

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

Klinik Dr. Lehmann

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ
auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 30.10.2007 um 13:07 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]	Allgemeine Chirurgie
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: Klinik Dr. Lehmann

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Klinik Dr. Lehmann GmbH & Co KG versorgt nun schon seit ca. 60 Jahren in Verbindung mit einer chirurgischen Praxis die Bewohner Neumünsters sowohl ambulant als auch stationär mit ca. 26 Betten.

Der vorliegende Qualitätsbericht gibt Ihnen einen Einblick in unsere Tätigkeiten für das Berichtsjahr 2006 und richtet sich nach Vorgaben des Gesetzgebers.

Seit dem 01. Juli 2007 ist der stationäre Bereich in die Verantwortung der FEK- Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH übergegangen. Mit diesem neuen starken Partner werden wir unsere Leistungen und Angebote für die Bewohner Neumünsters weiter ausbauen können.

Diese Umstellung ist mit organisatorischen Veränderungen verbunden, wie z.B. die Gründung eines MVZ- Medizinischen Versorgungszentrums, die Ausweitung unserer operativen Tätigkeiten, Umstellungen im Bereich der Verwaltung und

Versorgung und z.B. der Weiterentwicklung unseres Qualitätsmanagement-Systems in Zusammenarbeit mit dem Friedrich-Ebert-Krankenhaus, um nur einige Bereiche zu nennen.

Die Daten zum Qualitätsbericht müssen sich auf das Jahr 2006 beziehen. Es ist von daher verständlich, dass sich durch den Trägerwechsel die jetzigen Gegebenheiten teilweise schon deutlich von den hier zugrunde liegenden Daten unterscheiden. Dies betrifft insbesondere die Ausweitung der operativen Leistungen in Zusammenarbeit mit unserem Partner dem Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster.

Bei weiteren Fragen kontaktieren Sie uns gerne!

Ihre Klinik Dr. Lehmann in Neumünster, Tel.: 04321-9477-0

Verantwortlich:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Dr. med. Walter Pries	Stabsstelle Qualitätsmanagement	04321-405-1004	04321-405-1029	walter.pries@fek.de
Dr. med. Gerhard Schubert	Lehmann-Klinik	04321-9477-0		info@lehmannklinik.de

Links:

www.Lehmannklinik.de

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Dr. med. Gerhard Schubert, 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:

Klinik Dr. Lehmann

Marienstr. 49-51

24543 Neumünster

Telefon:

04321 / 9477 - 0

Fax:

04321 / 9477 - 77

E-Mail:

info@lehmannklinik.de

Internet:

<http://www.lehmannklinik.de/>

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260100329

A-3 Standort(nummer)

00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name:

