptes der Diana Klinik. Insbesondere deshalb, weil gerade für eine akutgeriatriische Behandlung auch in erheblichem Umfang rehabilitative Elemente eine besonders hervorzuhebende Bedeutung für ein erfolgreiches Behandlungsergebnis haben.

Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden über die vorgegebene Struktur hinaus gegangen und den hausindividuellen Gegebenheiten gefolgt, durch die das spezielle Leistungsspektrum der Diana Klinik adäquat abgebildet werden kann und in das die Akutgeriatrie mit ihren besonderen Anforderungen harmonisch eingebettet ist. Für die Akutgeriatrie ergeben sich aus dem durch die bestehenden Rehabilitationsbereiche besonders breit gefächerte Leistungsspektrum erhebliche Synergieeffekte und Partizipationsmöglichkeiten, weil das Indikationenspektrum in der Akutgeriatrie von orthopädischen Erkrankungen (Schenkelhalsfrakturen, Gelenkersatz-Erkrankungen etc.) über neurologische Erkrankungen (Schlaganfall,

neurologische Ausfallerkrankungen etc.), Erkrankungen der Inneren Medizin (kardio-pulmonale Erkrankungen, Stoffwechsel-Erkrankungen etc.), bis hin zu psychosomatischen Erkrankungen und Multimorbidität geprägt ist. Insofern bestehen fließende Übergänge zwischen den Schnittstellen Akutgeriatrie und Rehabilitationsmedizin. Das führt dazu, dass eine Abgrenzung des akutmedizinischen Bereiches vom rehamedizinischen Bereich nicht immer zweckmäßig oder stringenter möglich ist, was letztendlich den akutmedizinischen Patienten in der potentiellen Behandlungsbreite durchaus zugute kommt.

### Das Klinikkonzept

Der Krankenhausbereich gem. § 39 SGB V in der Diana Klinik und RehaZentrum beinhaltet die Akutgeriatrie mit 53 Betten. Sie ist jedoch eingebunden in ein umfassendes Klinikkonzept mit Rehabilitation gem. § 40 SGB V, das ein hausindividuelles, umfassendes, integrales und fachübergreifendes Behandlungskonzept ermöglicht.

Die Diana Klinik und RehaZentrum besteht insgesamt aus folgenden Fachbereichen

Orthopädie mit 180 Betten

- Psychosomatik mit 140 Betten
- Neurologie mit 115 Betten
- Geriatrie mit 72 Betten (Rehabilitation, § 40 SGB V)
- Geriatrie mit 53 Betten (Akutklinischer Bereich, § 39 SGB V)

Vor dem Hintergrund, dass das Sozialministerium in Niedersachsen beabsichtigt, wohnortnahe Palliativplätze zu etablieren, wurden im Jahre 2007 im Rahmen der Akutgeriatrie 2 Zimmer für palliativmedizinische Behandlungen eingerichtet.

Zur Abrundung der geriatrischen Behandlung bzw. Versorgung zählt zu dem gesamten Unternehmensbereich der Diana Klinik eine Pflegeeinrichtung für Kurz- und Langzeitpflege mit 59 Plätzen. Überdies wird ein Ambulanter Pflegedienst vorgehalten, um die, insbesondere geriatrischen Patienten, bei Bedarf auch im häuslichen Umfeld weiterbetreuen zu können. Damit stellt die Diana Klinik die Versorgung „aus einer Hand“ sicher, was von den betroffenen Patienten und Angehörigen dankbar aufgenommen wird.

Mit Wirkung vom 1.1.2006 konnten mit den Gesetzlichen Krankenkassen für die neurologische Fachabteilung ein Versorgungsvertrag zur Behandlung von sog. neurologischen Phase-C-Patienten abgeschlossen werden.

Die Diana Klinik hat bis dato 34 Verträge zur Integrierten Versorgung von Patienten mit Hüft- und Knie-Endoprothesen abgeschlossen mit diversen Krankenkassen und Akutkliniken. Die Besonderheit dieses Konzeptes liegt darin, dass sich die Diana Klinik und zwei niedersächsische Kliniken aus dem *Verbund Norddeutscher Rehakliniken e.V.* (VNR) mit einem abgestimmten Behandlungskonzept zusammengeschlossen haben und damit den betroffenen Patienten eine freie Wahl zwischen diesen Kliniken ermöglichen, was sich von den sonst üblichen Konzepten zur Integrierten Versorgung absetzt. Dabei stellen überwiegend diese Kliniken das Casemanagement/einen Fallbetreuer, der diese Patienten durch den gesamten Behandlungsprozess betreut. Er ist zentraler Ansprechpartner zum einen für den Patienten, zum anderen für alle am Behandlungsprozess beteiligten Leistungserbringer. Ziel dieses Konzeptes ist die Belegungssicherung der beteiligten Rehakliniken. Es hat sich bisher als erfolgreich erwiesen. Dieses spezielle IV-Konzept wurde im Jahre 2007 von der Bayerischen Landesbank, die jährlich einen Klinikförderpreis vergibt, mit dem 1. Platz (von rd. 50 Bewerbern)

ausgezeichnet.

Auch für die psychosomatische Fachabteilung konnte ein Vertrag zur Integrierten Versorgung für Patienten mit entsprechend definierten Indikationen abgeschlossen werden. Mit dem Beitritt der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen in die IV-Verträge, die mit der DAK für Hüft- und Knie-Endoprothesen und für psychosomatische Erkrankungen abgeschlossen wurden, sind auf diese Weise auch die niedergelassenen Ärzte in die Integrierte Versorgung enger eingebunden, als es weithin üblich ist, so dass hier die politisch gewollte intersektorale Zusammenarbeit konkretisiert ist.

Im Auftrag der Rentenversicherer werden folgende Behandlungen angeboten

- IRENA (BfA)
- Medizinisches Muskelaufbautraining (MAT, LVA)

Aufgrund der bestehenden Verträge mit den Gesetzlichen Krankenkassen zur ambulanten Rehabilitation für die Indikationen „Neurologie“ und „muskuloskeletale Erkrankungen“ werden auch ambulante Rehabilitationen angeboten. Damit zielen die Kostenträger ab auf die Stärkung der ambulanten Rehabilitation. Die Diana Klinik ermöglicht mit diesem Angebot eine fachkompetente wohnortnahe Behandlungsmöglichkeit.

Für vom Hausarzt verordnete Einzeltherapien stehen folgende Bereiche zur Verfügung

- Physiotherapie
- Physikalische Therapie
- Medizinische Trainingstherapie
- Logopädie
- Ergotherapie

Seit dem 1.1.2006 werden aufgrund der entsprechenden Qualifikationen des Chefarztes der Orthopädie auch für alle Fachbereiche komplementärmedizinische Behandlungen angeboten wie Akupunktur, Osteopathie, Naturheilverfahren.

Im kaufmännischen Bereich bilden wir derzeit 5 Mitarbeiter aus. 2 Mitarbeiterinnen haben in 2006 ihre Ausbildung erfolgreich abgeschlossen und erhielten einen Arbeitsvertrag in unserer Abteilung Finanz- und Rechnungswesen.

In der unternehmenseigenen Schule für Physiotherapeuten werden drei Jahrgänge ( 26-28 Schüler je Semester) über 6 Semester ausgebildet. Die Ausbildung schließt ab mit dem staatlich anerkannten Staatsexamen. Die Schule ist zertifiziert nach ISQ (Interessenverband zur Sicherung der Qualität der Ausbildung an den deutschen Schulen für Physiotherapie) Aus dieser Einrichtung rekrutiert die Diana Klinik ihre Nachwuchskräfte. Die Patienten unseres Hauses profitieren von dieser Einrichtung weil sie im Zusammenhang mit der praktischen Ausbildung dieser Schüler mehr Einzeltherapien erhalten können.

Mit diesen Ausbildungsangeboten erfüllt die Diana Klinik neben der originären Ausbildung auch eine gesellschaftlich relevante Aufgabe. Diese setzt sich fort, in dem auch Gesundheitsthemen für die Bevölkerung angeboten werden.

**Verantwortlich:**

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Diplom Betriebswirt Ilse Platz	Geschäftsführung	0 58 21 80 3000	0 58 21 80 3005	i.platz@diana-klinik.de

**Ansprechpartner:**

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Eckhard Krüger	Qualitätsmanagement-Beauftragter	05821-803204	05821-803751	e.krueger@diana-klinik.de

**Links:**

[www.diana-klinik.de](http://www.diana-klinik.de)

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Ilse Platz, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

