

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

Krankenhaus Scharnebeck

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 15.11.2007 um 16:48 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

Die Geschäftsführung des Krankenhaus Scharnebeck freut sich, den zweiten strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 SGB V der Öffentlichkeit bekannt zu machen. Der Qualitätsbericht ist nach den gesetzlichen Vorgaben strukturiert. Der Bericht enthält Leistungs- und Strukturdaten des Gesamthauses sowie ausführliche Informationen zur Qualitätspolitik des Hauses und weitere Strukturen des Qualitätsmanagements.

Gerne stehen wir Ihnen für weitere Detailinformationen zur Verfügung. Ansprechpartner sind die jeweiligen Belegärzte sowie die Krankenhausleitung (s. [www.krankenhaus-scharnebeck.de](http://www.krankenhaus-scharnebeck.de)).

Wir hoffen, mit dem Qualitätsbericht gemeinsam mit den Kostenträgern und der Aufsichtsbehörde einen Schritt in die transparente Darstellung der medizinischen Qualität gemacht zu haben.

Für das Krankenhaus Scharnebeck

Mark Schmolke  
Geschäftsführer

## Verantwortlich:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Mark Schmolke	Geschäftsführer	04136/919-0	04136/191-190	info@krankenhaus-scharnebeck.de

## Ansprechpartner:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Mark Schmolke	Geschäftsführer	04136/919-0	04136/191-190	info@krankenhaus-scharnebeck.de

## Links:

[www.krankenhaus-scharnebeck.de](http://www.krankenhaus-scharnebeck.de)

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Mark Schmolke, 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:**

Krankenhaus Scharnebeck

Hauptstr. 19

21379 Scharnebeck

### **Telefon:**

04136 / 919 - 0

### **Fax:**

04136 / 919 - 190

### **E-Mail:**

info@krankenhaus-scharnebeck.de

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

260330474

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

00

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

### **Name:**

Heinrich Krumstroh GmbH & Co. Krankenhausbetriebs KG

### **Art:**

privat

## **A-5** Akademisches Lehrkrankenhaus

trifft nicht zu / entfällt

## **A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses**

trifft nicht zu / entfällt

## **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:
SA01	Aufenthaltsräume	
SA02	Ein-Bett-Zimmer	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA04	Fernsehraum	
SA08	Teeküche für Patienten	
SA09	Unterbringung Begleitperson	
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	
SA18	Telefon	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)	
SA22	Bibliothek	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	
SA33	Parkanlage	

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	

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

trifft nicht zu / entfällt

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

23 Betten

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

### **Vollstationäre Fallzahl:**

1463

### **Teilstationäre Fallzahl:**

0

### **Ambulante Fallzahlen**

#### **Fallzählweise:**

450

# 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

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

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Allgemeine Chirurgie:	Kommentar / Erläuterung:
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen (z.B. Thrombosen, Krampfadern) und Folgeerkrankungen (z.B. Ulcus cruris/ offenes Bein)	
VC26	Metall-/ Fremdkörperentfernungen	
VC27	Bandrekonstruktionen/ Plastiken	
VC28	Gelenkersatzverfahren/ Endo-Prothetik	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Allgemeine Chirurgie:	Kommentar / Erläuterung:
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

#### **Vollstationäre Fallzahl:**

1463

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

#### **Top 10 Diagnosen**

Rang	ICD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	M23	316	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes
2	M75	153	Schulterverletzung
3	M17	117	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
4	I83	100	Krampfader der Beine
5	S83	85	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder
6	K40	78	Leistenbruch
7	M16	71	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
8	M94	60	Sonstige Knorpelkrankheit
9	M20	59	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen
10	M72	34	Gutartige Geschwulstbildung des Bindegewebes

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

### Top 10 Operationen

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	5-810	849	Erneute Operation eines Gelenks durch eine Spiegelung
2	5-812	758	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) des Kniegelenks durch eine Spiegelung
3	1-697	659	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung
4	5-892	517	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut
5	5-811	346	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung
6	5-782	251	Operative Entfernung von erkranktem Knochengewebe
7	5-814	168	Operativer, wiederherstellender Eingriff an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung
8	8-803	167	Wiedereinbringen von Blut, das zuvor vom Empfänger gewonnen wurde - Transfusion von Eigenblut
9	5-983	152	Erneute Operation
10	5-784	142	Operative Verpflanzung bzw. Umlagerung von Knochengewebe

