

# Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß §137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2010



## Pius-Hospital Ochtrup



Pius-Hospital  
Ochtrup

# Inhaltsverzeichnis

- I **VORWORT**
- II **DAS PIUS-HOSPITAL OCHTRUP**
- III **DIE STIFTUNG MATHIAS-SPITAL**
- IV **ALLGEMEINE INFORMATIONEN**
- V **BASISTEIL GEMÄß § 137 ABS. 1 SATZ 3 NR. 6 SGB V**

## Kapitel A Struktur- und Leistungsdaten des Pius-Hospitals

- 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-11.1 Forschungsschwerpunkte
  - A-11.2 Akademische Lehre
  - A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen
- A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V
- A-13 Fallzahlen des Krankenhauses
- A-14 Personal des Krankenhauses
  - A-14.1 Ärzte
  - A-14.2 Pflegepersonal
  - A-14.3 Spezielles therapeutisches Personal
- A-15 Apparative Ausstattung

## Kapitel B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen

- B-1.1 Name der Fachabteilung : **Innere Medizin**
- B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung
- B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung
- B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung
- B-1.5 Fallzahlen der Fachabteilung
- B-1.6 Diagnose nach ICD
  - B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD
  - B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen
- B-1.7 Prozeduren nach OPS
  - B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
  - B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren
- 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 Personelle Ausstattung
  - B-1.11.1 Ärzte
  - B-1.11.2 Pflegepersonal
  - B-1.11.3 Spezielles therapeutisches Personal

## **Kapitel C Qualitätssicherung**

- C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)
- C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate
- C-1.2 Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem 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 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V
- C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V

## **Kapitel D Qualitätsmanagement**

- D-1 Qualitätspolitik
- D-2 Qualitätsziele
  - D-2.1 Strategische Qualitätsziele
  - D-2.2 Operative Qualitätsziele
  - D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung
- D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements
  - D-4.1 Interne Audits
  - D-4.2 Interne Dokumentationsprüfung
  - D-4.3 Beschwerdemanagement
  - D-4.4 Fehler- und Risikomanagement
  - D-4.5 Patientenbefragungen
  - D-4.6 Mitarbeiterbefragungen
  - D-4.7 Maßnahmen zur Patienteninformation und –aufklärung
  - D-4.8 Hygienemanagement
- D-5 Qualitätsmanagement-Projekte
- D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

## **VI ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS**

## I Vorwort

Mit diesem Qualitätsbericht wollen wir Sie über das Pius-Hospital Ochtrup informieren, um Ihnen, egal ob als Patient, Angehöriger, niedergelassener Kollege oder potentieller Mitarbeiter, einen umfassenden Überblick über Leistungsspektrum und Leistungsfähigkeit unseres Hauses zu geben.

## II Das Pius-Hospital Ochtrup

Der Ursprung unseres Krankenhauses geht in das Jahr 1873 zurück. Als "Milde Stiftung" für Arme und Kranke entwickelte sich die Einrichtung über Jahrzehnte hinweg zu einem modernen Krankenhaus.

Seit April 2004 ist das Pius-Hospital als Fachklinik für Innere Medizin in der Trägerschaft der Mathias-Stiftung in Rheine. Unter der neuen Trägerschaft fungiert das Pius-Hospital als Portalklinik des Schwerpunktkrankenhauses Mathias-Spital in Rheine. Unter der Leitung zweier Fachärzte für Innere Medizin decken wir mit einem qualifizierten Ärzte- und Pflege team das gesamte Spektrum der Inneren Medizin ab. Bei speziellen Fragestellungen erfolgt eine Vermittlung in die jeweilige Fachabteilung des Gesundheitszentrums Mathias-Spital in Rheine. Im September 2009 wurde als weiterer medizinischer Schwerpunkt ein akutstationäres Behandlungsangebot für lymphologisch erkrankte Patienten nach ganzheitsmedizinischen Aspekten eingereicht. Dieses Versorgungsangebot hat sich überregional etabliert.

Im Februar 2009 wurde unsere Fachpflegeeinrichtung für Menschen mit Langzeitbeatmung in Betrieb genommen. Um für diese Menschen unter lebenswerten und würdigen Bedingungen eine Stabilisierung und Verbesserung ihres Zustandes zu erzielen, ist ein besonders umfassendes Programm der Pflege, Betreuung und Therapie konzipiert worden.

Liebevolle pflegerische Betreuung und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Bevölkerung in unserer Region stehen bis zum heutigen Tage für uns als Kernkompetenz im Vordergrund. Mittelpunkt all unserer Bemühungen ist der einzelne Patient. So setzen sich Tag für Tag rund 30 examinierte Krankenschwestern und Krankenpfleger ein, um unseren Kranken in familiärer Atmosphäre den Aufenthalt zu erleichtern. Dabei steht nicht die "Hilfe um jeden Preis" im Vordergrund, sondern eine aktivierende Pflege, die darauf abzielt, die selbständig vom Patienten ausgeführten "Aktivitäten des täglichen Lebens" zu erhalten bzw. wiederzuerlangen. Auf jeden Patienten wird individuell eingegangen: auf seine körperliche Konstitution, auf eventuelle Beschränkungen seiner Mobilität, auf seine geistige Verfassung, seine Wünsche und Bedürfnisse.

Zentrale Aufgaben im Rahmen unserer Stellung als Portalklinik übernimmt für uns das Mathias-Spital in Rheine. So erfolgt im Mathias-Spital, neben der kompletten Speiserversorgung, die Apotheken- und Zentrallagerbelieferung, die Erstellung von Laboranalysen, die Schnittbilddiagnostik, sowie die zentrale Verwaltung und die EDV-Technik. Letztere ermöglicht es uns und den spezialisierten Fachärzten im Mathias-Spital mittels „High-Speed-Datenverbindung“ unsere behandlungsrelevanten Patientendaten permanent zur Verfügung zu haben, sodass unsere Patienten eine bestmögliche auf ihr Krankheitsgeschehen abgestimmte Behandlung erfahren können.

### Portalklinik-Konzept

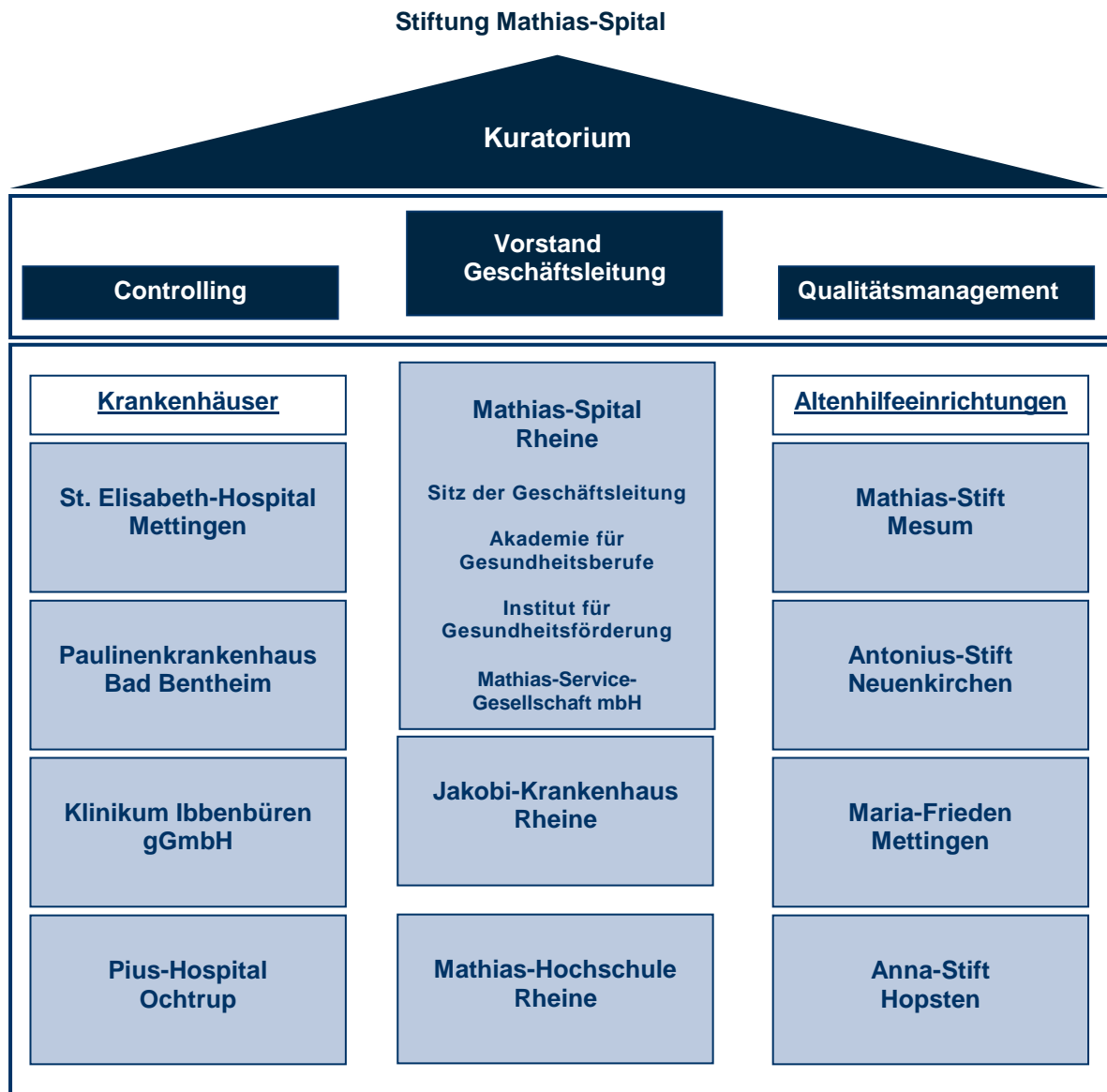
Welche Grundgedanken verbergen sich hinter diesem Portalklinik-Konzept? – Es ermöglicht allen Patienten, in Wohnortnähe aufgenommen zu werden. Jeder Kranke erhält weder das Maximale noch das Minimale, sondern das Optimale. Die Optimierungsaufgabe lautet: *Wie viel Krankenhaus braucht der Patient?*