# Teil A - Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

### **Hausanschrift:**

Diana Krankenhaus Betriebsgesellschaft mbH

Dahlenburger Straße 2a

29549 Bad Bevensen

### **Postanschrift:**

Postfach 12 56

29544 Bad Bevensen

### **Telefon:**

0 58 21 / 80 - 0

### **Fax:**

0 58 21 / 80 - 3777

### **E-Mail:**

diana@diana-klinik.de

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

260330021

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

00

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

### **Name:**

DIANA Krankenhausbetriebsgesellschaft mbH

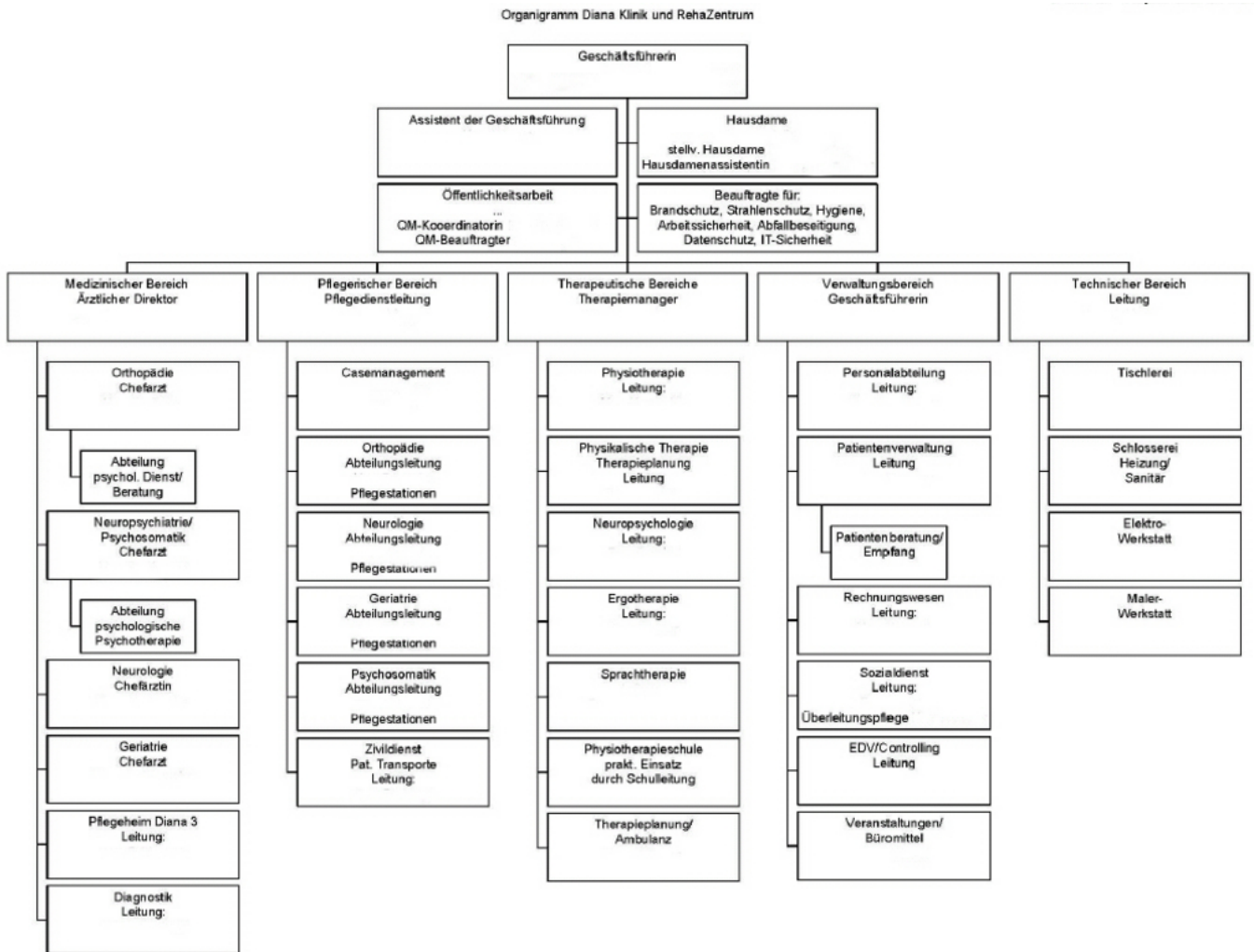
### **Art:**

privat

## **A-5** Akademisches Lehrkrankenhaus

trifft nicht zu / entfällt

## A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



Organigramm: Organisationsstruktur der Diana-Klinik

## A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt

## A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA12	Balkon/ Terrasse	
SA15	Internetanschluss am Bett/ im Zimmer	
SA16	Kühlschrank	
SA24	Faxempfang für Patienten	
SA27	Internetzugang	
SA41	Dolmetscherdienste	
SA00	Sonstiges	Patientenbücherei, Waschsalon, Fußpflege n. Anmeldung

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

trifft nicht zu / entfällt

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

53 Betten

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

### **Vollstationäre Fallzahl:**

628

### **Teilstationäre Fallzahl:**

0

### **Ambulante Fallzahlen**

#### **Fallzählweise:**

0

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

## B-[1] Fachabteilung Geriatrie

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

Geriatrie

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

bettenführende Hauptabteilung

#### **Fachabteilungsschlüssel:**

0200

#### **Hausanschrift:**

Dahlenburger Straße 2a

29549 Bad Bevensen

#### **Postanschrift:**

Postfach 12 56

29544 Bad Bevensen

#### **Telefon:**

0 58 21 / 80 - 0

#### **Fax:**

0 58 21 / 80 - 3777

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

diana@diana-klinik.de

#### **Internet:**

www.diana-klinik.de

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

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Geriatrie:	Kommentar / Erläuterung:
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	Gehtraining, medikamentöse Therapie, Nachbehandlung von Amputationen und Bypässen, Prothesenanpassung und Training

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Geriatrie:	Kommentar / Erläuterung:
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	Akutdiagnostik, Therapie, Nachbehandlung von ischämischen Herzerkrankungen (Herzinfarkt und Rhythmusstörung) In Zusammenarbeit mit kardiologischen Zentren
VI03	Diagnostik und Therapie sonstiger Formen der Herzkrankheit	siehe unter Punkt VI01
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	siehe unter Punkt VN01
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	<p>Diagnostik:</p> <p>Röntgen</p> <p>Echocardiographie</p> <p>Langzeit-RR</p> <p>Langzeit-EKG</p> <p>Schellong-Test</p> <p>Duplex-Sonographie</p> <p>Labordiagnostik</p> <p>Therapie:</p> <p>Medikamentöse Einstellung des Blutdrucks und Verlaufskontrolle</p>
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (Diabetes, Schilddrüse, ..)	<p>Einstellung und Verlauf des Diabetes mellitus, insbesondere orale medikamentöse und differenzierte Insulintherapie nach individuell erstellten Schemata</p> <p>Diabetesberatung</p> <p>Diabetesschulung</p> <p>Diabetesvorträge</p> <p>Ernährungsmedizin (Lehrküche und Diätberatung unter ärztlicher Aufsicht durch Ernährungsmediziner)</p>
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darmtraktes	Zustand nach Magen- Darmoperationen, Diagnostik (Endoskopie) und Therapie von Magengeschwüren

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Geriatrie:	Kommentar / Erläuterung:
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	<p>Diagnostik und Therapie entzündlicher Gelenkerkrankungen (Rheumatoide Arthritis, M. Bechterew, Spondylarthropathien, Arthritis urica sowie aktivierten Arthrosen)</p> <p>Diagnostik: Röntgen und Labordiagnostik, Osteodensitometrie</p> <p>Therapie: Medikamentöse Basistherapie sowie physikalische Therapie (Kryotherapie, Paraffinbäder, Hydrotherapie), spezielle Ergotherapie und Hilfsmittelversorgung</p>
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	<p>Akutgeriatrie (Behandlung von Akuterkrankungen des höheren Lebensalters mit entsprechender Akutdiagnostik und medizinischer Therapie (auch ggf. akutmedizinische Überwachung) in Verbindung mit frührehabilitativen Maßnahmen (geriatrische Frührehabilitation zum Erhalt der Selbständigkeit, Mobilität, kognitiven Funktionen und die Teilnahme am sozialen Leben.</p> <p>Laufende Überprüfung des Funktionsstatus mit Hilfe geriatrischer Assessments (Funktionsprüfung) und Anpassung des Therapiebedarfs durch das therapeutische Team.</p> <p>Therapieangebote:</p> <p>Umfangreiche Physiotherapie und Rehabilitation nach neuesten Methoden der Rehabilitationsforschung, Laufbandtraining, Repetitionstraining, physikalische Therapie, Massagen, Lymphdrainage, Thermotheapie, Bäder, Bewegungsbad, Elektrotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Schlucktraining, neuropsychologisches- und PC-Training, Gesprächstherapie, Gesundheitsschulung</p>
VI26	Naturheilkunde	Balneo-physikalische Therapie, Kneipp'sche Anwendungen, Hydrotherapie, Kryotherapie, naturheilkundliche medikamentöse Therapie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Geriatrie:	Kommentar / Erläuterung:
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	Neurogeriatrie (Schlaganfall, Hirnblutung, Durchblutungsstörung)  Diagnostik in Zusammenarbeit der im Hause befindlichen neurologischen Klinik
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	Neurogeriatrie (Parkinson, Gangstörung, Sturzneigung, Neurodegenerative Erkrankungen)  Diagnostik in Zusammenarbeit der im Hause befindlichen neurologischen Klinik
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	siehe Punkt VN11
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	Entzündliche und stoffwechselbedingte Erkrankungen der peripheren Nerven, Lähmungen nach durchgemachten körperlichen Erkrankungen und Langzeitintensivtherapie (critical-Illness-Polyneuropathie)
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Neurogeriatrie (Schlaganfall, Parkinson, Gangstörungen, Sturzneigung, Demenzen, Altersdepressionen, Altersepilepsie, Polyneuropathien, Wirbelsäulensyndrome, Zustand nach Operationen im Bereich von Bandscheiben und Wirbelkanalengen, Neurodegenerative Erkrankungen.  Diagnostik in Zusammenarbeit der im Hause befindlichen neurologischen Klinik
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	Altersneuroorthopädie (Wirbelsäulensyndrome, Zustand nach Operationen im Bereich von Bandscheiben und Wirbelkanalengen, chronische Schmerzsyndrome, Osteoporose und Osteoporose bedingte Schmerzen)
VR04	Duplexsonographie	
VU02	Diagnostik und Therapie der Niereninsuffizienz	Konservative- medikamentöse-diätetische Therapie  Dialyse im Hause