## B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz:	Angebotene Leistung:	Art der Ambulanz:
Physikalische Therapie	Krankengymnastik, Massagen, Wärme-/Kältebehandlungen, med. Bäder, manuelle Lymphdrainagen etc.	Sonstige

## 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**

trifft nicht zu / entfällt

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

### **B-12.1 Ärzte:**

**Ärzte insgesamt (außer Belegärzte):**

0

**Davon Fachärzte:**

0

**Belegärzte (nach § 121 SGB V):**

12

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

**Pflegekräfte insgesamt:**

16

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

14

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

1

### **B-12.3 Spezielles therapeutisches Personal:**

# 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:
Cholezystektomie	<20	88,9	
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	63	91,3	
Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel und -komponentenwechsel	<20	25,0	
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	97	98,0	
Knie-Totalendoprothesen-Wechsel und -komponentenwechsel	<20	83,3	
Gesamt	174	93,0	

### **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.**

(1) Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI):	(2) Kennzahl- bezeichnung:	(3) Bew. durch Strukt. Dialog:	(4) Vertr.- bereich:	(5) Ergebnis (Einheit):	(6) Zähler / Nenner:	(7) Referenz- bereich (bundesweit):	(8) Kommentar / Erläuterung:
Gallenblasenentfernung Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reinterventionsrate	8	entfällt	Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mitgeteilt	entfällt	<= 1,5%	

(1) Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI):	(2) Kennzahl- bezeichnung:	(3) Bew. durch Strukt. Dialog:	(4) Vertr.- bereich:	(5) Ergebnis (Einheit):	(6) Zähler / Nenner:	(7) Referenz- bereich (bundesweit):	(8) Kommentar / Erläuterung:
Gallenblasenentfernung Klärung der Ursachen für angestaute Gallenflüssigkeit vor der Gallenblasenentfernung	Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	8	entfällt	Ergebnis wurde dem Kranken- haus nicht mitgeteilt	entfällt	= 100%	
Hüftgelenkersatz Ausrenkung des künstlichen Hüftgelenkes nach der Operation	Endoprothesenluxation	8	entfällt	Ergebnis wurde dem Kranken- haus nicht mitgeteilt	entfällt	<= 5%	
Hüftgelenkersatz Entzündung des Operationsbereichs nach der Operation	Postoperative Wundinfektion	8	entfällt	Ergebnis wurde dem Kranken- haus nicht mitgeteilt	entfällt	<= 3%	
Kniegelenkersatz Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reinterventionen wegen Komplikation	8	entfällt	Ergebnis wurde dem Kranken- haus nicht mitgeteilt	entfällt	<= 6%	

**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.**

(1) Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI):	(2) Kennzahl- bezeichnung:	(3) Bew. durch Strukt. Dialog:	(8) Kommentar / Erläuterung:
Gallenblasenentfernung Feingewebliche Untersuchung der entfernten Gallenblase	Erhebung eines histologischen Befundes	0	
Hüftgelenkersatz Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reinterventionen wegen Komplikation	0	
Kniegelenkersatz Entzündung des Operationsbereichs nach der Operation	Postoperative Wundinfektion	0	

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

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

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

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

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

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

In der Spalte 3 Bewertung durch Strukt. Dialog ist in den Unterabschnitten C-1.2 A.I, C-1.2 B.I und C-1.2 C.I die Bewertung

des Strukturierten Dialogs verpflichtend darzustellen. Aus folgender Liste ist die zutreffende Zahl ausgewählt:

8 = Ergebnis unauffällig, kein Strukturierter Dialog erforderlich

1 = Krankenhaus wird nach Prüfung als unauffällig eingestuft

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

2 = Krankenhaus wird für dieses Erhebungsjahr als unauffällig eingestuft,

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

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

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

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

9 = Sonstiges

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

da der Strukturierte Dialog noch nicht abgeschlossen ist

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

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

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

# Teil D - Qualitätsmanagement

## **D-1** Qualitätspolitik

### Leitbild des Krankenhauses:

#### Wer sind wir?

Hervorgegangen aus einem Haus für Naturheilkunde gründete 1951 Heinrich Krumstroh Senior das Krankenhaus Scharnebeck und prägte es mit seiner bis heute herzlichen und familiären Atmosphäre.

Das Krankenhaus Scharnebeck ist ein chirurgisches Belegkrankenhaus. Wir bieten den Menschen unserer Region eine patientenorientierte Dienstleistung auf hohem Stand der Wissenschaft und Technik.