Klinik Dr. Lehmann GmbH und Co KG

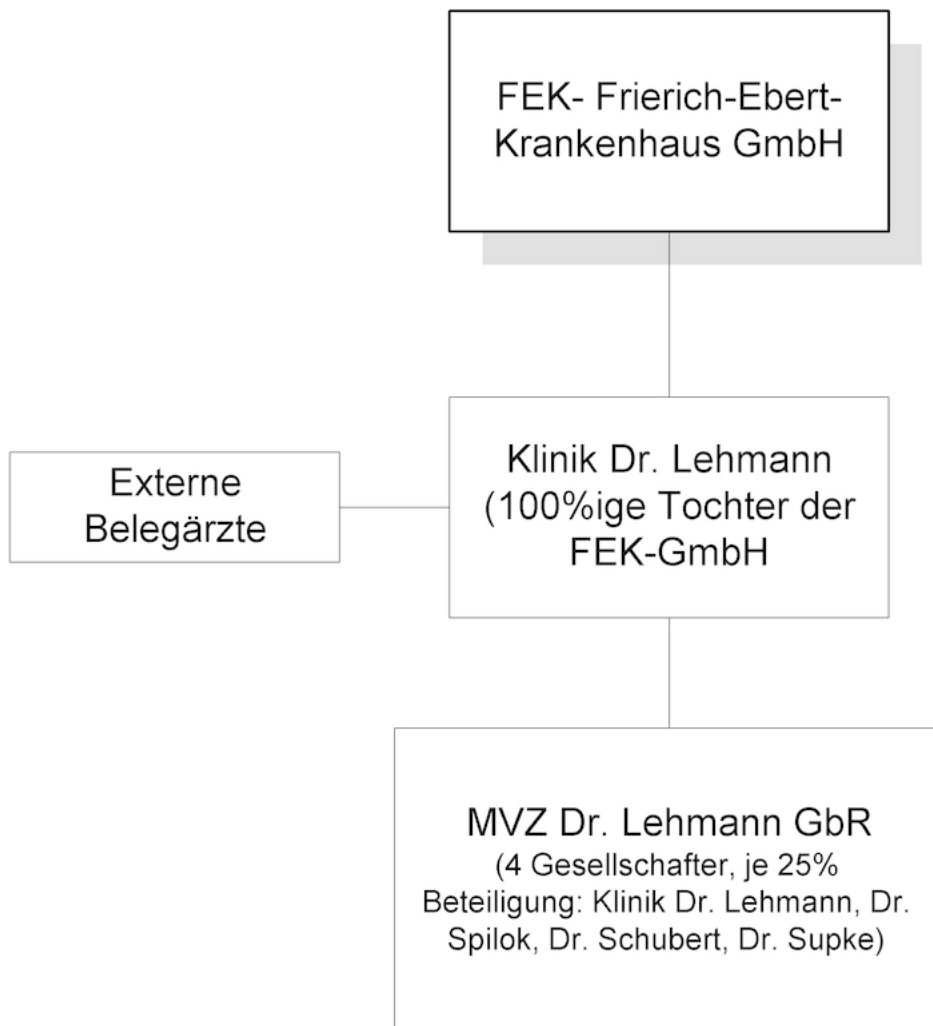
Art:

privat

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Nein

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



Organigramm: Klinik Dr. Lehmann

Die Klinik Dr. Lehmann GmbH und Co KG wurde bis zum 01. Juli 2007 geführt durch die Fachärzte Drs. Spilok, Dau, Schubert und Supke.

Der Klinik angegliedert ist eine Chirurgische Gemeinschaftspraxis.

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung ?

Nein

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP00	Sonstiges	Die medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote werden im Rahmen der Darstellung der Fachabteilung unter Kapitel B.3 dargestellt.

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA00	Sonstiges	Weitere Serviceangebote werden im Rahmen der Darstellung der Fachabteilung unter Kapitel B.4 dargestellt.

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

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

26 Betten

A-13 Fallzahlen des Krankenhaus:

Vollstationäre Fallzahl:

461

Teilstationäre Fallzahl:

0

Ambulante Fallzahlen

Fallzählweise:

461

Teil B - Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-[1] Fachabteilung Allgemeine Chirurgie

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

Allgemeine Chirurgie

Art der Abteilung:

bettenführende Belegabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

1500

Weitere Fachabteilungsschlüssel:

Nr.	Fachabteilung:
1690	Unfallchirurgie A

Hausanschrift:

Marienstr. 51

24534 Neumünster

Telefon:

04321 / 9477 - 0

Fax:

04321 / 9477 - 77

E-Mail:

info@lehmannklinik.de

Internet:

<http://www.lehmannklinik.de>

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

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Allgemeine Chirurgie:	Kommentar / Erläuterung:
VC00	Sonstige	Konservative und operative Proktologie, Behandlung der Stuhlinkontinenz - Enddarmzentrum Neumünster

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

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP15	Entlassungsmanagement	
MP17	Fallmanagement/ Case Management/ Primary Nursing/ Bezugspflege	
MP22	Kontinenztraining/ Inkontinenzberatung	
MP29	Osteopathie/ Chiropraktik	
MP45	Stomatherapie und -beratung	
MP51	Wundmanagement	
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