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

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP07	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiter	
MP11	Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie	
MP13	Diabetiker-Schulung	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP16	Ergotherapie	
MP31	Physikalische Therapie	Darunter fallen : - Manuelle Therapie - Elektrotherapie - Packungen - Massagen - Kneippsche Anwendungen - Wannenbäder - Bewegungsbäder
MP34	Psychologisches/ psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	Darunter fallen : - Gruppenpsychotherapie - Einzelpsychotherapie - Psychoedukation
MP37	Schmerztherapie/ -management	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/ Logopädie	
MP00	MTT	
MP00	Neuropsychologie	
MP00	Dialyse	

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

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA01	Aufenthaltsräume	
SA02	Ein-Bett-Zimmer	

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA04	Fernsehraum	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA09	Unterbringung Begleitperson	
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	
SA17	Rundfunkempfang am Bett	
SA18	Telefon	
SA19	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)	
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA26	Friseursalon	Friseur kommt auf Anfrage
SA28	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	
SA31	Kulturelle Angebote	
SA32	Maniküre/ Pediküre	
SA33	Parkanlage	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA36	Schwimmbad	
SA38	Wäscheservice	
SA39	Besuchsdienst/ "Grüne Damen"	

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Besucher	
SA42	Seelsorge	

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

### Vollstationäre Fallzahl:

628

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

### Top 30 Diagnosen

Rang	ICD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	M96	98	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen
2	M62	76	Sonstige Muskelkrankheit
3	I63	53	Schlaganfall durch Gefäßverschluss - Hirninfarkt
4	I50	40	Herzschwäche
5	M54	28	Rückenschmerzen
6	A04	24	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien
7	S72	20	Knochenbruch des Oberschenkels
8	J18	18	Lungenentzündung, Erreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
9	I61	13	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns
9	S32	13	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
11	G20	12	Parkinson-Krankheit
12	F32	11	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
13	E11	10	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
13	E86	10	Flüssigkeitsmangel
13	F06	10	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
16	F05	7	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt
16	N39	7	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase

Rang	ICD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
18	I25	6	Herzkrankheit durch anhaltende Durchblutungsstörungen des Herzens
18	I64	6	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Gefäßverschluss bezeichnet
18	I70	6	Arterienverkalkung
18	M47	6	Gelenkverschleiß (Arthrose) der Wirbelkörper
18	N17	6	Akutes Nierenversagen
18	R55	6	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
24	A09	<= 5	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien oder andere Erreger
24	A49	<= 5	Infektionskrankheit, ausgelöst durch Bakterien, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet
24	B99	<= 5	Sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Infektionskrankheit
24	C15	<= 5	Speiseröhrenkrebs
24	C18	<= 5	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
24	C20	<= 5	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs
24	C21	<= 5	Dickdarmkrebs im Bereich des Afters bzw. des Darmausgangs

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

### Top 30 Operationen

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	8-550	486	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Rehabilitation erkrankter älterer Menschen
2	8-930	31	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
3	8-390	26	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z.B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett
4	9-320	8	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens
5	1-631	<= 5	Untersuchung der Speiseröhre und des Magens durch eine Spiegelung

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
5	1-632	<= 5	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
5	3-225	<= 5	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
5	5-431	<= 5	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung
5	5-572	<= 5	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung
5	5-893	<= 5	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut
5	5-900	<= 5	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht
5	8-016	<= 5	Künstliche Ernährung über die Vene als medizinische Hauptbehandlung
5	8-017	<= 5	Künstliche Ernährung über eine Magensonde als medizinische Nebenbehandlung
5	8-123	<= 5	Wechsel oder Entfernung einer durch die Haut in den Magen gelegten Ernährungs-sonde
5	8-191	<= 5	Verband bei großflächigen bzw. schwerwiegenden Hauterkrankungen
5	8-542	<= 5	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut
5	8-714	<= 5	Spezialverfahren zur künstlichen Beatmung bei schwerem Atemversagen
5	8-770	<= 5	Beatmung als Wiederbelebungsmaßnahme
5	8-771	<= 5	Wiederbelebungsmaßnahmen bei Herzstillstand oder Kammerflimmern
5	8-800	<= 5	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
5	8-831	<= 5	Legen, Wechsel bzw. Entfernung eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist
5	8-857	<= 5	Blutreinigungsverfahren, bei dem die Entgiftung über das Bauchfell (Peritoneum) stattfindet - Peritonealdialyse
5	8-918	<= 5	Fachübergreifende Behandlung von Patienten mit lang andauernden Schmerzen
5	8-987	<= 5	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern

## B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

## B-[1].11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Kommentar / Erläuterung:
AA03	Belastungs-EKG/ Ergometrie	Auf einem für den Patienten abgestimmten Ergometer wird die individuelle körperliche Leistungsfähigkeit im Rahmen einer Leistungsdiagnostik per Stufen- oder Dauertest untersucht.
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Die Elektroenzephalografie ist eine Methode der Diagnostik zur Messung der summierten elektrischen Aktivität des Gehirns durch Aufzeichnung der Spannungsschwankungen an der Kopfoberfläche.
AA11	Elektromyographie (EMG)/ Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit	Elektrophysiologische Methode der Diagnostik in der Neurologie, bei der die elektronische Muskelaktivität gemessen wird.
AA12	Endoskop	Gerät zur Einsicht in das Organinnere.
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren (Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse)	Sie wird angewandt, wenn es zu einem Nieren- oder Leberversagen kommt. Die Dialyse ist neben der Nierentransplantation die wichtigste Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen und eine der Behandlungsmöglichkeiten bei akutem Nierenversagen.
AA27	Röntgengerät/ Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	Diagnosemethode zur Abbildung des Körperinneren, z.B. eingesetzt bei Verdacht auf Knochenbruch.
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät	Sonographie, auch Echographie oder Ultraschall genannt, ist die Anwendung von Ultraschall als bildgebendes Verfahren zur Untersuchung von organischem Gewebe.
AA31	Spirometrie/ Lungenfunktionsprüfung	Die Spirometrie ist ein Verfahren zur Messung und Aufzeichnung des Lungen- bzw. Atemvolumens.
AA00	Sonstige	Monitoring ( Herzfrequenz, Atemfrequenz, Blutdruck, Sauerstoffsättigung) [24h verfügbar]

Nr.	Vorhandene Geräte:	Kommentar / Erläuterung:
AA00	Langzeit-EKG	Die kontinuierliche EKG-Registrierung über 24 Stunden mit Hilfe tragbarer Aufzeichnungsgeräte, die auch Durchblutungsstörungen des Herzens aufdecken können. [24h verfügbar]
AA00	Langzeitblutdruckmessung	Die Langzeitblutdruckmessung an Armen und Beinen mit Feststellung der absoluten Blutdruckspitzen und des Tag-Nacht-Rhythmus. [24h verfügbar]
AA00	MotoMed	Gerät zur unterstützenden Bewegungstherapie. [24h verfügbar]
AA00	Labor	Untersuchungen von Blut- und Urinproben zur weiteren Diagnostik (Routinelabor, Hormonbestimmung, Spezialdiagnostik. [24h verfügbar]

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

### **B-12.1 Ärzte:**

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

5

#### **Davon Fachärzte:**

3

#### **Belegärzte (nach § 121 SGB V):**

0

#### **Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Bezeichnung:	Kommentar / Erläuterungen:
ZF09	Geriatric	Unser Ziel ist es, Ihre größtmögliche Selbstständigkeit zu erreichen. Dafür haben wir ein übergreifendes Konzept entwickelt: Ärzte, Pflegepersonal und Therapiebereiche arbeiten als Geriatisches Team Hand in Hand. Auch Angehörigenschulungen gehören zum Therapieprogramm dazu.

### **B-12.2 Pflegepersonal:**

#### **Pflegekräfte insgesamt:**

28

#### **Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und**

#### **Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung):**

20

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

20

**B-12.3 Spezielles therapeutisches Personal:**

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar:
SP01	Altenpfleger	<p>In unserem Geriatrischen Team bieten wir unter anderem auch einen Altenpfleger. Dessen Tätigkeitsfeld umfasst neben Alltagspflege und medizinisch delegierten Aufgaben spezielle Bereiche, wie die Berücksichtigung der Biographie des Patienten, die speziellen Möglichkeiten, die sich aus ihr bei psychischen Veränderungen ergeben. Desweiteren die palliative Pflege, deren Pflegeziel nicht mehr die Heilung, sondern die Erhaltung einer möglichst hohen Lebensqualität bis zum Tod ist.</p>
SP04	Diätassistenten	<p>Die DIANA-Klinik verfügt über eine eigenständige Abteilung für Diät- und Ernährungsberatung, die fachübergreifend für die gesamte Klinik zuständig ist. Neben einer optimalen Krankenhausernährung bieten wir eine ernährungsmedizinische Aufklärung und Versorgung nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft.</p> <p>Somit gewährleisten wir durch Versorgeleistungen (Diätkostformen) und Therapieleistungen (strukturierte Schulungsprogramme) eine umfassende Patientenbetreuung /-beratung.</p>
SP05	Ergotherapeuten	<p>Die Ergotherapie bietet Aktivitäten des täglichen Lebens wie Küchen- und Selbsthilfetraining, wobei motorische und kognitive Anteile je nach notwendiger Gewichtung integriert werden.</p> <p>Wir erstellen für Sie Ihr individuelles Therapiekonzept, das sich nach den Befunden der ärztlichen Untersuchung richtet. Je nach Indikation führen wir die Therapie in Einzel- oder Gruppentherapie durch..</p>
SP14	Logopäden	<p>In unserer therapeutischen Abteilung für Sprachtherapie arbeiten Klinische Linguistinnen und Logopädinnen mit Patienten zusammen, die aus unterschiedlichen Gründen Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen haben.</p> <p>Neigt sich die Therapie ihrem Ende zu, helfen wir gegebenenfalls bei der Vermittlung einer weiterführenden Therapie in Wohnortnähe.</p>