Bequem erreichbar, verfügt es über hochmotivierte und kompetente Mitarbeiter, die für einen angenehmen Aufenthalt und reibungslosen Ablauf sorgen. Ehemalige Oberärzte großer Kliniken haben sich zusammengefunden, um in ca. 2.000 Operationen jährlich ihr Wissen, Können und ihre Erfahrung, eingerahmt im Ambiente des Krankenhauses Scharnebeck, in den Dienst der Gesundheit zu stellen. Sowohl gesetzlich als auch privat versicherte Patienten nutzen diese Vorteile unseres in den Niedersächsischen Krankenhausplan aufgenommenen Hauses.

#### Für welche Ideen/Werte stehen wir?

Am Wohl der Patientinnen und Patienten orientiert sich unser Tun und Handeln, unabhängig von religiöser, ethnischer und gesellschaftlicher Herkunft oder Stellung.

#### Wie arbeiten wir?

Wir leisten hochwertige, patientenorientierte Arbeit mit verantwortungsbewusstem Ressourcenverbrauch.

#### Wie ist unser Verhältnis zu den Patienten und Angehörigen?

Die Basis der Beziehung zu unseren Patientinnen und Patienten und ihren Vertrauenspersonen ist die Schaffung einer Atmosphäre von Offenheit und Geborgenheit. In der Patientenzufriedenheit sehen wir einen wesentlichen Maßstab für unsere Kompetenz.

Wie wollen wir miteinander umgehen?

Wir verstehen uns als Team, in dem Respekt, ehrlicher und kooperativer Umgang sowie gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung an erster Stelle stehen.

Wie wollen wir intern kommunizieren und informieren?

Eine offene Kommunikation und zielgruppenorientierte Information beteiligt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ist die Grundlage eines guten Betriebsklimas.

Wie stellen wir uns unsere jetzigen und zukünftigen Mitarbeiterinnen und

Mitarbeiter vor?

Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind Grundlage und Motor unserer Einrichtung. Wir erwarten qualifiziertes Fachwissen und Freundlichkeit und unterstützen berufliches Engagement, Team- und Entwicklungsfähigkeit.

Wie lernen wir?

Wir lernen voneinander und miteinander. Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und eigene Erfahrungen fließen in unser tägliches Handeln ein.

Wie führen wir und wie lassen wir uns führen?

Die komplexen Ansprüche an unser Krankenhaus erfordern einen teamorientierten und kooperativen Führungsstil.

Unser Ziel ist es,

- Ø Entscheidungen transparent und nachvollziehbar zu gestalten
- Ø kreative Ideen zu fördern.
- Ø Vertrauen und Toleranz prägen unsere Unternehmenskultur.

Wie wollen wir uns nach außen verhalten?

Durch unser Verhalten, unsere Gesprächskultur und unser äußeres Erscheinungsbild tragen wir maßgeblich zu einer positiven Außendarstellung des Krankenhauses bei.

#### Wie wünschen wir uns unsere Partner?

Wir legen Wert auf gute Kooperation, insbesondere mit unseren Belegärzten, aber auch mit anderen niedergelassenen Ärzten, Sozial- und Gesundheitseinrichtungen, Lieferanten und allen sonstigen Partnern. Unterschiedlichen oder gegensätzlichen Erwartungen unserer Partner versuchen wir durch einen fairen Ausgleich zu begegnen.

#### Welche langfristigen Ziele haben wir?

Wir arbeiten gezielt und kontinuierlich an der Sicherung und Weiterentwicklung unseres hohen fachlichen Standards. Damit wollen wir dauerhaft die Stellung unseres Krankenhauses als angesehenes chirurgisches Zentrum in der regionalen Versorgung erhalten und weiter ausbauen.

#### Woran messen wir unseren Erfolg?

Wir messen uns am Behandlungserfolg, an der Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten, Partnern, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie am wirtschaftlichen Ergebnis.

#### Qualitätspolitik:

Das Krankenhaus Scharnebeck versteht sich als modern geführtes Dienstleistungsunternehmen. Die Behandlung unserer Patienten wird nach professionellen Standards durchgeführt. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses Scharnebeck stellen in enger Anlehnung an das Leitbild die Gesundheit, die Zufriedenheit und Geborgenheit der Patienten in den Mittelpunkt ihrer täglichen Arbeit. Die Qualitätspolitik des Krankenhauses orientiert sich an den europäischen Normen des Qualitätsmanagements ISO 9001:2000. Unsere therapeutischen, pflegerischen und administrativen Serviceleistungen orientieren sich an einer qualitativ hohen, professionellen und bedarfsgerechten Versorgung aller Patientinnen und Patienten. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nehmen aktiv an einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess teil. Die gesetzlichen und behördlichen Bestimmungen werden erfüllt. Die Implementierung und Fortschreibung unseres Qualitätsmanagementsystems ist zentraler Pfeiler der Qualitätspolitik des Unternehmens. Die hierzu implementierte Stelle der Qualitätsbeauftragten in ihrer Organisation als Stabsstelle der Geschäftsführung unterstreicht die außerordentliche

Bedeutung.