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

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA02	Ein-Bett-Zimmer	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA07	Rooming-In	
SA09	Unterbringung Begleitperson	
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA12	Balkon/ Terrasse	
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	
SA17	Rundfunkempfang am Bett	
SA18	Telefon	
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)	
SA22	Bibliothek	
SA32	Maniküre/ Pediküre	
SA41	Dolmetscherdienste	
SA00	Sonstiges	Aufenthaltsräume

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

Vollstationäre Fallzahl:

461

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Top 10 Diagnosen

Rang	ICD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	K40	67	Leistenbruch
2	S82	52	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
3	K60	51	Einriss der Schleimhaut (Fissur) bzw. Bildung eines röhrenartigen Ganges (Fistel) im Bereich des Anus oder Mastdarms
3	L05	51	Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare - Pilonidalsinus
5	I84	29	Krampfaderartige Erweiterung der Venen im Bereich des Enddarms - Hämorrhoiden
6	L02	27	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen
7	K61	25	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Anus
8	S83	20	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder
9	K43	19	Bauchwandbruch
10	S62	15	Knochenbruch im Bereich des Handgelenkes bzw. der Hand

B-[1].7 Prozeduren nach OPS

Top 10 Operationen

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	1-653	114	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung
2	5-530	67	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs
3	5-491	61	Operative Behandlung von röhrenartigen Gängen im Bereich des Darmausganges (Analfisteln)
4	5-793	54	Operatives Einrichten eines einfachen Bruchs (Reposition) im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
5	5-897	52	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)
6	5-892	49	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut
7	5-492	48	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges
8	5-493	40	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
9	5-787	39	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
10	5-496	34	Operative Korrektur des Afters bzw. des Schließmuskels

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz:	Angebotene Leistung:	Art der Ambulanz:
Chirurgische Ambulanz	Chirurgische und unfallchirurgische Basisversorgung an 24h/Tag	

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:

Ja

stationäre BG-Zulassung:

Ja

B-[1].11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Kommentar / Erläuterung:
AA12	Endoskop	
AA27	Röntgengerät/ Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	[24h verfügbar]
AA00	Sonstige	Dopplersonographiegerät

B-[1].12 Personelle Ausstattung**B-12.1 Ärzte:****Ärzte insgesamt (außer Belegärzte):**

4

Kommentar / Ergänzung:

Der ambulante und stationäre Bereich wurde von den 4 Inhabern ärztlicherseits abgedeckt.

Davon Fachärzte:

4

Belegärzte (nach § 121 SGB V):

4

Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Bezeichnung:	Kommentar / Erläuterungen:
AQ06	Allgemeine Chirurgie	
AQ13	Viszeralchirurgie	
ZF34	Proktologie	
ZF44	Sportmedizin	
ZF00	Sonstige	Unfallchirurgie
ZF00	Sonstige	Chirotherapie

B-12.2 Pflegepersonal:

Pflegekräfte insgesamt:

13

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

10

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

3

B-12.3 Spezielles therapeutisches Personal:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar:
SP02	Arzthelfer	
SP21	Physiotherapeuten	

Teil C - Qualitätssicherung

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

Das Krankenhaus erbringt keine Leistungen, die eine Teilnahme an den Maßnahmen der verpflichtenden externen Qualitätssicherung (BQS-Verfahren) ermöglichen.

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

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

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

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

Teil D - Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Die Klinikleitung hat sich verpflichtet, das Qualitätsmanagement mit der obersten Priorität voranzutreiben.

Der Patient steht als Individuum im Mittelpunkt.

Zur Genesung gehört eine Atmosphäre, die Geborgenheit vermittelt.

Trotz der notwendigen Arbeitsverdichtung wird allen Mitarbeitern die nötige Zeit zum Zuhören und zum Gespräch gegeben.

Ständig werden alle Abläufe überprüft und die Leitlinien, Arbeitsanweisungen und Checklisten ständig verbessert.

Die Mitarbeiter halten ihr Wissen und Können in internen und externen Fortbildungen ständig auf dem aktuellen Stand der Medizin.