Weil optimal auch bedeutet, dass dies zur richtigen Zeit am richtigen Ort geschieht und man nicht an jedem alles tun kann (und soll), müssen wir das an vielen Stellen und bei vielen Spezialisten vorhandene Wissen und deren Fähigkeiten wieder interdisziplinär zusammenführen. Das Portalklinik-Konzept ist der kompetente Eingang in das System.

Die heutige Informationstechnik erlaubt es, an einem für den Patienten eigentlich nicht erreichbaren Ort vorhandenes Wissen und Können genau dort verfügbar zu machen, wo er ist. Das bedeutet, dass der Professor mit dem Spezialwissen über Lebererkrankungen, weil er selbst nicht an zehn Orten gleichzeitig sein kann, Bilder und Informationen in seiner Klinik bewertet und die Befunde mit Empfehlungen, wie zu verfahren oder wann der Patient vorzustellen ist, durchgibt.

Mit dem Konzept der Portalklinik wird zuerst die Kompetenz, die normalerweise nur bei Großkliniken vorhanden ist, in Wohnortnähe der Patienten verlegt. Daher der Name „Portal“. Die Pforte der Großklinik ist dann nicht 100, sondern vielleicht nur 15 km entfernt und jeder kann sicher sein, dass er dort rund um die Uhr auf optimale Kompetenz trifft und dazu die nötige Technik vorfindet, um mit allen Notlagen, mit denen er auch beim Großkrankenhaus eintreffen würde, optimal betreut zu werden. Portalklinik bedeutet also Anlaufkrankenhaus für alle Patienten.

### III Die Stiftung Mathias-Spital



**Abb. 1** Organigramm Mathias-Stiftung

Längst ist das Krankenhaus „nur“ noch ein Teil im verzweigten Gesundheits- und Dienstleistungszentrum, zu dem sich die Stiftung in den letzten Jahrzehnten entwickelt hat.

Heute umfasst die Mathias-Stiftung zehn Einrichtungen mit mehr als 1.500 Betten: in der Stadt Rheine das Akutkrankenhaus Mathias-Spital, zu dem auch die 1947 als Krankenpflegeschule eröffnete Akademie für Gesundheitsberufe, die seit 1984 bestehende „Schule für Kranke“ und das 1993 gegründete Institut für Gesundheitsförderung gehören sowie das Jakobi-Krankenhaus, in Mettingen das Geriatrische Reha-Zentrum St. Elisabeth mit angeschlossener geriatrischer Tagesklinik, in Ochtrup das Pius-Hospital, eine Fachklinik für Innere Medizin mit angebundener Fachpflegeabteilung für Langzeitbeatmung, in Bad Bentheim das Paulinenkrankenhaus, Fachklinik für Orthopädie und Wirbelsäulenchirurgie, sowie in Ibbenbüren das Klinikum Ibbenbüren mit seinen zwei Betriebsstätten von Bodelschwingh-Krankenhaus und St. Elisabeth-Krankenhaus. Die vier Altenhilfeeinrichtungen Anna-Stift Hopsten, Antonius-Stift Neuenkirchen, Mathias-Stift Mesum und Maria-Frieden Mettingen sowie Angebote des betreuten Wohnens in Mettingen und Neuenkirchen runden das Angebot ab. In der Trägerschaft der Mathias-Stiftung ist ebenfalls die Mathias Hochschule Rheine. Sie ist eine junge private Fachhochschule für Gesundheit, Wirtschaft und Technik. Die staatliche Anerkennung als

Fachhochschule durch das Land NRW erfolgte am 13. August 2009. Mit Aufnahme des Studienbetriebes zum Wintersemester 2009/2010 sind die ersten Studiengänge in den Fakultäten Gesundheit und Wirtschaft an den Start gegangen.

Die Stiftung verfügt mit Kuratorium und Vorstand über zwei Kontrollorgane. Während dem Vorstand die gesetzliche Vertretung der Stiftung obliegt, überwacht das Kuratorium unter Vorsitz des Pfarrers bzw. des Pfarrverwalters der Pfarrgemeinde St. Dionysius in Rheine die Einhaltung des Stifterwillens durch den Vorstand. Sitz der Geschäftsleitung ist das Mathias-Spital in Rheine.

## IV Allgemeine Informationen

### Verantwortliche für den Qualitätsbericht

Frau Dr. Kristina Bürkle, Qualitätsmanagerin  
Herr Dr. Klaus Innig, Ärztlicher Leiter Pius-Hospital  
Herr Uwe Huesmann, Medizincontrolling  
Frau Dipl.-Kff. Rita Tönjann, MA der Geschäftsleitung

### Ansprechpartner

Herr Dipl.-Kfm. Dietmar Imhorst  
Vorstand Mathias-Stiftung

Telefon 05971 – 42-1001  
Telefax 05971 – 42-2009

E-Mail [d.imhorst@mathias-spital.de](mailto:d.imhorst@mathias-spital.de)

Herr Dr. Klaus Innig  
Ärztlicher Leiter Pius-Hospital Ochtrup

Telefon 02553 – 77-219  
Telefax 02553 – 77-277

E-Mail [k.innig@mathias-spital.de](mailto:k.innig@mathias-spital.de)

Dr. Kristina Bürkle  
Qualitätsmanagerin Mathias-Stiftung

Telefon 05971 – 42-1055  
Telefax 05971 – 42-2009

E-Mail [k.buerkle@mathias-spital.de](mailto:k.buerkle@mathias-spital.de)

Frau Karin Christian (MBA)  
Pflegedirektorin Mathias-Stiftung

Telefon 05971 – 42-1050  
Telefax 05971 – 42-2009

E-Mail [k.christian@mathias-spital.de](mailto:k.christian@mathias-spital.de)

Weitere Ansprechpartner der einzelnen Abteilungen und Dienste finden Sie auf unserer Homepage unter [www.piushospital.de](http://www.piushospital.de) oder der Homepage der Mathias-Stiftung unter [www.mathias-spital.de](http://www.mathias-spital.de)

### Links

Homepage der Stiftung [www.mathias-spital.de](http://www.mathias-spital.de)  
Homepage Pius-Hospital [www.piushospital.com](http://www.piushospital.com)  
Stadt Ochtrup [www.ochtrup.de](http://www.ochtrup.de)

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Dipl.-Kfm. Dietmar Imhorst, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und die Richtigkeit des Qualitätsberichts.

## V Basisteil

### A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

#### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Pius-Hospital Ochtrup  
Piusstraße 5  
48607 Ochtrup

Telefon 02553 – 77-0  
Telefax 02553 – 77-220

E-Mail-Adresse: [mail@piushospital.de](mailto:mail@piushospital.de)  
Internetadresse: <http://www.piushospital.de>

#### A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260 550 881

#### A-3 Standort(nummer)

- entfällt -

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

Mathias-Stiftung Rheine  
Frei-gemeinnütziges Krankenhaus

#### A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

ja  nein



## A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Nein

## A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

| Nr.  | Fachabteilungsübergreifender Versorgungsschwerpunkt | Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind                     | Erläuterung |
|------|---|---|-------------|
| VS00 | Lymphzentrum  | Innere Medizin, Kardiologie, Gefäßchirurgie - Phlebologie, Nuklearmedizin, Radiologie |             |
| VS00 | Zentrum für Gefäßmedizin (Gefäßzentrum Nord-West)   | Gefäßchirurgie, Radiologie, Endokrinologie im Gesundheitszentrum Rheine               |             |