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar:
SP15	Masseure/ Medizinische Bademeister	<p>Die Physikalische Therapie bezeichnet Maßnahmen, die die Funktion des Organismus durch physikalische Einwirkungen gezielt beeinflussen.</p> <p>Darüber hinaus setzen unsere Therapeuten ihr Wissen und ihre Erfahrung bei verschiedenen Packungen, Massagen sowie der großen Palette der Medizinischen Bäder ein.</p> <p>Alle Anwendungen dienen in erster Linie dazu, die unterschiedlichsten Schmerzformen zu lindern und die Funktionen von Organen und Organsystemen zu verbessern.</p>
SP21	Physiotherapeuten	<p>In unserer krankengymnastischen Abteilung erhalten die Patientinnen und Patienten je nach Bedarf Gruppen- oder Einzeltherapie. Die erfahrenen Therapeutinnen und Therapeuten haben Zusatzausbildungen wie manuelle Therapie, Brügger, Klein-Vogelbach, E-Technik, Bobath und PNF.</p> <p>Begleitpersonen können ambulant unser vielfältiges Angebot nutzen.</p>
SP25	Sozialarbeiter	<p>Der Sozialdienst im Krankenhaus hat die Aufgabe, persönliche und soziale Probleme der Patienten aufzugreifen und zu einer angemessenen Lösung beizutragen.</p> <p>Dazu gehört unter anderem die Unterstützung bei der Suche nach einem Heimplatz, Rehaplatz oder einer ambulanten Krankenpflege.</p> <p>Die Mitarbeiter unterstützen bei der Beantragung von Hilfsmitteln und beraten Patienten sowie deren Angehörige.</p>
SP00	Seelsorger	<p>Die Klinikseelsorge lädt zu Einzelgesprächen und Gruppenarbeit ein. Ein „Raum der Stille“ bietet die Möglichkeit zur Sammlung und Konzentration.</p>

# Teil C - Qualitätssicherung

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

### **C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate**

Leistungsbereich:	Fallzahl:	Dokumentationsrate in %:	Kommentar:
Ambulant erworbene Pneumonie	<20	100,0	Die ambulant erworbene Pneumonie (Lungenentzündung) ist eine der häufigsten registrierten Infektionserkrankungen weltweit mit einer Gesamtsterblichkeit von etwa 11 % (Höffken et al. 2005) . In Deutschland erkranken jährlich etwa 350.000 bis 500.000 Einwohner an einer ambulant erworbenen Pneumonie (Classen et al. 2003) . Die Sterblichkeit liegt bei ca. 6-8%. Sowohl die Pneumonie-Sterblichkeit als auch die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung sind altersabhängig.
Gesamt	<20	100	

### **C-1.2 A Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8 = Ergebnis unauffällig, kein Strukturierter Dialog erforderlich

1 = Krankenhaus wird nach Prüfung als unauffällig eingestuft

6 = Krankenhaus wird nach Prüfung als positiv auffällig, d. h. als besonders gut eingestuft

2 = Krankenhaus wird für dieses Erhebungsjahr als unauffällig eingestuft,

in der nächsten Auswertung sollen die Ergebnisse aber noch mal kontrolliert werden

3 = Krankenhaus wird ggf. trotz Begründung erstmals als qualitativ auffällig bewertet

4 = Krankenhaus wird ggf. trotz Begründung wiederholt als qualitativ auffällig bewertet

5 = Krankenhaus wird wegen Verweigerung einer Stellungnahme als qualitativ auffällig eingestuft

9 = Sonstiges

0 = Derzeit noch keine Einstufung als auffällig oder unauffällig möglich,

da der Strukturierte Dialog noch nicht abgeschlossen ist

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

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

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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

DMP, an dem teilgenommen wird:	Kommentar / Erläuterung:
--------------------------------	--------------------------

DMP, an dem teilgenommen wird:	Kommentar / Erläuterung:
Diabetes mellitus Typ 1	Beitritt zum DMP wurde in 2004 erklärt.
Diabetes mellitus Typ 2	Beitritt zum DMP wurde in 2004 erklärt.

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

# Teil D - Qualitätsmanagement

## D-1 Qualitätspolitik

### D-1 Qualitätspolitik

Oberstes Ziel der allgemeinen Unternehmenspolitik der Diana Klinik Bad Bevensen ist die Bestandssicherung des Hauses und der Arbeitsplätze. Weil eine aktive und innovative Qualitätspolitik eine unabdingbare Voraussetzung ist im zunehmend stärkeren Wettbewerb zu bestehen, ist die Qualitätspolitik ein zentraler Bestandteil und Kernanliegen der Unternehmenspolitik in der Diana Klinik. Deshalb hat die Qualitätspolitik eine hohe Wertigkeit im Arbeitsalltag und wird von der Unternehmensleitung nachhaltig gefordert und gefördert.

Ziel der Behandlung in allen Abteilungen der Klinik ist die vollständige oder teilweise Rückführung der Funktions- und Fähigkeitsstörungen und die Reduzierung deren negativer Auswirkungen auf die gesellschaftliche Situation dieser Patienten. Die Behandlungskonzepte berücksichtigen dabei die körperlichen, seelischen wie auch psycho-sozialen Beeinträchtigungen und Belastungsfaktoren.

Wie im Klinikleitbild beschrieben, wird bei der Behandlung neben der Fachkompetenz der Mitarbeiter besonderer Wert auf das Verständnis, die Akzeptanz und die Zufriedenheit der Patienten im Laufe des Behandlungsprozesses gelegt weil nur unter den Prämissen eines ganzheitlichen Anspruchs ein erfolgreicher Therapieverlauf möglich ist.

Bereits Ende 2001 hat die Diana Klinik gemeinsam mit 8 Kliniken des "Verbundes Norddeutscher Rehakliniken" (VNR), dessen Mitglied sie ist, ein Qualitätsmanagement implementiert, das dann erstmals im Jahre 2003 nach DIN EN ISO 9001:2000 und DEGEMED (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation), sowohl für den Akutbereich als auch für den Rehabilitationsbereich zertifiziert wurde. Die Re-Zertifizierung wurde im Jahr 2006 erreicht.

Die im 3-Jahres-Rhythmus zu wiederholenden Zertifizierungen führen dazu, dass unsere Qualitäten im Hinblick auf die Strukturen, Prozesse, Ergebnisse (z.B. die Therapiekonzepte) kontinuierlich hinterfragt und weiterentwickelt werden. So hat sich das Qualitätsmanagement nach und nach zum integralen Bestandteil des täglichen Handelns in der Mitarbeiterschaft entwickelt. Dies ist u.a. an den immer wieder neuen Projektgruppen festzumachen. Dazu zählt auch das Hinterfragen bzw. die Auswertung z.B.

der Behandlungsprozesse inklusive Therapiestandards nach aktuellem wissenschaftlichen Sachstand,

- der permanenten Patientenbefragung mit monatlicher Auswertung und Benchmark mit 8 Mitgliedshäusern des VNR; die Auswertungen werden allen Mitarbeitern im Intranet bekannt gegeben,
- der gesetzten Qualitätsziele; jährlich werden durch zwei entsprechend ernannte Mitarbeiter von den Bereichsleitern die Qualitätsziele abgefragt und auf deren Umsetzungsgrad geprüft.

Neben der medizinische, pflegerischen und therapeutischen Aufgabenerfüllung wird dem subjektiven Erleben des Behandlungsprozesses durch den Patienten (und seiner Besucher), also dem Wohlfühlen in unserem Hause, für dessen Erreichen jeder einzelne Mitarbeiter mitverantwortlich ist, eine hohe Bedeutung zugemessen. So werden auf den Stationen nach und nach die Patientenzimmer völlig neu ausgestattet u.a. mit Intranetzugang und Kühlschränken. Diese Erneuerung wird nach den wirtschaftlichen Möglichkeiten fortgesetzt. Im Patientenrestaurant wurde ein von zwei Seiten begehbare Speisenbuffet eingerichtet und das Ambiente allgemein verbessert z.B. durch Raumteiler u.a.m. Es wurde eine Hausdame eingestellt. Sie hat u.a. die Aufgabe das Ambiente der Klinik in Richtung Hotelcharakter zu verbessern. Den Patienten wird ein abwechslungsreiches Freizeitprogramm geboten, das regelmäßig und rechtzeitig bekannt gegeben wird.