## **D-2 Qualitätsziele**

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

Qualitätsziele:

1. Wir wollen eine hohe Patientenzufriedenheit erreichen.
2. Wir verbessern die Qualität unserer Arbeit.
3. Wir wollen eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit erreichen.
4. Wir halten alle gesetzlichen und behördlichen Bestimmungen ein.
5. Das Krankenhaus Scharnebeck verfügt über ein implementiertes und evaluiertes Qualitätsmanagementsystem
6. Unsere Leistungen erbringen wir wirtschaftlich und nachhaltig. Wir sichern durch ein positives wirtschaftliches Ergebnis den Fortbestand des Hauses.

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

Werkzeuge zu den Qualitätszielen:

1. Jeder Patient erhält den von uns entwickelten Patientenfragebogen mit der Bitte, diesen auszufüllen
2. Implementierung eines innerbetrieblichen Verbesserungswesens/Ideenmanagement  
Innerbetriebliche und außerbetriebliche Fortbildungsmaßnahmen
3. Über Qualitätszirkel und Teamsitzungen werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aktiv an der Gestaltung ihrer Arbeitsabläufe und ihres Arbeitsplatzes beteiligt
4. Alle Mitarbeiter haben Kenntnis der einschlägigen Rechtsverordnungen und Gesetze
5. Einführen und "mit Leben erfüllen" des Qualitätsmanagementsystems ISO 9001:2000  
Erstellen eines zweijährlichen strukturierten Qualitätsberichts
6. Bindung unserer Belegärzte als Zuweiser  
Kostenbewusster Einsatz von Mitteln durch alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

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

Kennzahlen zu den Qualitätszielen und Werkzeugen:

1. Die Frage "Würden Sie unser Haus weiterempfehlen" wird zu 95% mit "JA" beantwortet
2. Jeder Mitarbeiter reicht pro Jahr mindestens einen Verbesserungsvorschlag ein  
Jeder Mitarbeiter nimmt an mindestens einer Fortbildung im Jahr teil
3. Jeder Mitarbeiter nimmt einmal pro Monat an einer Teamsitzung und einem Qualitätszirkel teil
4. Die Einarbeitungsnachweise neuer Mitarbeiter beinhalten die Information über die gesetzlichen Bestimmungen.  
Sie werden zu 100% geführt.
5. Zertifizierung nach ISO 9001:2000 im November 2007, dann zweijährige Überprüfung und fortlaufende Zuerkennung des Zertifikats nach ISO 9001  
Veröffentlichung des strukturierten Qualitätsberichts bis zum 31.08.2007, danach im 2-Jahresrhythmus jeweils bis zum 31.08.
6. Mindestens 1.500 stationäre Operationen im Jahr  
Betriebsergebnis ist nach Abzug von Steuern, Abschreibungen und Investitionen positiv.

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

- Wir erkennen und strukturieren unsere erfolgsrelevanten Prozesse.
- Wir fördern und fordern ein systematisches Umsetzen des Qualitätsgedankens und des Qualitätsmanagementsystems.
- Wir treffen eindeutige Definitionen von Begrifflichkeiten und einheitliche Verhaltensmaßstäbe für alle Beteiligten.

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

### **Fehler- und Risikomanagement:**

Korrekturmaßnahmen ergeben sich aus Kundenreklamationen, Reklamationen der Mitarbeiter oder Reklamationen der interessierten Parteien.

Korrekturmaßnahmen setzen wir in folgender Reihenfolge um:

- Bewertung des Fehlers
- Feststellung der Fehlerursache
- Festlegung des Handlungsbedarfs
- Umsetzung der Maßnahme
- Beurteilung der Wirksamkeit

Ziel einer Korrekturmaßnahme ist immer die Vermeidung der Wiederholung eines Fehlers.

### **Patienten-Befragungen:**

Die Zufriedenheit der Kunden (Patienten) wird durch eine Patientebefragung gemessen. Die Messung wird kontinuierlich durchgeführt und die Fragebögen werden ausgewertet. Die Ergebnisse fließen in die Managementbewertung.