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

| Nr.  | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot                 | Erläuterung  |
|------|--|--|
| MP03 | Angehörigenbetreuung, -beratung, -seminare                 |  |
| MP04 | Atemgymnastik / -therapie                                  | In Kooperation mit der physiotherapeutischen Praxis MediTrain im Pius-Hospital |
| MP06 | Basale Stimulation   | In Kooperation mit der physiotherapeutischen Praxis MediTrain im Pius-Hospital |
| MP07 | Beratung / Betreuung durch Sozialarbeiter                  |  |
| MP08 | Berufsberatung / Rehabilitationsberatung                   |  |
| MP09 | Besondere Formen / Konzepte der Betreuung von Sterbenden   |  |
| MP10 | Bewegungsbad / Wassergymnastik                             | In Kooperation mit der Praxis Exeler im Pius-Hospital                          |
| MP11 | Bewegungstherapie  | In Kooperation mit der physiotherapeutischen Praxis MediTrain im Pius-Hospital |
| MP12 | Bobath-Therapie  | In Kooperation mit der physiotherapeutischen Praxis MediTrain im Pius-Hospital |
| MP13 | Diabetiker-Schulung  | In Kooperation mit dem Gesundheitszentrum Rheine                               |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung                               |  |
| MP15 | Entlassungsmanagement / Brückenpflege / Überleitungspflege |  |
| MP16 | Ergotherapie   | In Kooperation mit niedergelassener Praxis                                     |

| Nr.         | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot                                  | Erläuterung   |
|-------------|---|---|
| <b>MP17</b> | Fallmanagement / Case Management / Primary Nursing / Bezugspflege           |   |
| <b>MP18</b> | Fußreflexzonenmassage   | In Kooperation mit der Praxis Exeler im Pius-Hospital   |
| <b>MP21</b> | Kinästhetik   |   |
| <b>MP24</b> | Manuelle Lymphdrainage  | In Kooperation mit der physiotherapeutischen Praxis MediTrain im Pius-Hospital  |
| <b>MP25</b> | Massage   | In Kooperation mit der Praxis Exeler im Pius-Hospital   |
| <b>MP29</b> | Manuelle Therapie   | In Kooperation mit der physiotherapeutischen Praxis MediTrain im Pius-Hospital  |
| <b>MP26</b> | Medizinische Fußpflege  |   |
| <b>MP31</b> | Physikalische Therapie / Bädertherapie                                      | In Kooperation mit der physiotherapeutischen Praxis MediTrain im Pius-Hospital und der Praxis Exeler                        |
| <b>MP32</b> | Physiotherapie / Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie      | In Kooperation mit der physiotherapeutischen Praxis MediTrain im Pius-Hospital  |
| <b>MP33</b> | Präventive Leistungsangebote / Präventionskurse                             |   |
| <b>MP34</b> | Psychologisches / psychotherapeutisches Angebot / Psychosozialdienst        | Psychoonkologie in Kooperation mit dem Gesundheitszentrum Rheine: Gesprächskreise, Verhaltenstherapie, Entspannungstherapie |
| <b>MP35</b> | Rückenschule / Haltungsschulung / Wirbelsäulengymnastik                     |   |
| <b>MP37</b> | Schmerztherapie / -management   |   |
| <b>MP39</b> | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen |   |
| <b>MP40</b> | Spezielle Entspannungstherapie  |   |
| <b>MP42</b> | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot                                   | Pflegevisiten, Pflegeexperten   |
| <b>MP44</b> | Stimm- und Sprachtherapie / Logopädie                                       | In Kooperation mit niedergelassener Praxis  |
| <b>MP45</b> | Stomaberatung und -therapie   |   |
| <b>MP47</b> | Versorgung mit Hilfsmitteln / Orthopädietechnik                             |   |
| <b>MP48</b> | Wärme- und Kälteanwendung   | In Kooperation mit der Praxis Exeler im Pius-Hospital   |
| <b>MP49</b> | Wirbelsäulengymnastik   | In Kooperation mit der physiotherapeutischen Praxis MediTrain im Pius-Hospital  |

| Nr.  | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot  | Erläuterung  |
|------|---|--|
| MP51 | Wundmanagement  | Spezielle Versorgung chronischer Wunden              |
| MP52 | Zusammenarbeit mit / Kontakt zu Selbsthilfegruppen  |  |
| MP56 | Belastungstraining /- therapie  |  |
| MP57 | Biofeedback-Therapie  |  |
| MP59 | Gedächtnistraining / Hirnleistungstraining / Kognitives Training / Konzentrationstraining   |  |
| MP60 | Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)  |  |
| MP63 | Sozialdienst  |  |
| MP64 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit   | „Visite am Abend“ in Kooperation mit der VHS Ochtrup |
| MP66 | Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen                             |  |
| MP67 | Vojtatherapie für Erwachsene und Kinder   |  |
| MP68 | Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen / Angebot ambulanter Pflege / Angebot Kurzzeitpflege |  |
| MP00 | Fachpflegeangebot für Langzeitbeatmung  |  |
| MP00 | Schmerzmanagement   |  |

## A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote

| Nr.  | Serviceangebote – Räumlichkeiten      | Erläuterung |
|------|---------------------------------------|-------------|
| SA01 | Aufenthaltsräume                      |             |
| SA03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle |             |
| SA04 | Fernsehraum                           |             |
| SA06 | Rollstuhlgerechte Nasszellen          |             |

| Nr.  | Serviceangebote – Räumlichkeiten       | Erläuterung |
|------|--|-------------|
| SA08 | Teeküche für Patienten                 |             |
| SA09 | Unterbringung Begleitperson            |             |
| SA11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle |             |

| Nr.  | Serviceangebote – Ausstattung Patientenzimmer | Erläuterung |
|------|---|-------------|
| SA13 | Elektrisch verstellbare Betten                |             |
| SA14 | Fernsehgerät im Zimmer                        |             |
| SA15 | Internetzugang im Zimmer                      |             |
| SA16 | Kühlschrank                                   |             |
| SA17 | Rundfunkempfang am Bett                       |             |
| SA18 | Telefon                                       |             |
| SA19 | Wertfach / Tresor im Zimmer                   |             |

| Nr.  | Serviceangebote – Verpflegung                          | Erläuterung |
|------|--|-------------|
| SA20 | Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl) |             |
| SA21 | Kostenlose Getränkebereitstellung (Tee, Kaffee, Saft)  |             |
| SA44 | Diät-/Ernährungsangebot                                |             |
| SA47 | Nachmittagstee/-kaffee                                 |             |
| SA00 | Einsatz von Serviceassistenten                         |             |
| SA00 | Wunschkost   |             |

| Nr.  | Serviceangebote –<br>Ausstattung Krankenhaus                    | Erläuterung   |
|------|---|---|
| SA22 | Bibliothek  |   |
| SA23 | Café  |   |
| SA24 | Faxempfang für Patienten  |   |
| SA25 | Fitnessraum   |   |
| SA49 | Fortbildungsangebote /<br>Informationsveranstaltungen           |   |
| SA26 | Friseursalon  |   |
| SA59 | Barrierefreie Behandlungsräume                                  |   |
| SA27 | Internetzugang  |   |
| SA28 | Kiosk / Einkaufsmöglichkeiten                                   |   |
| SA29 | Kirchlich-religiöse Einrichtungen<br>(Kapelle, Meditationsraum) |   |
| SA30 | Klinikeigene Parkplätze<br>für Patienten und Besucher           |   |
| SA31 | Kulturelle Angebote   |   |
| SA32 | Maniküre / Pediküre   |   |
| SA51 | Orientierungshilfen   |   |
| SA33 | Parkanlage  |   |
| SA52 | Postdienst  |   |
| SA34 | Rauchfreies Krankenhaus   |   |
| SA54 | Tageszeitungsangebot  |   |
| SA36 | Schwimmbad / Bewegungsbad                                       | In Kooperation mit der Praxis Exeler im Pius-Hospital |
| SA35 | Sauna   |   |
| SA38 | Wäscheservice   |   |

| Nr.   | Serviceangebote –<br>Persönliche Betreuung | Erläuterung |
|-------|--|-------------|
| SA55  | Beschwerdemanagement                       |             |
| SA09  | Unterbringung Begleitperson                |             |
| SA39  | Besuchsdienst / „Grüne Damen“              |             |
| SA41  | Dolmetscherdienste                         |             |
| SA42  | Seelsorge                                  |             |
| SA56  | Patientenfürsprecher                       |             |
| SA57  | Sozialdienst                               |             |
| SA 60 | Beratung durch Selbsthilfeorganisationen   |             |

## A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

- entfällt -

### A-11.1 Forschungsschwerpunkte

- entfällt -

### A-11.2 Akademische Lehre

- entfällt -

### A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

- entfällt -

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

Gesamtbettenzahl am 31.12. 2010: 60 Betten

## A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Vollstationäre Patienten in 2010 : 1743

Teilstationäre Fallzahl : 0

Ambulante Patienten in 2010 : 1127 (Fallzählweise)

## A-14 Personal des Krankenhauses

### A-14.1 Ärzte

|                                    | Anzahl            | Kommentar / Ergänzung                                      |
|------------------------------------|-------------------|--|
| Ärzte insgesamt (außer Belegärzte) | 8,5<br>Vollkräfte | <u>Weiterbildungsbefugnis:</u><br>Innere Medizin (3 Jahre) |
| davon Fachärzte                    | 5,5<br>Vollkräfte |  |
| Belegärzte<br>(nach § 121 SGB V)   | ---               |  |

### A-14.2 Pflegepersonal

| Pflegepersonal<br>Innere Medizin             | Anzahl             | Kommentar / Ergänzung    |
|--|--------------------|--------------------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen       | 22,7<br>Vollkräfte | Ausbildungsdauer 3 Jahre |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen | 0,7<br>Vollkräfte  | Ausbildungsdauer 3 Jahre |
| Altenpfleger/-innen                          | 0,2<br>Vollkräfte  | Ausbildungsdauer 3 Jahre |
| Krankenpflegerhelfer/-innen                  | 2,2<br>Vollkräfte  | Ausbildungsdauer 1 Jahr  |