Im VNR hat sich eine Arbeitsgruppe (AG) aus den Qualitätsmanagementbeauftragten aller Mitgliedshäuser etabliert. Diese AG erarbeitet konsequent qualitätsrelevante Projekte. Abgeleitet aus den Ergebnissen der Patientenbefragung, ist beispielsweise aus dieser AG heraus in den Mitgliedshäusern je ein Gesundheitsbildungsbeauftragter ernannt, dessen Aufgabe es ist, ein Gesundheitsbildungsprogramm zu erarbeiten und es auch umzusetzen. Danach hat sich die Patientenbewertung dieses Behandlungsteilprozesses bereits verbessert. Ein weiteres Beispiel dieser AG aus dem Jahr 2006 ist die Erarbeitung eines Ziele-Fragebogens nach ICF-Kriterien (International Classification of Functioning, Disability and Health; 2001). Darin ist die Gesundheit eines Menschen durch den Zustand der Körperstruktur und Körperfunktionen, die ihm möglichen Aktivitäten und seinen Fähigkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe definiert. Der Zielefragebogen wird in unserem Hause in den Abteilungen Geriatrie, Orthopädie und Neurologie eingesetzt. Es werden darin die Behandlungsziele des Patienten abgefragt und am Ende des Aufenthaltes die Zielerreichung abgeglichen. Eine Auswertung ist für das Jahr 2008 geplant.

Die Abteilung Akutgeriatrie nimmt an der bundesweiten GEMIDAS-Studie teil. Die Abteilungen Orthopädie, Neurologie und Psychosomatik nehmen an den Qualitätssicherungsprogrammen der Rentenversicherer teil (Patientenbefragung, Peer Review Verfahren, Dokumentation der KTL-Leistungen [Katalog Therapeutischer Leistungen]). Die Qualitätspolitik wird den Mitarbeitern u.a. in regelmäßigen Bereichsleitersitzungen transparent gemacht. Im Jahre 2006 fand darüber hinaus eine Informationsveranstaltung zum Qualitätsmanagement für alle Mitarbeiter statt. Diese Veranstaltung setzte sich fort in 4 Workshops an der über 100 Mitarbeiter teilnahmen. Die Ergebnisse des Workshops wurden den Bereichsleitern zur Bearbeitung per Intranet bekannt gemacht. Aus den Workshopergebnissen sind Arbeitsgruppen entstanden, so z.B. eine AG zur besseren Organisation der Hilfsmittel im Haus. Als Ergebnis daraus wurde ein zentrales Hilfsmittellager eingerichtet, das

als sehr vorteilhaft von den Mitarbeitern bewertet wird. Auch im Jahre 2007 wurden die Fortbildungsveranstaltungen für Mitarbeiter zum Thema *Patientenorientierung* und *Führungsverantwortung* in mehreren Workshops fortgesetzt. Im Pflegebereich werden seit 2005 jährlich regelmäßig strukturierte Personalentwicklungsgespräche durchgeführt. Die Resonanz der Mitarbeiter ist sehr positiv. Weitere Bereiche wollen sich zukünftig anschließen.

Die Fortbildung der Mitarbeiter, als wesentliche Grundlage zur Erreichung der Behandlungsziele, wurde intensiviert. Beispiele: Der Pflegebereich nutzt die Kooperation mit der Grone-Schule (Institut für Weiterbildung) für vielfältige Qualifizierungsmaßnahmen. Für die Ärzte wurden Fortbildungsveranstaltungen zur Notfallmedizin mit externen Referenten durchgeführt. Die Therapeuten nehmen ebenfalls an fachspezifischen Fortbildungen teil.

Unsere QM-Koordinatorin, Frau Dr. Bender, schult die Mitarbeiter jährlich in 6 Informationsveranstaltungen zum Thema *Qualitätsmanagement*.

Es sind 2 Fortbildungskordinatoren ernannt, die die Aufgaben haben, den Fortbildungsbedarf und Fortbildungsangebote von den Bereichsleitern abzufragen - nach dem Motto „von den Mitarbeitern für die Mitarbeiter“ - und ein strukturiertes Fortbildungsprogramm zu erarbeiten und zu pflegen. Daraus ist das *Bildungsportal (BiPo)* entstanden, das allen Mitarbeitern über das Intranet zugänglich ist.

Die Abteilung Neurologie veranstaltet jährlich für interessierte Bürger einen *Schlaganfalltag* mit speziellen Themen.

Die externen jährlichen Zwischenaudits bestätigen die positive Entwicklung unseres Qualitätsmanagements. Im Jahre 2007 wurde uns wiederholt ein erheblicher Innovationsschub in dieser Richtung bestätigt. Das ist uns Herausforderung und Verpflichtung auf diesem Weg weiter zügig und mit großem Engagement voranzuschreiten.

## Unternehmensleitbild

### ***Der Patient steht immer im Mittelpunkt unserer Arbeit***

Als ein Dienstleister im Gesundheitswesen erfüllen wir im Rahmen des Behandlungsauftrages die Erwartungen und Wünsche unserer Patienten. Dabei hat Zugewandtheit, Hilfsbereitschaft und fachliche Kompetenz gegenüber dem Patienten höchste Priorität. Besondere Wünsche werden nach Möglichkeit erfüllt, Kritik und Anregungen werden erfasst und nach Möglichkeit berücksichtigt.

Kontinuierliche Verbesserung, ständige Anpassung an neue Erkenntnisse und Rahmenbedingungen sind fester Bestandteil im Unternehmen und werden von allen Mitarbeitern getragen.

Durch intensive Zusammenarbeit und Abstimmung aller Berufsgruppen in einem Team können unter Berücksichtigung von individuellen Therapiezielen bestmögliche Behandlungsergebnisse erreicht werden. Außerdem bestimmt das wertschätzende Umgehen miteinander die positive Atmosphäre im Hause und wirkt sich ebenso positiv auf die Patienten aus.

Auch sind Selbständigkeit und Verantwortungsbewußtsein jedes einzelnen Mitarbeiters gefragt; trotz einer organisatorischen Aufgaben- und Zuständigkeitsverteilung ist ein flexibles und kein starres Handeln im Sinne des unternehmerischen Erfolges eine gelebte Prämisse.

Unser Behandlungsziel ist das „Wiederfähigmachen“ für die Anforderungen des täglichen Lebens. Um den Erwartungen unserer Patienten gerecht zu werden, werden Medizin, Therapie und Pflege im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung erbracht. Ziel der Behandlung ist sowohl in der Akutgeriatrie als auch in den Rehabilitationsbereichen mit Hilfe zur Selbsthilfe, die Lebensqualität zu verbessern und den Patienten schnellstmöglich wieder in das vertraute soziale Umfeld oder Arbeit und Beruf zu integrieren.

Die Kostenträger sowie einweisende Ärzte und Krankenhäuser sehen wir als Kooperationspartner. Hier und auch bei den nachbehandelnden Ärzten besteht eine konstruktive Zusammenarbeit. Ebenso pflegen wir eine aktive Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, so dass ein ständiger Erfahrungsaustausch auch hier zielführend genutzt wird.

Durch die Einführung und Umsetzung eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems ist eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung gegeben. In Arbeitsgruppen und anderen Qualitätsgremien werden bestimmte Aspekte/Probleme thematisiert, nach gegebenen Möglichkeiten werden Patientenwünsche und -anregungen berücksichtigt.

## **D-2 Qualitätsziele**

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

In jährlich stattfindenden internen und externen Audits, an denen MitarbeiterInnen aus allen Bereichen des Hauses teilnehmen, werden u.a. die erreichten Ziele und die zukünftigen Ziele dargestellt und besprochen. Die Ergebnisse der internen Audits werden der Geschäftsführung durch den Qualitätsbeauftragten mitgeteilt. Ergebnisse aus den externen Überprüfungen (Überwachungsaudits und Rezertifizierungen) werden der Geschäftsführung jährlich schriftlich von dembeauftragten Zertifizierungsunternehmen übermittelt und anschließend ausgewertet. Entsprechende Maßnahmen im

Sinne des PDCA-Zyklus veranlasst die Geschäftsführung dann in Zusammenarbeit mit dem QM-Stab (QM-Koordinatorin, QM-Beauftragter, Moderatoren und Auditoren) unseres Hauses.

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

Die Qualitätsziele der verschiedenen Bereiche werden jährlich zu Beginn des Jahres in kontinuierlich stattfindenden bereichsinternen Besprechungen verbindlich festgelegt und schriftlich an den QM-Beauftragten weitergeleitet. In bereichsinternen und bei Bedarf interprofessionellen Arbeitsgruppen werden diese dann umgesetzt.

Die Ergebnisse der gesamten Arbeit werden in jährlich stattfindenden internen Audits kommuniziert und unterliegen einem kontinuierlichen Verbesserungsprozeß (PDCA-Zyklus).

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

### **QM-Strukturen:**

QM-Stabsstellen:

- Frau Dr. Bender, Qualitätsmanagement-Koordinatorin
- Herr Krüger, Qualitätsmanagement-Beauftragter

Kommission:

- Qualitätsmanagement-Moderatoren (6 Mitarbeiter in interdisziplinärer und interprofessioneller Zusammensetzung)

Der QM-Beauftragte lädt vierzehntägig, bei Bedarf wöchentlich, die QM-Koordinatorin und die QM-Moderatoren zu einer "Moderatorensitzung" ein. Aus diesen Sitzungen heraus werden gezielt Projekt- und Arbeitsgruppen unter Beteiligung von

MitarbeiterInnen aller Fachbereiche zur Erledigung von Aufgaben gebildet. Diese 8-Köpfige Gruppe hat die Hauptfunktion QM-Maßnahmen zu planen, durchzuführen, zu kontrollieren und ggf. anzupassen.