D-2 Qualitätsziele

Wesentliche Qualitätsziele der Klinik Dr. Lehmann sind:

- Eine Diagnostik und Therapie auf dem Stand der aktuellen, anerkannten und in Studien überprüften Methoden der Medizin. Alle Maßnahmen werden aber dem Individuum mit seinen Möglichkeiten angepasst.
- Ein Verzicht auf die Durchführung von Maßnahmen, die nicht dem aktuellen Stand unserer Ausbildung, den medizintechnischen und unseren logistischen Möglichkeiten entsprechen. Dadurch wird eine unnötige Gefährdung unserer Patienten ausgeschlossen.
- Eine Würdigung der persönlichen Bedürfnisse unserer Patienten im Rahmen der sinnvollen Möglichkeiten.
- Die Beachtung von wirtschaftlichen Grenzen der Solidargemeinschaft der Versicherten.
- Den Verzicht auf die Anwendung nicht anerkannter Methoden aus Medizin und Paramedizin nur aus rein wirtschaftlichen Gründen.
- Die Achtung unser persönlichen psychischen und körperlichen Leistungsfähigkeit.
- Der Grundsatz der Gleichbehandlung gilt für alle Patienten unabhängig von Hautfarbe, Geschlecht, Religion, sozialem Status und Zahlungsfähigkeit. Im Rahmen der Möglichkeiten können individuelle Besonderheiten vereinbart werden.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

QM-Strukturen:

Die Klinik Dr. Lehmann beschäftigt sich seit ca. 2002 mit dem QM-System nach der DIN ISO 9001:2000 und seit Januar 2005 auch nach dem QEP-Modell (Qualitätsentwicklung in Praxen).

Ein ärztlicher Qualitätsbeauftragter wurde benannt und gemeinsam mit den Mitarbeitern wurde in regelmäßigen Sitzungen Strukturen und Abläufe für alle qualitätsrelevanten Bereiche besprochen und dokumentierte Regelungen in einem QM-Handbuch festgelegt.

Einbindung in die Krankenhausleitung:

Die Krankenhausleitung, bestehend aus 4 Belegärzten, hat Herrn Dr. Schubert als Verantwortlichen für Qualitätsmanagement benannt.

Der Aufbau des QM- systems erfolgt in enger Absprache mit der Leitung des Krankenhauses.

QM-Aufgaben:

Ziel des Qualitätsmanagements ist es, nach Diskussion und evt. Anpassung der vorhandenen Strukturen und Prozesse Regelungen mit den Beteiligten schriftlich festzulegen und verbindlich in die Praxis umzusetzen. Hierzu gehören z.B. Verfahrensanweisungen zum Vorgehen bei Notfällen, Ablauf bei Röntgen, Gips, Verbände, etc.

Rückmeldungen von Patienten und Kunden, gemeldete Auffälligkeiten im Ablauf oder besondere Anforderungen werden intern auf regelmäßigen Sitzungen besprochen und finden bei Bedarf Eingang in das vorhandene QM- System.

Vorhandene Ressourcen:

Der Qualitätsbeauftragte wird in erforderlichem Umfang für seine Tätigkeit freigestellt.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Folgende Instrumente des Qualitätsmanagement kommen in der Lehmann-Klinik systematisch zum Einsatz:

- Beschwerdemanagement
- Fehler- Risikomanagement
- Patientenbefragungen
- Kontinuierliche Erarbeitung und Überarbeitung von Informationsbroschüren und Flyern zur Patienteninformation- und Aufklärung
- Wartezeitenmanagement durch EDV- Einsatz
- Hygienemanagement durch z.B. regelmäßige Hygienechecks

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Umfangreichere Qualitätsmanagement-Projekte wurden in 2006 nicht durchgeführt.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Vorhandene Regelungen im Rahmen des QM-Systems werden regelmäßig durch benannte Koordinatoren in den einzelnen Bereichen auf Aktualität überprüft und bei Bedarf angepasst.

Regelmäßige Begehungen und Prüfungen stellen sicher, dass z.B. die Umsetzung von Hygieneregungen oder die Einsatzfähigkeit von Medizingeräten oder anderen Einrichtungen gewährleistet sind.