### A-14.3 Spezielles therapeutisches Personal

| Nummer | Spezielles therapeutisches Personal | Anzahl | Kommentar / Ergänzung   |
|--------|-------------------------------------|--------|---|
| SP51   | Apotheker                           | 0,1    | In Kooperation mit dem Gesundheitszentrum Rheine Mathias-Spital |
| SP02   | Arzthelfer                          | 3,3    |   |
| SP31   | Bewegungstherapeut / Tanztherapeut  | 0,2    |   |

| <b>Nummer</b> | <b>Spezielles therapeutisches Personal</b>      | <b>Anzahl</b> | <b>Kommentar / Ergänzung</b>                                    |
|---------------|---|---------------|---|
| SP32          | Bobath-Therapeut für Erwachsene und/oder Kinder | 0,3           |   |
| SP35          | Diabetologe, Diabetesassistent, Diabetesberater | 0,2           |   |
| SP04          | Diätassistent                                   | 0,2           | In Kooperation mit dem Gesundheitszentrum Rheine Mathias-Spital |
| SP05          | Ergotherapeut                                   | 0,5           |   |
| SP11          | Kinästhetikbeauftragter                         | 0,1           |   |
| SP14          | Logopäde  | 0,1           |   |
| SP42          | Manualtherapeut                                 | 0,1           |   |
| SP15          | Masseur, Medizinischer Bademeister              | 2,5           |   |
| SP43          | Medizinisch technischer Assistent               | 0,4           |   |
| SP18          | Orthopädietechniker                             | 0,1           |   |
| SP21          | Physiotherapeut                                 | 5,0           |   |
| SP22          | Podologe  | 0,1           |   |
| SP23          | Psychologe                                      | 0,2           |   |
| SP24          | Psychologischer Psychotherapeut                 | 0,2           |   |
| SP00          | Schmerzexperte                                  | 0,2           |   |
| SP25          | Sozialarbeiter                                  | 0,3           |   |
| SP28          | Wundmanager                                     | 0,2           |   |

## A-15 Apparative Ausstattung

| Nr.  | Vorhandene Geräte  | Umgangssprachliche Bezeichnung   | 24h-Notfall-verfügbarkeit | Kommentar/ Erläuterung |
|------|--|--|---------------------------|------------------------|
| AA58 | 24h-Blutdruck-Messung  |  | Trifft nicht zu           |                        |
| AA59 | 24h-EKG-Messung  |  | Trifft nicht zu           |                        |
| AA38 | Beatmungsgeräte / CPAP-Geräte  | Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck  | 24 Stunden verfügbar      |                        |
| AA03 | Belastungs-EKG (Ergometrie)  | Belastungstest mit Herzstrommessung  | 24 Stunden verfügbar      |                        |
| AA05 | Bodyplethysmographie   | Umfangreiches Lungenfunktionstestsystem  | 24 Stunden verfügbar      |                        |
| AA39 | Bronchoskop  | Gerät zur Luftröhren- und Bronchienspiegelung  | 24 Stunden verfügbar      |                        |
| AA08 | Computertomograph (CT)   | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen  | 24 Stunden verfügbar      |                        |
| AA40 | Defibrillator  | Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen  | 24 Stunden verfügbar      |                        |
| AA46 | Endoskopisch-retrograde-Cholangio-Pankreaticograph (ERCP)                            | Spiegelgerät zur Darstellung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge mittels Röntgenkontrastmittel              | 24 Stunden verfügbar      |                        |
| AA12 | Gastroenterologisches Endoskop   | Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung  | 24 Stunden verfügbar      |                        |
| AA36 | Gerät zur Argon-Plasma-Koagulation   | Blutstillung und Gewebeverödung mittels Argon-Plasma   | 24 Stunden verfügbar      |                        |
| AA52 | Laboranalyseautomaten für Hämatologie, klinische Chemie, Gerinnung und Mikrobiologie | Laborgeräte zur Messung von Blutwerten bei Blutkrankheiten, Stoffwechselleiden, Gerinnungsleiden und Infektionen | 24 Stunden verfügbar      |                        |
| AA20 | Laser  | Behandlung mittels gerichteter Strahlung bei Lichtverstärkung  | 24 Stunden verfügbar      |                        |
| AA27 | Röntgengerät / Durchleuchtungsgerät  |  | 24 Stunden verfügbar      |                        |
| AA29 | Sonographiegerät / Dopplersonographiegerät / Duplexsonographiegerät                  | Ultraschallgerät / mit Nutzung des Dopplereffekts / farbkodierter Ultraschall                                    | 24 Stunden verfügbar      |                        |
| AA31 | Spirometrie / Lungenfunktionsprüfung   |  | 24 Stunden verfügbar      |                        |

## B Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### B-1.1 Fachabteilung: Innere Medizin

Chefärzte: Dr. med. Klaus Innig  
Dr. med. (SYR) Mohammed Hajooze

Telefon: 02553/77-219  
02553/77-218

Fax: 02553/77-220

E-Mail: [k.innig@mathias-spital.de](mailto:k.innig@mathias-spital.de)  
[m.hajooze@mathias-spital.de](mailto:m.hajooze@mathias-spital.de)

#### Bereich: Lymphologie

Chefarzt: Dr. med. Gerd Lulay

Telefon: 05971/42-1331  
Fax: 05971/42-31331

E-Mail: [g.lulay@mathias-spital.de](mailto:g.lulay@mathias-spital.de)

Hauptabteilung     Belegabteilung     gemischte Haupt- und Belegabteilung

### B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung Innere Medizin

| Nr.  | Versorgungsschwerpunkte – Innere Medizin   | Erläuterung  |
|------|--|--|
| VI01 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten                                       | Kardiovaskuläre Stufendiagnostik zur Erkennung von Herzkranz-Durchblutungsstörungen, hier insbesondere Durchführung entsprechender Ultraschalldiagnostik (Echokardiographie), Belastungs-EKG, Langzeit-EKG.            |
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes | Abklärung von speziellen Lungenhochdruckformen im Rahmen der Lungengrunderkrankung einschl. Beurteilung der rechtsventrikulären Funktion mit Ultraschall, Bodyplethysmographie.  |
| VI03 | Diagnostik und Therapie sonstiger Formen der Herzkrankheit                                     | Durchführung der Diagnostik seltener, z.B. angeborener Herzfehler (z.B. Vorhofseptumdefekt), die ursächlich für seltene Formen von Schlaganfällen sein können (Stichwort: paradoxe Embolieformen).                     |
| VI04 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren                | Durchführung der Verschlussdruckmessung im Extremitätenbereich zur Erkennung kritischer Durchblutungsstörungen. Darüber hinaus direkte Gefäßdarstellung mittels moderner duplexsonographischer Untersuchungsverfahren. |

| Nr.         | Versorgungsschwerpunkte –<br>Innere Medizin  | Erläuterung  |
|-------------|--|--|
| <b>VI05</b> | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten                     | Darstellung der venösen Gefäßsituation mittels moderner Ultraschallverfahren, hier Duplexsonographie zur Beurteilung frischer Thromben bzw. älterer postthrombotischer Zustände. Darüber hinaus Funktionsbeurteilung der Lymphgefäße zur Differenzierung primärer und sekundärer Lymphödem-Abflussstörung und pathologisch vergrößerte Lymphknotenstationen. |
| <b>VI06</b> | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten  | Diagnostik der Durchblutungssituation der intra- und extracraniell verlaufenden hirnversorgenden Gefäße, hier insbesondere Darstellung der Gefäße des vorderen Kreislaufs einschl. Darstellung der A. carotis communis, der A. carotis interna sowie externa mittels duplexsonographischer Untersuchungstechniken.   |
| <b>VI07</b> | Diagnostik und Therapie der Hypertonie [Hochdruckkrankheit]  | Unterscheidung bzw. Differenzierung primärer und sekundärer Hypertonieformen (Hochdruckformen) und Differenzierung von nierenbedingten und nicht-nierenbedingten Hochdruckerkrankungen.  |
| <b>VI08</b> | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen   | Hier insbesondere sonographische Untersuchungstechniken zum Nachweis oder Ausschluss von Nierensteinerkrankungen, postrenalen Abflussstörungen bzw. Nierenparenchymerkrankungen einschl. Nephrolithiasis.  |
| <b>VI09</b> | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen   | Durchführung von insbesondere Beckenkammbiopsien zur Durchführung zytologischer und histologischer Untersuchungen bei Verdacht auf hämatologische Systemerkrankung einschl. leukämischer Erkrankungen sowie Diagnostik von malignen Lymphomen.   |
| <b>VI10</b> | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (Diabetes, Schilddrüse, ..) | Hierunter versteht man die Erkennung bzw. Erstdiagnose von Stoffwechsellentgleisungen bei Typ 1 und Typ 2 Diabetes mellitus aber auch die Erkrankung bzw. Behandlung von Schilddrüsenfunktionsstörungen (hier insbesondere Schilddrüsenüberfunktionen sowie deren Behandlung).   |
| <b>VI11</b> | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes  | Umfasst die Erkennung aller nicht tumorösen und tumorösen Erkrankung im Magen-Darm-Bereich, ggf. gezielte auch chemotherapeutische Behandlungsverfahren, darüber hinaus Durchführung funktioneller Untersuchungen zur Diagnostik der Refluxkrankheit.  |
| <b>VI12</b> | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs  | Hierunter werden spezielle Erkrankungen des Enddarmbereiches verstanden einschl. Diagnostik von Analfissuren, Hämorrhoiden etc.  |
| <b>VI13</b> | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums  | Hierunter versteht man den Einsatz bildgebender Verfahren einschl. Ultraschalldiagnostik bei Verdacht auf Erkrankungen im Bauchfellbereich.  |