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

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

### PFLEGESTANDARDS

Pflegestandards liegen in Form eines ausführlichen Pflegehandbuches vor. Alle Mitarbeiter sind verpflichtet, danach zu handeln, kontinuierlich Verbesserungen einzubringen und damit die Aktualität zu gewährleisten. Jeder Mitarbeiter im Pflegebereich hat die Kenntnisnahme durch Unterschrift zu dokumentieren. In den Pflegestandards sind die Expertenstandards Dekubitus, Schmerz- und Sturz integriert. Zu diesen Expertenstandards gibt es eine Arbeitsanweisung.

### DEKUBITUSPROPHYLAXE

Die Anwendung des Expertenstandards wird bei Aufnahme des Patienten (Sturz- und Dekubitusprophylaxe) durch das Pflegepersonal überprüft. Die Dekubituserfassung findet durch das aufnehmende Pflegepersonal anhand der Nortonskala statt.

### STURZPROPHYLAXE

Das Sturzrisiko wird bei Aufnahme in der entsprechenden Dokumentation erfasst. Die Patienten erhalten Informationsmaterial (Flyer) sowie eine persönliche Aufklärung durch die aufnehmende Pflegekraft.

### **Beschwerdemanagement:**

Um Beschwerden und Verbesserungsvorschläge von unseren Patienten zeitnah bearbeiten zu können, hat sich in der Diana Klinik ein strukturiertes Beschwerdemanagement etabliert. Beschwerden/Anregungen werden nach Möglichkeit direkt von den Bereichsleitungen abgearbeitet. Ist dieses nicht möglich, gehen diese als Inhalt eines im Dokumentenmanagement eingepflegten Formulars zur umgehenden Bearbeitung an die zentrale Beschwerdestelle (Sekretariat der Geschäftsführung) des Hauses. Dort werden in enger Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung geeignete Maßnahmen ergriffen, um den Anregungen der Patienten nachzukommen. Zuvor werden durch gezielte Telefonate des QMB (auch mit schon abgereisten Patienten) oder in persönlichen Gesprächen mit den Verfassern der Beschwerde- und Anregungsschreiben Sachverhalte zeitnah geklärt. Diese Vorgehensweise führte in der Vergangenheit und bis heute zu einer positiven Resonanz bei den Patienten, weil sie sich auf diese Weise mit ihrem Anliegen ernst genommen sehen.

### **Patienten-Befragungen:**

Mit jedem Patienten werden im Rahmen des Aufnahmegesprächs die Behandlungsziele besprochen und dokumentiert. Im Entlassungsgespräch wird abgeglichen, ob oder in wieweit die eingangs besprochenen Ziele erreicht wurden und /oder welche Maßnahmen in der Nachbehandlung zur Stabilisierung des Behandlungserfolges möglich sind. Speziell für unsere Rehabilitationspatienten wurde ein sog. Zielefragebogen nach den ICF-Prinzipien (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) entwickelt.

Seit Sommer 2006 werden Fragebögen (33 Fragen) zur Erfassung der individuellen Behandlungsziele von den Ärzten der Geriatrie, Orthopädie und Neurologie ausgefüllt. Dieser Fragebogen mit den individuellen Patientenzielen ist allen Therapeuten und der Pflege zugänglich. Die definierten Behandlungsziele werden somit dem Patienten und dem Behandlungsteam während des gesamten Behandlungsprozesses transparent gemacht, auf Fortschritte geprüft und die Therapie ggf. entsprechend angepasst. Am Ende des Aufenthaltes wird vom Arzt im Abschlussgespräch mit dem Patienten überprüft, ob die Ziele erreicht oder nicht erreicht (Skala in fünf Stufen) worden sind. Am Ende dieser Kette werden die Fragebögen zentral statistisch erfasst und zur Ergebniskontrolle ausgewertet.

### **Mitarbeiter-Befragungen:**

Seit 2006 werden Personalentwicklungsgespräche in den Bereichen EDV und Pflege durchgeführt. Einmal jährlich führt der/die Vorgesetzte mit der/dem direkt zugeordneten MitarbeiterIn ein strukturiertes Personalentwicklungsgespräch (PE) als Einzelgespräch durch. Das Gespräch findet auf der Basis von eindeutiger, aufrichtiger und wertschätzender Kommunikation

statt.

Personalentwicklungsgespräche (PE) sind ein wichtiges Instrument im Rahmen einer umfassenden Personalentwicklungskonzeption.

Ziele der Personalentwicklungsgespräche sind u.a.

- Die Fähigkeiten und Kenntnisse der MitarbeiterInnen gezielt zu fördern und weiter zu entwickeln.
- Die Motivation und die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen.
- Durch einen konstruktiven Dialog zwischen Vorgesetzten und MitarbeiterInnen die Kommunikation zu verbessern.
- Soweit möglich beidseitig akzeptierte Zielvereinbarungen getroffen und damit Sicherheit im Hinblick auf die zukünftige Zusammenarbeit geschaffen.
- Die direkte Zusammenarbeit zwischen Vorgesetzten und MitarbeiterInnen zu optimieren.
- Die Grundlage für eine gezielte Personalplanung und Berufslaufbahnförderung zu legen, wo eine solche Möglichkeit besteht.

Das Personalentwicklungsgespräch hat folgende Inhalte:

1. Rückschau auf die Ergebnisse des letzten Jahres
2. Aktuelle Situation und Feedback zur Zusammenarbeit
3. Vorausschau mit Zielvereinbarungen, Förderung und Qualifikationsmaßnahmen.

In einem Ergebnisprotokoll werden die Zielvereinbarungen, auch unterschiedliche Auffassungen, dokumentiert und von beiden Seiten verbindlich Unterscriben. Dieses Instrument wird von den Mitarbeitern positiv bewertet.

## **Hygienemanagement:**

Hygienemanagement - Hygieneplan

Zur Beratung und Unterstützung der Klinikleitung ist eine Hygienekommission etabliert. Diese setzt sich wie folgt zusammen:

- Geschäftsführung,
- ärztl. Leitung und Chefärzte,

- Pflegedienstleitung,
- hygienebeauftragter Arzt,
- Hygienefachkraft,
- Betriebsarzt
- ...und themenspezifisch auch verschiedene Bereichsleitungen.

Die Aufgaben der Hygienekommission:

- Analyse der hygienischen Verhältnisse und ggf. der Krankenhausinfektionen.
- Festlegung der erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Hygienrisiken und Infektionen unter Einbeziehung therapeutischer Maßnahmen.
- Hygienekontrollen in der Ver- und Entsorgung des Krankenhauses.
- Mitwirkung bei der Planung und Beschaffung technischer und baulicher Einrichtungen, sowie sonstiger Ausstattungen.
- Mitwirkung bei der Aufstellung von Organisationsplänen zum Funktionsablauf in verschiedenen Krankenhausbereichen soweit Hygieneanforderungen tangiert sind.
- Mitwirkung bei der Fortbildung des Personals auf den Gebieten der Hygiene.

In einem umfangreichen Hygieneplan/Hygienemanagement sind folgende Themen/Punkte detailliert beschrieben:

- Personalhygiene,
- Desinfektionsmaßnahmen,
- Lagerung und Umgang mit Sterilgut,
- Infektionsprävention,
- Maßnahmen bei unterschiedlichen Tätigkeiten (Verbandwechsel, Katheterismus, Infusionen ...),
- Hygienische Maßnahmen in speziellen Fachbereichen (Labor, Röntgen, Physiotherapie ...),
- Ver- und Entsorgung,
- die Hygieneansprechpartner der verschiedenen Bereiche.

**Sonstige:**

## Der Patientenfragebogen

Die Klinik hat ihre Kunden definiert und verschiedene Verfahren zur Ermittlung der Kundenzufriedenheit eingeführt. Zur Ermittlung der Patientenmeinung werden kontinuierliche Patientenbefragungen mittels eines standardisierten Patientenfragebogens durchgeführt. Daraus erfolgt zunächst intern und zeitnah eine Umsetzung von nachvollziehbaren Anregungen und Verbesserungsmaßnahmen. Nach diesem Schritt werden die Patientenfragebögen extern ausgewertet. Die Ergebnisse kommen als Benchmark mit 8 weiteren Kliniken zurück und werden intern über das Medium Intranet allen Mitarbeitern zugänglich gemacht. Das etablierte Beschwerdemanagement wurde in den Zertifizierungen als effizient bewertet.

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

### **1. Projekt Bauliche Maßnahmen - Modernisierung und Erneuerung**

Die Diana Klinik besteht seit dem Jahre 1974. In einem ständigen Prozess der Veränderung und Verbesserung stellt sich die Klinik auch räumlich den sich ändernden Wünschen und Erwartungen der Patienten. Eines der Ziele ist, räumlich den medizinischen, arbeitstechnischen und ästhetischen Anforderungen zu entsprechen. So wurden in den Jahren 2006 und 2007 umfangreiche Modernisierungs- und Erneuerungsmaßnahmen folgen lassen.

Beispiele:

- Modernisierung von 89 Patientenzimmer (Möblierung, Internet-Anschluss, Kühlschrank, Hotelstandard).
- Erneuerung von 59 Balkonen.
- Modernisierung von 98 Sanitärbereiche.
- und die Modernisierung des Speiseraums.
- Diverse technische Erneuerung ( Dampfesselanlage, EDV-gestützte Energiesteuerung, Kühlturm, Lüftungsanlage etc.)

Beteiligt an diesen Maßnahmen sind die hauseigene technische Abteilung wie auch externe Firmen. Die hauseigene Technik mit den Gewerken Tischlerei, Malerei, Elektrowerkstatt, Installateure und Gärtner übernehmen die Gebäude- und Geländepflege. Aus unseren Patientenfragebögen ist zu erkennen, dass sich diese Maßnahmen auf das Wohlbefinden der Patienten positiv auswirken.