### **Mitarbeiter-Befragungen:**

Alle zwei Jahre wird die Mitarbeiterzufriedenheit durch eine Befragung gemessen. Dazu dient das Formblatt Mitarbeiterbefragung. Den Zeitpunkt der Messung legt die geschäftsführung fest.

Die Mitarbeiter erhalten 4 Wochen nach Rücklauf der Befragung eine Rückmeldung. Die Rückmeldung beinhaltet neben der Auswertung der Ergebnisse auch die Nennung eventueller Korrektur- oder Verbesserungsmaßnahmen.

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

Die Kommunikation mit den Patienten ist ein fester Bestandteil des Krankenhausalltags.

So beginnt die Kommunikation mit den Patienten bei Aufnahmegesprächen, Visiten bis hin zu Entlassungsgesprächen. Darüber hinaus stehen wir als Ansprechpartner jederzeit zur Verfügung. Über unser hausinternes Beschwerde- und Verbesserungsmanagement haben unsere Patienten die Möglichkeit, uns Anregungen und Kritiken mitzuteilen. Diese werden gemäß des Prozesses Lenkung von Fehlern weitergeleitet und im Bedarfsfall Korrekturmaßnahmen eingeleitet.

Nach außen präsentiert sich unsere Einrichtung mit Informationn über unser Angebot in Form von Flyern. Wir betreiben eine Internetseite ([www.krankenhaus-scharnebeck.de](http://www.krankenhaus-scharnebeck.de)), wo sich jeder Interessierte ein Bild über unser Haus machen kann.

## **Hygienemanagement:**

Durch die Zusammenarbeit einer Vielzahl von Menschen in unserer Einrichtung haben Hygienemaßnahmen eine besondere Bedeutung, besonders im Hinblick auf Infektionskrankheiten. Die Verantwortung für die Sicherung der hygienischen Erfordernisse trägt die Geschäftsführung. Unsere Geschäftsführung arbeitet im Bereich der Hygiene eng zusammen mit den behandelnden Ärzten und dem zuständigen Gesundheitsamt.

Für den EBereich der Krankenhaushygiene trägt der Hygienebeauftragte Arzt die Verantwortung. Er wird unterstützt von der Pflegerischen Hygienebeauftragten. Ferner ist eine Hygienekommission gebildet worden. Eine der Hauptaufgaben der Hygienekommission ist die Erstellung und permanente Aktualisierung unseres Hygieneplans. Die Aufgaben des Hygienebeauftragten sind in einer Stellenbeschreibung beschrieben.

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

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

- Überarbeitung der Pflegestandards und der postoperativen Versorgungsstandards
- Durchführung regelmäßiger Qualitätszirkel
- Durchführung regelmäßiger Teamleiter- und Dienstbesprechung
- Überarbeitung von Hygieneplänen u.ä.
- Erarbeitung eines Einarbeitungskonzepts
- Schulungen der Mitarbeiter
- regelmäßige interne Überarbeitung der Standards
- Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben der internen und externen Qualitätssicherung

Wir haben einen hohen Anspruch, unsere Patienten optimal zu betreuen. Wir überwachen alle oben genannten Aktivitäten weiterhin mit dem Ziel, unsere Qualität stetig zu verbessern. Kritik, ob nun positiv oder negativ, wird von unseren Mitarbeitern dankend aufgenommen und in den jeweiligen Abteilungsbesprechungen bzw. in der Teamleiterbesprechung besprochen und bearbeitet.

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

Ein Maß für die Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit des QM-systems ist die Umsetzung der Qualitätspolitik und das Erreichen der Qualitätsziele.

Zur Überprüfung unseres Qualitätsmanagementsystems (Managementbewertung) wird jährlich unter der Leitung der

Geschäftsführung eine Managementbewertung durchgeführt und dokumentiert. Auf Grundlage der im QM-Handbuch dargelegten Qualitätspolitik, den vereinbarten Qualitätszielen, den Auswertungen der Qualitätsaufzeichnungen und der Bewertung durchgeführter Korrektur-, Vorbeugungs- und Verbesserungsmaßnahmen wird die Umsetzung der Qualitätspolitik und die Effizienz des QM-Systems überprüft.

Ergebnisse aus der Managementbewertung dokumentieren wir als klare Vorgaben und Handlungsrichtlinien mit dem Ziel, die Wirksamkeit des QM-Systems zu verbessern und Kundenforderungen zu erfüllen. Vorgaben und Handlungsrichtlinien aus der Managementbewertung sind durch uns ausschließlich

- personalisiert (wer ist verantwortlich?) und
- terminiert (bis wann ist etwas zu erledigen?)

verfasst.