| Nr.  | Versorgungsschwerpunkte –<br>Innere Medizin                                    | Erläuterung  |
|------|--|--|
| VI14 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas | Abklärung bei Beschwerden bzw. Verdacht auf hepatobiliären Erkrankungen, z.B. Erkennung von Steinleiden oder Abflussstörungen. Erkennung von raumfordernden Erkrankungen.  |
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge            | Hierunter versteht man insbesondere die Erkennung von chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen bzw. die Abgrenzung von Asthmaformen bzw. Asthmaerkrankungen.  |
| VI16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura                             | Hierunter wird die Erkennung bzw. Differenzierung von entzündlichen und nicht-entzündlichen Erkrankungen des Rippen- bzw. Brustfells verstanden einschl. Erkennung und Behandlung von Pneumothorax-Erkrankungen.   |
| VI17 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen                     | Meint die Erkennung und Behandlung bzw. rheumatologische Erkrankungen im eigentlichen Sinne und die Abgrenzung gegenüber degenerativen Gelenkerkrankungen einschl. Funktionsdiagnostik.  |
| VI18 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen                         | Hierunter versteht man die Erkennung und Behandlung solider und nicht-solider Tumorerkrankungen einschl. Stellung entsprechender onkologischer Therapiekonzepte, Durchführung entsprechender chemotherapeutischer Verfahren einschl. supportiver Therapiemaßnahmen, Transfusion bzw. Substitution von Erythrozyten-, Leukozyten- und Thrombozytenkonzentraten. |
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten            | Erfassung infektiöser und parasitärer Krankheiten durch entsprechende mikrobiologische Untersuchungstechniken einschl. Abnahme von Blutkulturen, Gewebeprobe, Stuhlkulturen und Untersuchungen des Nervenwassers.  |
| VI20 | Intensivmedizin  | In der Intensivmedizin werden akut bedrohlicher Krankheitsbilder einschl. Durchführung von Reanimationsmaßnahmen behandelt, nicht invasive und invasive Beatmungskonzepte einschl. NIV, invasive und nicht invasive hämodynamische Monitoring sowie Detoxikationsbehandlungen durchgeführt.  |
| VI22 | Diagnostik und Therapie von Allergien  | Hierunter versteht man die Erkennung und Erfassung von Patienten mit allergischen Diathesen, z.B. die Behandlung von bedrohlichen allergisch induzierten Schockformen (sog. Typ1-Form).  |

| Nr.  | Versorgungsschwerpunkte –<br>Innere Medizin  | Erläuterung  |
|------|--|--|
| VI23 | Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) | Hierunter versteht man die Diagnostik und Erfassung von primären und sekundären Immundefekt-Erkrankungen, Durchführung serologischer Untersuchungsverfahren, Beurteilung der humeralen und zellulären Immunabwehr.             |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen   | Hierunter versteht man die Erkennung und Behandlung vasculär und nicht-vasculär bedingter Einschränkungen der Hirnfunktion einschl. Erkennung von sog. dementiellen Syndromen (z.B. neurodegenerative Erkrankungen).           |
| VI25 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen  | Hierunter versteht man insbesondere die Erkennung und Behandlung neurotischer oder psychotischer Erkrankungen.   |
| VI27 | Spezialsprechstunde  | Spezialsprechstunde für Patienten, insbesondere mit kardiovaskulären Erkrankungen, hier insbesondere Herzrhythmusstörungen (z.B. Therapie von Patienten mit Schrittmacher- bzw. Defibrillatoren), Re-Synchronisationstherapie. |
| VI29 | Behandlung von Blutvergiftung / Sepsis   |  |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen  |  |
| VI33 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen  |  |
| VI35 | Endoskopie   |  |
| VI40 | Schmerztherapie  |  |

### B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung

- Vergleiche Kapitel A-9  
Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses -

### B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung

- Vergleiche Kapitel A-10  
Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote -

### B-1.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Stationäre Fallzahl 2010 : 1743

## B-1.6 Diagnosen nach ICD

### B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10-Ziffer 3-stellig | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung   |
|------|-------------------------|----------|--|
| 1    | I89                     | 183      | Sonstige Krankheit der Lymphgefäße bzw. Lymphknoten, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht      |
| 2    | I50                     | 155      | Herzschwäche   |
| 3    | I10                     | 94       | Bluthochdruck ohne bekannte Ursache  |
| 4    | I21                     | 76       | Akuter Herzinfarkt   |
| 5    | J18                     | 71       | Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet  |
| 6    | I48                     | 66       | Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens  |
| 6    | F10                     | 66       | Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol  |
| 8    | A09                     | 42       | Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger |
| 9    | J44                     | 40       | Sonstige anhaltende Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege   |
| 10   | R55                     | 35       | Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps   |

### B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

-entfällt-

## B-1.7 Prozeduren nach OPS

### B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 Nummer 4-stellig | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung  |
|------|--------------------------|--------|---|
| 1    | 1-632                    | 348    | Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung |
| 2    | 8-561                    | 237    | Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen                                |
| 3    | 9-500                    | 225    | Patientenschulung   |

| Rang | OPS-301 Nummer 4-stellig | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung  |
|------|--------------------------|--------|---|
| 4    | 8-930                    | 209    | Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens |
| 5    | 8-900                    | 185    | Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene   |
| 6    | 1-650                    | 164    | Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie   |
| 7    | 1-440                    | 159    | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberen Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung            |
| 8    | 3-200                    | 140    | Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel   |
| 9    | 8-800                    | 102    | Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger                                    |
| 10   | 1-710                    | 90     | Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine – Ganzkörperplethysmographie   |

#### B-1.7.2 Weitere Kompetenz-Prozeduren

-entfällt-

#### B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr.  | Art der Ambulanz       | Bezeichnung der Ambulanz | Nr. der Leistung | Angebotene Leistung   | Kommentar/ Erläuterung   |
|------|------------------------|--------------------------|------------------|---|--|
| AM07 | Privatambulanz         | Dr. med. K. Innig        |                  | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes<br>Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit | Gastroenterologische und kardiologische sowie allgemein-internistische Fragestellungen |
| AM07 | Privatambulanz         | Dr. med. M. Hajooze      |                  | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes<br>Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit | Gastroenterologische und kardiologische sowie allgemein-internistische Fragestellungen |
| AM08 | Notfallambulanz (24 h) |                          |                  | Notfallbehandlung   | Notfallambulanz des Krankenhauses  |

### B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Nr. fortlfd. | OPS-301 Ziffer 4-stellig | Absolute Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung  |
|--------------|--------------------------|-------------------|---|
| 1            | 1-650                    | 201               | Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie                             |
| 2            | 5-452                    | 45                | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms                  |
| 3            | 1-444                    | 33                | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung |

### B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- stationäre BG-Zulassung
- nicht vorhanden

### B-1.12 Personelle Ausstattung

#### B-1.12.1 Ärzte

- Vergleiche Kapitel A-14.2  
Ärzte -

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nummer | Facharztbezeichnung                        | Kommentar / Erläuterung |
|--------|--|-------------------------|
| AQ07   | Gefäßchirurgie                             |                         |
| AQ23   | Innere Medizin                             |                         |
| AQ28   | Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie |                         |
| AQ63   | Allgemeinmedizin                           |                         |
| AQ67   | Innere Medizin und Allgemeinmedizin        |                         |

| Nummer | Zusatzweiterbildung (fakultativ) | Kommentar / Erläuterung |
|--------|----------------------------------|-------------------------|
| ZF15   | Intensivmedizin                  |                         |
| ZF28   | Notfallmedizin                   |                         |
| ZF30   | Palliativmedizin                 |                         |
| ZF 31  | Phlebologie                      |                         |
| ZF38   | Röntgendiagnostik                |                         |

### B-1.12.2 Pflegepersonal

- Vergleiche Kapitel A-14.2  
Pflegepersonal -

#### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

| Nummer | Anerkannte Fachweiterbildungen/<br>zusätzliche akademische Abschlüsse | Kommentar / Erläuterung |
|--------|---|-------------------------|
| PQ01   | Bachelor  |                         |
| PQ03   | Hygienefachkraft  |                         |
| PQ04   | Intensivpflege und Anästhesie   |                         |
| PQ05   | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten                         |                         |
| PQ06   | Master  |                         |

| Nummer | Zusatzqualifikationen            | Kommentar / Erläuterung |
|--------|----------------------------------|-------------------------|
| ZP01   | Basale Stimulation               |                         |
| ZP18   | Dekubitusmanagement              |                         |
| ZP03   | Diabetes                         | Diabetesberatung        |
| ZP04   | Endoskopie / Funktionsdiagnostik |                         |

| Nummer | Zusatzqualifikationen | Kommentar / Erläuterung |
|--------|-----------------------|-------------------------|
| ZP05   | Entlassungsmanagement |                         |
| ZP06   | Ernährungsmanagement  |                         |
| ZP07   | Geriatric             |                         |
| ZP08   | Kinästhetik           |                         |
| ZP10   | Mentoren              |                         |
| ZP11   | Notaufnahme           |                         |
| ZP12   | Praxisanleiter        |                         |
| ZP13   | Qualitätsmanagement   |                         |
| ZP15   | Stomapflege           |                         |
| ZP16   | Wundmanagement        |                         |