### **2. Projekt Fort- und Weiterbildung - Mitarbeiterentwicklung**

Eines unserer wichtigsten Anliegen ist die Fort- und Weiterbildung, auch bzw. im besonderen, mit internen Schulungsmaßnahmen der Mitarbeiter aller Bereiche.

Um dieses überschaubar und strukturiert durchführen zu können, wurde ein entsprechendes Koordinierungsinstrument geschaffen. Es ist ein über das Intranet für alle Mitarbeiter zugängliches Portal geschaffen, in dem sämtliche Schulungsmaßnahmen dargestellt werden: Das *Bildungsportal Diana Klinik, Bipo DK*.

Zwei Mitarbeiter sind unter anderem damit beauftragt dieses zu pflegen, Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen zu sammeln und darüber hinaus zu Schulungen anzuregen.

Beispiele aus dem Fortbildungsprogramm:

- 5 Workshops zum Thema *Patientenorientierte Kommunikation*. Teilnehmer (rd. 90) aus allen Bereichen.
- 3 Workshops zum Thema *Führungsverantwortung*. Teilnehmer: Bereichsleitungen, Stationsleitungen, Chef- und Oberärzte
- Diverse interne Schulungs- und Fortbildungsangebote:

*Von Mitarbeiter für Mitarbeiter:* Notfallschulungen, Brandschutzunterweisungen, Ärzteschulungen gem. DGN-Richtlinien, div. Schulungen im medizinisch-therapeutischen Bereich etc.

*Von Mitarbeiter für Patienten:* Erweiterung der *Gesundheitsschulungsangebote* -> z.B. Raucherentwöhnung...  
Betreuungsrecht, Pflegeversicherung diverse medizinische Arztvorträge, Ernährungsberatung, fachspezifische Vorträge und Seminare der Ärzte zu verschiedenen Themen.

*Von Extern für Mitarbeiter:* Hygieneschulungen, Infektionsschutz, diverse Schulungen der Grone Schule im Rahmen des Projekts *Fort- und Weiterbildung für Pflege und Management* etc.

Im vierten Quartal 2007 geplant:

- Bereichsleiter- und Betriebsräteschulung durch die Drogenberatungsstelle Lüneburg zum Thema *Was sage ich, nachdem ich "guten Tag" gesagt habe?*
- Veranstaltung der VNR-Fortbildungsakademie für Rehabilitation zu den Themen *Information zu Insulininjektion unter Berücksichtigung der neuen Nadelstichschutzverordnung, ICF-Kriterien und ihre praktische Umsetzung*
- Mitarbeiterschulung der EDV-Abteilung zu den Themen *MS Word und MS Excel*

Nach Einführung dieser für alle einsehbaren Plattform, hat sich eine erhöhte Betriebszufriedenheit unter den Mitarbeitern

durch diese verbesserte Transparenz gezeigt. Mitarbeiter geben vermehrt ihr Spezialwissen an Kollegen weiter. Das Zusammengehörigkeitsgefühl zeigt sich gestärkt. Termine, Konferenz- und Schulungsräume sind einfacher zu planen. In der Planung ist, das Bipo DK auch für Dritte außerhalb der Klinik zugänglich zu machen.

### **3. Projekt Erweiterung und Erneuerung der Geräteausstattung**

Die Ansprüche der Patienten, einweisenden Ärzte, Kliniken und der Kostenträger verändern sich von Jahr zu Jahr. Um diesen auf therapeutischen und diagnostischen Ebene gerecht zu werden und um das Angebot zu vergrößern, wurden verschiedene Erweiterungen und Erneuerungen der vorhandenen Geräteausstattung im Bereich der Therapie und der hauseigenen Diagnostikabteilung vorgenommen.

#### **Trainings- und Therapiegeräte:**

- Vollständige Erneuerung, EDV-gestützte Trainingsgeräte der Marke Frei Aktiv Reha-Systeme Genius Eco in der medizinischen Trainingstherapie: Funktionsstemma, Kniestrecke, Kniebeuger, Bauchtrainer, Rückentrainer, Rumpfpotator, Schulterrotator, Haltungsverstärker, Rudermaschine, Zugapparat
- Beschaffung von 3 Medi-Jet Massageliegen für die Physikalische Therapie, ein Wohlfühlangebot für Patienten.
- Beschaffung von 7 Medi-Swing Trampoline für die Physiotherapie, die Einführung einer neuen Therapieform.
- Beschaffung von Knie-, Schulterschienen und Motomed-Geräten für die Physio- und Physikalische Therapie zur Erweiterung des Geräteparks und Modernisierung von vorhanden Therapiegeräten.

#### **Diagnostik:**

- Einrichtung von 2 Diagnostikplätzen in der Psychosomatik zur Einführung einer neuen Diagnostikform.
- Beschaffung eines neuen Duplex-Sonografiegerätes.
- Beschaffung einer neuen Laborsoftware mit Stationskommunikation.

Die Modernisierung und Erweiterung des therapeutischen und diagnostischen Gerätebestands hat dazu geführt, die Patientenzufriedenheit zu steigern (Ergebnis aus den Patientenfragebögen).

### **4. Projekt Einrichtung eines zentralen Hilfsmittelagers**

Aufgrund der Größe der Diana Klinik und des breiten Behandlungsspektrums ist es unumgänglich, einen sehr großen Pool an Hilfsmittel vorzuhalten. Uns hat sich in 2006 gezeigt, dass die eigenständige Verwaltung dieser Hilfsmittel durch Pflege-

und Therapieabteilungen zunehmend unüberschaubar wurde. Dieses hat uns zu dem Entschluss veranlasst, ein zentral verwaltetes Hilfsmittellager zu etablieren.

Nach Bildung einer Arbeitsgruppe, zusammengesetzt aus Mitarbeitern der Pflege, der Therapie, der Technik und des QM hat zuerst eine Bestandsaufnahme statt gefunden. Vorrangig ging es um Rollstühle, darunter auch Spezialtransportstühle, Rollatoren und andere Gehräder.

Das Zentrale Hilfsmittellager gestaltet / strukturiert sich nun wie folgt:

- Gereinigte und technisch einwandfreie Hilfsmittel werden in einem zentralen Depot (Lagerraum, Waschraum, Werkstatt) verwahrt und verwaltet.
- Mitarbeiter aus Pflege und Therapie fordern aus diesem Depot das benötigte Hilfsmittel an und bekommen dieses durch den Hausdienst geliefert bzw. holen dieses selbst.
- Das Hilfsmittel wird für die Dauer des Gebrauchs mit den Patientennamen gekennzeichnet.
- Nach dem der Patient abgereist ist, wird dieses Hilfsmittel wieder in das Lager verbracht, wo es gereinigt und technisch gewartet wird.

In den einzelnen Abteilungen wird jetzt lediglich das tatsächlich Notwendige gelagert.

Nach Einführung dieses Systems hat sich ergeben, dass:

- der Bestand an Hilfsmittel höher ist als allgemein angenommen wurde,
- die Hilfsmittel nun technisch und optisch in einem besseren Zustand sind
- die Nutzbarkeit sich verlängert,
- die Zuständigkeiten klar geregelt sind, und Mitarbeiter nicht mehr unnötig Zeit darauf aufwenden, Spezialgeräte im Haus zu suchen.

## **5. Projekt Verbesserung des Reinigungsdienstes durch qualifizierte Leitungsmitarbeiter**

Im zunehmenden Wettbewerb reicht es nicht, eine Klinik nur sauber zu halten. Die Ansprüche der Patienten, Kostenträger und Einweiser sind gestiegen. Unser Haus hat sich zum Ziel gesetzt, dem Ambiente unserer Kliniken nach und nach einen hotelähnlichen Charakter zu verleihen.

Um dieses umsetzen zu können wurden entsprechend qualifizierte und erfahrene Mitarbeiter aus der Hotelbranche gewonnen.

- Eine Hausdame aus der Hotelbranche des gehobenen Standards.

Eine ihrer Hauptaufgaben ist die Entwicklung des Ambiente in unserem Haus in Richtung Hotelcharakter.

Ihr unterstellt ist

- das Reinigungspersonal und der Hausdienst Ver- und Entsorgung.
- Eine Hausdamenassistentin ebenfalls aus der Hotelbranche mit gehobenem Standard.
- Eine Hausdamenassistentin aus dem eigenen Personal. Diese Mitarbeiterin hat zur Erfüllung ihrer Aufgaben ein Praktikum in einem Hotel des gehobenen Standards absolviert.

Nach Einführung dieser Personalstellen haben sich in unserem Haus schnelle und deutliche Veränderungen eingestellt:

- eine strukturierte und effizientere Einteilung des Reinigungspersonals,
- einen reibungsloseren Ablauf der Reinigung,
- einen homogenen Ablauf in der Ver- und Entsorgung,
- eine deutliche Annäherung an Hotelstandards in Bereichen Patientenzimmer, Restaurant, Empfangshalle, Aufenthalts- und Wartebereiche, Therapiebereiche.

Dieses wird uns von Patienten und Gästen die unser Haus schon seit Jahren besuchen positiv bestätigt.

## **6. Projekt Einrichtung von zwei Palliativplätzen angeschlossen an die Akutgeriatrie**

Für 2 Palliativbetten liegt das pflegerische und ärztliche Konzept bereits vor. Dafür ist eigens ärztliches und pflegerisches Personal speziell qualifiziert worden. Entsprechende Standards für Palliativpflege werden im Pflegehandbuch aufgenommen.

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

### **D-6 Qualitätsmanagement und dessen Bewertung**

Die Geschäftsführung der Diana Klinik ist als oberste Leitung verantwortlich für die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems. Zur konkreten Umsetzung sind ein Qualitätsbeauftragter sowie eine Qualitätskoordinatorin ernannt. Beide sind entsprechend qualifiziert. Sie erarbeiten in Abstimmung mit der Geschäftsführung die Voraussetzungen für die Umsetzung der Qualitätspolitik und wirken aktiv an der Umsetzung mit. Unterstützt werden sie durch QM-Moderatoren. Gemeinsam sind sie zuständig für die Fortentwicklung, Koordination und Realisierung der Qualitätsmaßnahmen.

Insbesondere werden folgende Aufgaben wahrgenommen

Sie sind Ansprechpartner für alle Mitarbeiter in Fragen des Qualitätsmanagements

- Koordination aller qualitätsrelevanten Maßnahmen
- Sie eruieren Qualitätsprobleme, die dann in der Moderatorengruppe oder ggf. in gesonderten Arbeitsgruppen bearbeitet werden
- Sie fordern bei Bedarf Bereichsleitungen auf, Mitarbeiter für QM-Aufgaben abzustellen
- Sie berichten in den Bereichsleitersitzungen über den Sachstand des Qualitätsmanagements
- Sie initiieren die jährliche Abfrage der Qualitätsziele bei den Bereichsleitern

und prüfen deren Umsetzungsgrad

- Der Qualitätsbeauftragte leitet und moderiert die regelmäßigen Sitzungen der Qualitätsmoderatoren

### **Qualitätsbewertung**

Mit der Vorbereitung auf die erste Zertifizierung im 2003 hat die systematische Arbeit zum Qualitätsmanagement (QM) in der Mitarbeiterschaft begonnen und wird seitdem als kontinuierlicher Verbesserungsprozess fortgesetzt. Im Jahre 2006 wurde die Re-Zertifizierung erfolgreich durchgeführt. Jährlich wird ein externes Zwischenaudit sowie interne Audits durchgeführt.

Mit den Abteilungen Neurologie, Orthopädie und Psychosomatik nimmt die Diana Klinik am Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung teil. So beteiligt sie sich an dem 5-Punkte-Programm und somit an regelmäßigen Erhebungen und

Auswertungen zur Strukturqualität und Patientenzufriedenheit, sowie an dem Peer Review-Verfahren. Mehrere Ärzte unserer Klinik sind wiederum als Peers/Bewerter anderer Kliniken tätig.

Mindestens einmal jährlich werden interne Audits durchgeführt durch die QM-Moderatoren und interne Auditoren. Die internen Auditoren sind speziell für diese Aufgabe ausgebildet worden.

Zentrales Anliegen war und ist, bei den Mitarbeitern die notwendige Akzeptanz für ein umfassendes QM zu erreichen und auch zu erhalten. Verschiedene Schulungsmaßnahmen sind seither in diesem Sinne durchgeführt worden. Die permanente Arbeit der QM-Moderatoren und diverse QM-Maßnahmen unterstützen dieses Ziel (s. nächster Punkt) ebenso wie die jährlichen internen und externen Audits.

## **Beispiele für die Realisierung qualitätsrelevanter Maßnahmen**

### **Mitarbeiterorientierung**

- Umsetzung einer einheitlichen Aktenordnung
- Erarbeitung eines QM-Flyers, in dem die Mitarbeiter über die Umsetzung oder Planung qualitätsrelevanter Maßnahmen informiert werden. Der Flyer erscheint viermal pro Jahr
- Ausgabe eines Fortbildungsheftes für jeden fest angestellten Mitarbeiter, in dem alle Fortbildungsmaßnahmen nachgewiesen werden (befindet sich in der Erprobungsphase)
- Strukturierte Personalentwicklungs-Gespräche begonnen im Pflegebereich
- Verbesserung der PC-Arbeitsplätze (Flachbildschirme, leistungsstärkere PCs)
- Dokumentationsverfolgungsprogramm für die Entlassbriefe

### **Mitarbeiterfortbildung**

- Schulung zur Patientenorientierung
- Ärzteschulungen zur Notfallmedizin
- Qualifikation zum Wundmanagement, 1 Ärztin, ein Mitarbeiter aus dem Pflegebereich
- Etablierung eines strukturierten Fortbildungsprogramms Bildungsportal (BiPo), einsehbar für jeden Mitarbeiter im Intranet
- ICF-Schulung
- QM-Schulung (externer Referent), 5 Workshops mit rd. 90 MA zum Thema *Patientenorientierung*, 3 Workshops zum Thema *Führungsverantwortung*
- 6 interne Schulungen zum QM
- Diverse Schulungen für die Pflegemitarbeiter durch die Grone-Schule

- Brandschutzunterweisungen, Hygieneunterweisungen, etc.

## **Therapie**

- Aktualisierung und Weiterentwicklung von Therapiestandards in allen Fachabteilungen.
- Einführung des Staffelstein Scores in der Orthopädie
- Beschaffung von 4 weiteren Kniemotorschienen
- Anschaffung von 2 zusätzlichen MotoMed Trainingsgeräten
- Erneuerung des gesamten Geräteparks in der Medizinischen Trainingstherapie durch EDV-gestützte Geräte
- Wellflexangebot
- Beschaffung von 2 Medijet-Geräten
- Beschaffung von 7 Trampolinen zur Einführung eines neuen Behandlungsangebotes.
- Optimierung der Therapiedichte im Sinne einer Erweiterung.

## **Patientenorientierung**

- Fortführung der regelmäßigen Patientenbefragungen. Monatliche Auswertung der Ergebnisse und Benchmark mit 8 VNR-Kliniken
- Strukturiertes, nachweisbares Beschwerdewesen
- Schaffung eines Gesundheitsbildungsbeauftragten (VNR- Maßnahme), der ein strukturiertes Gesundheitsbildungsprogramm für die Patienten erarbeitet und organisiert
- Angebot einer Hausführung neu aufgenommener Patienten.
- Billardtisch für Patienten
- Schaffung eines großen Schachfeldes für Patienten
- Kickertisch für Patienten
- 2 TV-Geräte (LCD) in den Wartezonen Physiotherapie
- Einsetzen eines ICF-Fragebogen zur Ermittlung der patientenorientierten Behandlungsziele
- Verbesserung für Ambulante Patienten (Schaffung eines Ruheraumes, geregelte Sprechzeiten für Patienten, geregelte Arztanwesenheit und Sprechstundenhilfe)
- Stationserneuerung, Zimmerausstattung, Flachbildschirm, Internet, Kühlschrank, Brandschutzmaßnahmen
- Auf vielfache Anregungen haben die Diätassistentinnen ein bunt bebildertes Kochbuch mit gesundheitsförderlichen Gerichten und Ernährungstipps zusammen gestellt, das die Patienten für den häuslichen Gebrauch zum Selbstkostenpreis erwerben können.

## **Allgemeine Maßnahmen**

- Stringente Geräteprüfung nach MEDGV und MPBeteibV
- Erarbeitung eines IT-Sicherheitskonzeptes
- Renovierung Patientenrestaurant
- Übernahme Entlass-Management in Akuthäusern
- Casemanagement für IV-Patienten

- Einstellung einer Hausdame zur Verbesserung des Klinikambiente in Richtung Hotelcharakter
- Erneuerung der Klinikprospekte
- Zum Thema Umweltschutz/Reduzierung des Energieverbrauchs: In den Patientenzimmern werden spezielle Perlatoren eingebaut mit dem Ziel den Wasserverbrauch und Heizstoffverbrauch zu reduzieren, die Erwartung liegt bei einer Einsparung von mindestens 20 %

### **Öffentlichkeitsarbeit**

- Jährlicher Schlaganfalltag mit Einladung von interessierten Bürgern
- Teilnahme an der „Gesundheitsmesse Bad Bevensen“
- Diverse Inserate für alle 3 Einrichtungen (Klinik, Pflegeheim, Häuslicher Pflegedienst) mit redaktionellem Teil
- Diverse redaktionelle Beiträge und Inserate in Magazinen der Kostenträger etc.
- Eigene Homepage
- Diverse Internetauftritte mit detaillierter Klinikbeschreibung in speziellen Klinik-Suchmaschinen.

### **Geschäftsführung**

- Oberstes Ziel: Bestandssicherung der Klinik und Sicherung der Arbeitsplätze
- Abschluss diverser Verträge zur Integrierten Versorgung (rd. 21 IV-Verträge) für Patienten mit Hüft- und Knie-TEP mit mehreren Krankenkassen und Akutkliniken
- Einrichtung eines Casemanagements für o.g. IV-Patienten
- Abschluss eines IV-Vertrages für psychosomatische Erkrankungen mit Beitritt der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN)
- Beitritt der KVN in einige IV-Verträge, damit wird die politisch gewollte intersektorale Zusammenarbeit konkretisiert
- Intensive Kontaktpflege zu Kostenträgern
- Erfüllung behördlicher Auflagen (Brandschutz, Ela-Anlage etc.)
- Aktive Unterstützung des QM (QM-Flyer, Fortbildungs-Nachweisheft etc.)
- Etc.
- Im Rahmen des von der Bayerischen Landesbak jährlich ausgeschriebenen Klinikförderpreises wurde das in der Diana Klinik angebotene IV-Konzept für Hüft- und Knie-Endoprothesen mit dem 1. Platz (von rd. 50 Bewerbern) ausgezeichnet.