### B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

- Vergleiche Kapitel A-14.2  
Spezielles therapeutisches Personal -

| Nummer | Spezielles therapeutisches Personal | Kommentar / Ergänzung  |
|--------|-------------------------------------|--|
| SP51   | Apotheker                           | In Kooperation mit dem Gesundheitszentrum Rheine                             |
| SP02   | Arzthelfer                          |  |
| SP35   | Diabetesberater                     | In Kooperation mit dem Gesundheitszentrum Rheine                             |
| SP04   | Diätassistenten                     | In Kooperation mit dem Gesundheitszentrum Rheine                             |
| SP05   | Ergotherapeut                       | In Kooperation mit dem Gesundheitszentrum Rheine und niedergelassener Praxis |
| SP11   | Kinästhetikbeauftragter             |  |
| SP14   | Logopäde                            | In Kooperation mit niedergelassener Praxis                                   |
| SP15   | Masseur/Medizinischer Bademeister   | In Kooperation mit der Praxis Exeler   |

| Nummer | Spezielles therapeutisches Personal            | Kommentar / Ergänzung                            |
|--------|--|--|
| SP43   | Medizinisch-technischer Assistent              | Point of Care Labor                              |
| SP18   | Orthopädietechniker                            |  |
| SP21   | Physiotherapeut                                |  |
| SP22   | Podologe                                       | In Kooperation mit dem Gesundheitszentrum Rheine |
| SP23   | Psychologe                                     | In Kooperation mit dem Gesundheitszentrum Rheine |
| SP24   | Psychologische Psychotherapeut                 | In Kooperation mit dem Gesundheitszentrum Rheine |
| SP00   | Schmerzexperte                                 |  |
| SP25   | Sozialarbeiter                                 |  |
| SP28   | Wundmanager/ -berater/ -experte/ -beauftragter |  |
| SP31   | Bewegungstherapeut                             |  |
| SP32   | Bobath-Therapeut                               |  |
| SP42   | Manualtherapeut                                |  |

## C Qualitätssicherung

### C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

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

| Leistungsbereich             | Fallzahl   | Dokumentationsrate (%) | Kommentar |
|------------------------------|------------|------------------------|-----------|
| Ambulant erworbene Pneumonie | 87         | 100,0                  |           |
| Dekubitus                    | 190        | 100,0                  |           |
| <b>Gesamtergebnis</b>        | <b>277</b> | <b>100,0</b>           |           |

## C-1.2 Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren

| 1<br>Leistungsbereich (LB)<br>und<br>Qualitätsindikator (QI) | 2<br>Kennzahlbezeichnung                                   | 3<br>Bewertung<br>durch<br>strukturierten<br>Dialog <sup>1)</sup> | 4<br>Vertrauens-<br>bereich<br>(%) | 5<br>Ergebnis<br>(%) | 6<br>Zähler /<br>Nenner | 7<br>Referenz-<br>bereich<br>(bundesweit) | 8<br>Kommentar / Erläuterung |
|--|--|---|------------------------------------|----------------------|-------------------------|---|------------------------------|
| Ambulant erworbene Pneumonie                                 | Erste Blutgasanalyse oder<br>Pulsoxymetrie: Alle Patienten |   |                                    |                      |                         |   |                              |

### 1) Schlüssel für die Bewertung des strukturierten Dialogs

0 = Der Strukturierte Dialog ist noch nicht abgeschlossen. Derzeit ist noch keine Einstufung der Ergebnisse möglich.

1 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft.

2 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft. Die Ergebnisse werden im Verlauf besonders kontrolliert.

3 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als erneut qualitativ auffällig eingestuft.

4 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft.

5 = Das Ergebnis wird bei mangelnder Mitwirkung am Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig eingestuft.

8 = Das Ergebnis ist unauffällig. Es ist kein strukturierter Dialog erforderlich.

9 = Sonstiges

13 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als qualitativ auffällig eingestuft.

14 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als erneut qualitativ auffällig eingestuft.

### C-1.3 Ergebnisse für eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren – freiwillige Angaben

Die Inhalte dieses Gliederungspunktes sind nicht Bestandteil der Datenlieferung zum 15.07.2011. Diese Daten werden in der Zeit vom 15.11.2011 bis 31.12.2011 ergänzt.

| 1<br>Leistungsbereich (LB)<br>und<br>Qualitätsindikator (QI) | 2<br>Kennzahlbezeichnung  | 3<br>Bewertung<br>durch<br>strukturierten<br>Dialog <sup>1)</sup> | 4<br>Vertrauens-<br>bereich<br>(%) | 5<br>Ergebnis<br>(%) | 6<br>Zähler /<br>Nenner | 7<br>Referenz-<br>bereich<br>(bundesweit) | 8<br>Kommentar / Erläuterung |
|--|---|---|------------------------------------|----------------------|-------------------------|---|------------------------------|
| <b>Pflege</b><br>Dekubitusprophylaxe                         | Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthaltes bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Risikoadjustierte Rate der Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung   |   |                                    |                      |                         |   |                              |
| <b>Pflege</b><br>Dekubitusprophylaxe                         | Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthaltes bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Risikoadjustierte Rate der Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung |   |                                    |                      |                         |   |                              |

#### 1) Schlüssel für die Bewertung des strukturierten Dialogs

0 = Der Strukturierte Dialog ist noch nicht abgeschlossen. Derzeit ist noch keine Einstufung der Ergebnisse möglich.

1 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft.

2 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft. Die Ergebnisse werden im Verlauf besonders kontrolliert.

3 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als erneut qualitativ auffällig eingestuft.

4 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft.

5 = Das Ergebnis wird bei mangelnder Mitwirkung am Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig eingestuft.

8 = Das Ergebnis ist unauffällig. Es ist kein strukturierter Dialog erforderlich.

9 = Sonstiges

13 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als qualitativ auffällig eingestuft.

14 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als erneut qualitativ auffällig eingestuft.

## C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gem. § 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

- entfällt -

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

### Zertifikate

| Bereich/<br>Klinik | Gegenstand<br>der Zertifizierung/Überprüfung                                | erteilt von                            |
|--------------------|---|--|
| Innere Medizin     | Gefäßzentrum Nord-West<br>(in Kooperation mit<br>Gesundheitszentrum Rheine) | Deutsche Gesellschaft für Gefäßmedizin |
| Kurzzeitpflege     | Qualitätsmanagementsystem nach<br>DIN ISO 9001:2008                         | TÜV Nord Cert GmbH                     |

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

- entfällt -

## C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach §137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V („Strukturqualitätsvereinbarung“)

- entfällt -

## C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V

| Nummer |  | Anzahl     |
|--------|--|------------|
| 1      | Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und – psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen | 5 Personen |
| 2      | Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen                                  | 4 Personen |
| 3      | Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben  | 4 Personen |

## V Systemteil

### D Qualitätspolitik

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

#### D-1 Qualitätspolitik und Leitgedanken

Die Qualitätspolitik der Stiftung Mathias-Spital ist wie folgt festgeschrieben:

„Unsere Stiftung verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und mildtätige Zwecke zur Förderung und Durchführung von Tätigkeiten der Caritas, der Alten- und Gesundheitspflege sowie der geriatrischen Rehabilitation.

Der Mensch, ob Patient, Bewohner, Lernender, Mitarbeiter, Besucher oder Außenstehender, steht im Vordergrund unseres Denkens, Planens und Handelns. Er setzt den Maßstab für die Qualität unserer Dienstleistungen. Qualität verstehen wir dabei als fortlaufenden, nach Verbesserung strebenden Prozess, der seitens der Stiftung durch Bereitstellung der erforderlichen Mittel unterstützt wird und an dessen Umsetzung jeder Einzelne mitwirkt.

Durch eine hohe Qualität der Dienstleistung sichern wir den Fortbestand der Stiftung, erhöhen unsere Wettbewerbsfähigkeit und minimieren unsere Risiken.

Zur Absicherung unserer Bestrebungen wird in allen Einrichtungen der Mathias-Stiftung ein integriertes Managementsystem aufgebaut, das in Anlehnung an die internationale Norm DIN EN ISO 9001:2008 sowohl Qualitätsforderungen als auch Aspekte des Umweltschutzes und der Sicherheit berücksichtigt.

Aufgrund ihrer sehr unterschiedlichen Strukturen und Aufgaben werden unsere operativen Qualitätsziele durch die jeweiligen Einrichtungen festgelegt. Sie orientieren sich dabei an den strategischen Qualitätszielen sowie den folgenden Leitgedanken der Stiftung:

- Die von den Einrichtungen der Stiftung angebotenen Leistungen werden so erbracht, dass sie sowohl den Forderungen als auch den Erwartungen unserer Kunden entsprechen und mit den Ansprüchen der Gesellschaft sowie den geltenden Gesetzen in Einklang stehen.
- Das Leistungsangebot der Stiftung wird im Sinne der Satzung kontinuierlich erweitert und an die Erfordernisse des Gesundheitswesens angepasst.
- Innerhalb und zwischen den einzelnen Stiftungseinrichtungen wird eine vertrauensvolle Kommunikation und Kooperation angestrebt, um die Identifikation des Einzelnen mit der Stiftung zu fördern.
- Zur Absicherung eines hohen Qualitätsstandards in Pflege, Medizin und Lehre werden regelmäßig Fort- und Weiterbildungen für alle Mitarbeiter angeboten und durchgeführt.
- Allen Mitarbeitern wird im Rahmen ihrer Tätigkeit eigenverantwortliches, qualitäts-, kosten- und umweltbewusstes Handeln ermöglicht.
- Fehler und Beschwerden werden als Chance zur Verbesserung begriffen. Ihre Ursachen werden analysiert und zum Aufbau eines Präventionskonzeptes genutzt.“

#### D-2 Qualitätsziele

##### D-2.1 Strategische Qualitätsziele

Die im Folgenden genannten strategischen Qualitätsziele wurden von Mitarbeitern der Stiftung entwickelt und von der Geschäftsleitung in Kraft gesetzt.

##### **Zufriedene Bewohner, Patienten und Angehörige ...**

... d.h. wir wollen eine hohe Lebensqualität unter Achtung der Individualität und Würde des Einzelnen durch einen möglichst selbstbestimmten Tagesablauf, eine individuelle Speisenversorgung, die Pflege sozialer Kontakte sowie differenzierte medizinische, pflegerische und bedürfnisorientierte Leistungsangebote erreichen.

Wir wollen ein Umfeld schaffen, welches dem Wunsch nach einer vertrauten Atmosphäre folgt, Sicherheit und Geborgenheit vermittelt, die religiösen und spirituellen Bedürfnisse erfüllt, die Intimsphäre schützt und eigene Entscheidungen zulässt. Die Angehörigen unserer Bewohner und Patienten werden, sofern möglich und gewünscht, als selbstverständliche Partner in den Pflege- und Betreuungsprozess integriert.

#### **Gute Zusammenarbeit mit dem medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und den sonstigen überwachenden Behörden ...**

... d.h. wir kommunizieren unvoreingenommen mit den o.g. Behörden und setzen die aus den Begehungen resultierenden Verbesserungsvorschläge konsequent um.

#### **Berücksichtigung der Interessen unserer Bewohner und Patienten im Hinblick auf die von uns erbrachten Leistungen und unsere Leistungsangebote ...**

... d.h. wir nehmen Vorschläge und Anregungen von außen an und sind bestrebt, diese im Rahmen unserer organisatorischen Strukturen und Ressourcen umzusetzen.

#### **Förderung der Qualifikation und Fähigkeiten unserer Mitarbeiter im Hinblick auf Veränderungen im Gesundheitswesen, sofern für unser Angebotsspektrum erforderlich ...**

... d.h. im Zusammenhang mit Leistungserweiterungen ermitteln wir den notwendigen Schulungsbedarf und organisieren interne und externe Fortbildungen.

#### **Gemeinsame Zielplanung und Problemlösung ...**

... d.h. wir unterstützen und fördern die Arbeit in multiprofessionellen Teams. Alle Mitarbeiter sind aufgefordert, sich mit konkreten Vorschlägen an der Weiterentwicklung unserer Managementsysteme zu beteiligen und an internen bzw. einrichtungsübergreifenden Qualitätszirkeln, Arbeits- und Projektgruppen teilzunehmen.

#### **Zusammenwachsen der Einrichtungen und Förderung des „Wir-Gefühls“...**

... d.h. wir wollen die einzelnen Einrichtungen der Stiftung besser kennen lernen und so die Chance nutzen, von- und miteinander zu lernen, in dem wir die Möglichkeit zur gegenseitigen Hospitation schaffen, gemeinsame Schulungen planen und durchführen sowie Strukturen für einen regelmäßigen Informations- und Meinungsaustausch etablieren.

#### **Angebot zielgerechter und zeitnaher Fort- und Weiterbildungen für alle Mitarbeiter ...**

... d.h. tätigkeitsrelevante Fort- bzw. Weiterbildungsangebote werden geplant, wobei Themenvorschläge seitens der Mitarbeiter ausdrücklich erwünscht sind. Durch Aufklärung über die Notwendigkeit von Fort- und Weiterbildungen sowie eine strukturierte Weitergabe von Fortbildungsinhalten, z.B. in Form von Kurzvorträgen im Rahmen der Dienstübergabe, wollen wir die Kenntnisse und Fähigkeiten unserer Mitarbeiter fördern und sie zu einer regelmäßigen Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen motivieren.

#### **Intensive Einarbeitung neuer Mitarbeiter ...**

... d.h. die Organisationsstruktur der Stiftung Mathias-Spital ist von einer flachen Hierarchie geprägt, in der großen Wert auf eigenverantwortliches Handeln unter qualitäts-, kosten- und umweltbewussten Gesichtspunkten gelegt wird. Durch regelmäßige Schulungen soll es allen Mitarbeitern ermöglicht werden, ihr eigenverantwortliches Handeln zeitgemäß unter den o.g. Gesichtspunkten zu fördern. Ein wesentlicher Schwerpunkt ist hierbei der effektive Umgang mit vorhandenen Ressourcen. Neue Mitarbeiter werden durch erfahrene Mitarbeiter entsprechend angeleitet.

#### **Positiver Umgang mit Fehlern und Beschwerden ...**

... d.h. wir wollen offen und ohne Schuldzuweisung mit Fehlern und Beschwerden umgehen, sie ernst nehmen, zusammen aus ihnen lernen und sie als Chance zur Verbesserung begreifen.

#### **Gemeinsame Fehleranalyse und Erarbeitung von Korrekturmaßnahmen ...**

... d.h. wir wollen die zum Beschwerdemanagement und zur Fehlerkorrektur getroffenen Festlegungen umsetzen. Ein wesentlicher Aspekt ist dabei das gegenseitige zur Kenntnisbringen, um Fehlerwiederholungen zu vermeiden. Wir streben an, die Qualität unserer Leistungen in einem kontinuierlichen Prozess stetig zu verbessern.

## D-2.2 Operative Qualitätsziele

Seit 2006 wird jährlich ein stiftungsweit geltender Qualitätsplan von einer übergeordneten QM-Steuerungsgruppe erstellt und von der Geschäftsleitung genehmigt. Dieser Qualitätsplan enthält Maßnahmen bzw. messbare operative Qualitätsziele, die den strategischen Qualitätszielen zugeordnet sind und ihrer Erreichung dienen sollen.

## D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung

Strategische Qualitätsziele und Qualitätspläne sind allen Mitarbeitern im Intranet der Stiftung zugänglich. Hier werden darüber hinaus auch Projektskizzen und -protokolle veröffentlicht.

Als weiteres Kommunikationsinstrument dient das „Mathias Aktuell“, die vierteljährlich erscheinende Zeitung der Stiftung.

## D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Mathias-Stiftung unterhält seit 1999 ein integriertes Managementsystem, das die Bereiche Qualität, Hygiene, Betriebssicherheit sowie Arbeits- und Umweltschutz gleichermaßen berücksichtigt und verbindet.

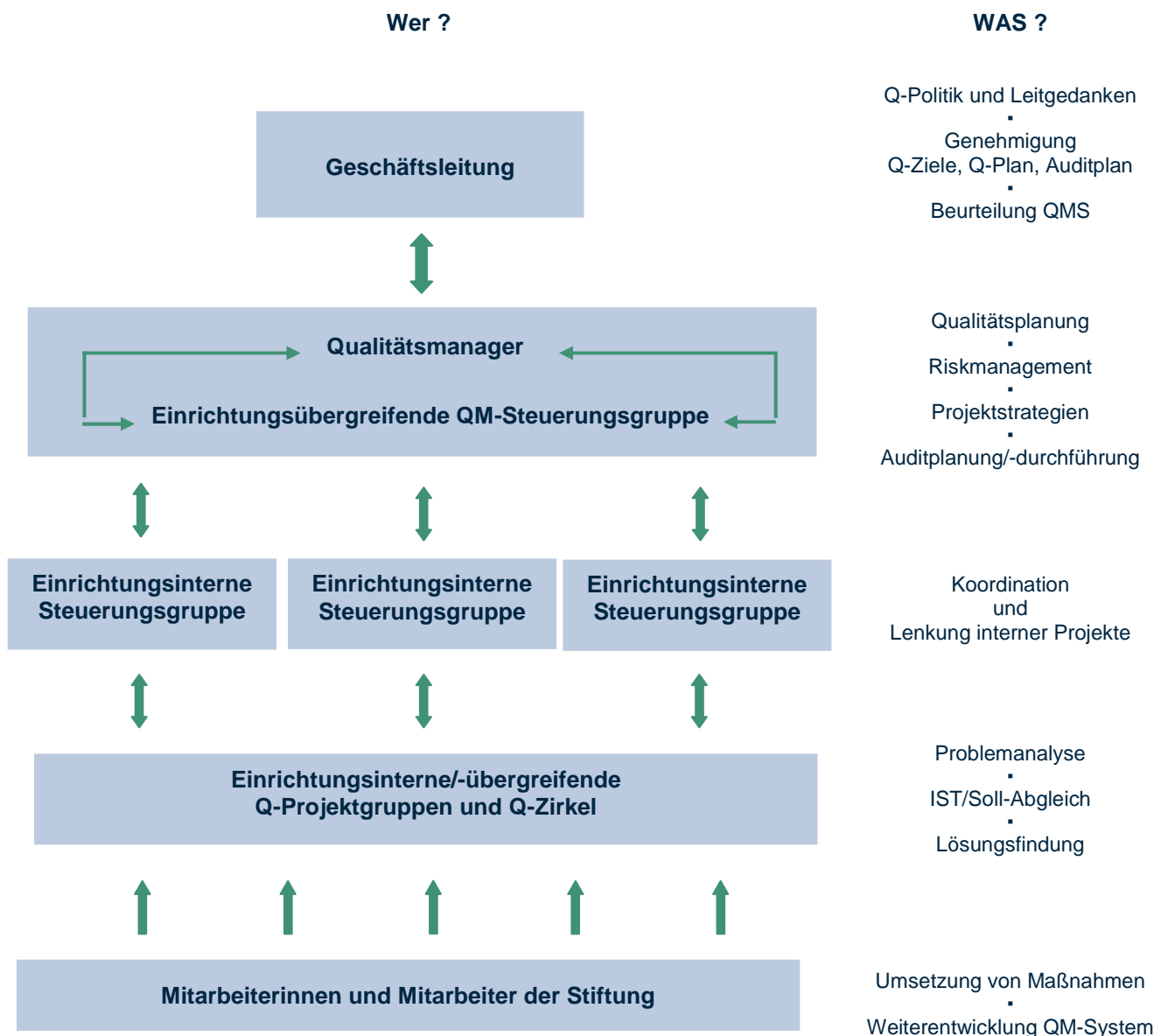
Unser Managementsystem, das sich an der internationalen Norm DIN EN ISO 9001 orientiert, wird von der Abteilung Qualitätswesen in Zusammenarbeit mit unseren Mitarbeitern erstellt, gepflegt und weiterentwickelt, von den Einrichtungen der Stiftung realisiert und von der Geschäftsführung überwacht.

Das Qualitätswesen der Mathias-Stiftung ist ein integratives Element der bestehenden Strukturen. Die von der Geschäftsführung ernannte Beauftragte ist für den Aufbau, die Pflege und die Weiterentwicklung des QM-Systems verantwortlich. Sie wird dabei von einrichtungsinternen sowie einer einrichtungs-übergreifenden Steuerungsgruppe auf Leitungsebene unterstützt.

So, wie sich die Stiftung mit ihren verschiedenen Einrichtungen stets den veränderten Anforderungen des Gesundheitswesens anpasst und sich intern weiterentwickelt, ist auch ein Qualitätsmanagementsystem dauernden Änderungen unterworfen. Um unser vorrangiges Ziel, die Zufriedenheit unserer Patienten, Bewohner und deren Angehörigen zu erreichen, streben wir eine kontinuierliche Verbesserung unserer Leistungen an. Der resultierende Verbesserungsprozess, der z.B. durch Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitern, Patienten oder überwachende Behörden, durch interne Audits, Änderungsanträge zum QM-System und Qualitätsberichte gestützt wird, ist damit ein wesentlicher Bestandteil unseres QM-Systems.

Wir möchten, dass unsere Patienten mit den von uns erbrachten Leistungen, unseren Angeboten und unserem Service zufrieden sind, dass wir dem Vertrauen, das uns unsere Patienten entgegenbringen, gerecht werden und das wir die in uns gesetzten Erwartungen erfüllen oder sogar übertreffen. Deshalb sind wir jederzeit offen für Anregungen, Kritik oder Beschwerden. Erste Anlaufstelle bei Problemen sind selbstverständlich unsere Mitarbeiter. Als Ansprechpartner der Stiftung stehen der Patientenfürsprecher des Mathias-Spitals und unsere Qualitätsbeauftragte zur Verfügung. Anregungen und Verbesserungsvorschläge werden im Rahmen von Team und Leitungsgesprächen beraten. Durch interne Audits überprüfen wir, ob die beschlossenen Maßnahmen umgesetzt sind. Alle objektivierbaren Beschwerden, ob mündlich oder schriftlich vorgetragen, werden zur Bearbeitung an den Verantwortlichen weitergeleitet, der Beschwerdeführer wird von uns über die getroffenen Maßnahmen informiert. Neben dem etablierten und wirksamen Verfahren zum Umgang mit Patientenbeschwerden führen wir regelmäßig Patientenumfragen zu verschiedenen Qualitätsmerkmalen durch, deren Ergebnisse selbstverständlich kommuniziert und publiziert werden. Die erhobenen Daten werden vom Qualitätsmanagement der Stiftung ausgewertet und stellen für die Geschäftsführung ein Aspekt für die Bewertung unseres Qualitätsmanagementsystems dar.

Interne Audits sind als regelmäßige Gespräche zu verstehen, in denen festgestellt wird, ob das QM-System praktiziert wird und wo das System im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung noch geändert werden muss. Die Planung und Durchführung interner Audits obliegt der einrichtungsübergreifenden QM-Steuerungsgruppe. Bei Abweichungen vereinbaren der Verantwortliche des auditierten Bereichs und die Auditoren gemeinsam Korrekturmaßnahmen, deren Umsetzung und Wirksamkeit wiederum durch das Auditteam überprüft werden.



**Abb. 3** Organisation des Qualitätsmanagements der Mathias-Stiftung

Konkrete Vorschläge für die Änderung des QM-Systems erfolgen in Form von Änderungsanträgen direkt an das Qualitätsmanagement sowie im Rahmen der jährlich durchgeführten Dokumentenprüfungen. Unsere Mitarbeiter sind angehalten und aufgefordert, regen Gebrauch von dieser Möglichkeit zu machen, um das QM-System weiterzuentwickeln.

Sämtliche Daten, die zur Beurteilung der Wirksamkeit unseres QM-Systems geeignet sind, wie z.B. Auditergebnisse, Kennzahlen zu Qualitätszielen und zum Beschwerdemanagement Daten aus Kundenbefragungen oder Protokolle der überwachenden Behörden, werden der Geschäftsführung zur Bewertung vorgelegt.

## D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

### D-4.1 Interne Audits

Interne Audits sind regelmäßige Gespräche mit Mitarbeitern, die der Feststellung dienen, ob das QM-System von den Mitarbeitern umgesetzt ist und wo im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung Verbesserungspotential besteht. Folgende Audits wurden 2009/2010 im Pius-Hospital durchgeführt.

| Nr. | Thema                                | Auditierte Bereiche                                | Erfüllungsgrad (%) |
|-----|--------------------------------------|--|--------------------|
| 1   | Transfusionsmedizin                  | Ärztlicher Dienst                                  | 85                 |
| 2   | Personalhygiene                      | Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Funktionsbereiche | 94                 |
| 3   | Primäre Pflege                       | Pflegedienst                                       | 80                 |
| 4   | Pflegeprozess und -dokumentation     | Pflegedienst                                       | 75                 |
| 5   | Pflegeprozess und Dokumentation (NA) | Pflegedienst                                       | 82                 |
| 6   | Personalhygiene                      | Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Funktionsbereiche | 99                 |
| 7   | Transfusionsmedizin                  | Ärztlicher Dienst                                  | 91                 |

Für die im Audit festgestellten Abweichungen werden Korrekturmaßnahmen vereinbart, die in einem festgelegten Zeitraum vom Verantwortlichen und den Mitarbeitern des betroffenen Bereichs umzusetzen sind. Die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen wird erneut überprüft. In Bereichen mit Auditergebnissen unter 80 % erfolgt nach Durchführung der Korrekturmaßnahmen und ggfs. Mitarbeiterschulungen grundsätzlich ein Nachaudit.

### D-4.2 Interne Dokumentationsprüfung

Die Dokumente zum Qualitätsmanagement, d.h. Handbücher, Verfahrens- und Arbeitsanweisungen sowie Standards werden regelmäßig, d.h. jährlich durch den jeweiligen Prozesseigner auf Aktualität überprüft. Die Überprüfung wird in Form eines Intranet-Workflows EDV-gestützt initiiert. Darüber hinaus können unsere Mitarbeiter jederzeit Änderungswünsche zur Dokumentation äußern.

### D-4.3 Beschwerdemanagement

Wir möchten, dass unsere Patienten mit den von uns erbrachten Leistungen, unseren Angeboten und unserem Service zufrieden sind. Deshalb sind wir jederzeit offen für Anregungen, Kritik oder Beschwerden. Erste Anlaufstelle bei Problemen sind selbstverständlich unsere Mitarbeiter. Als weitere Ansprechpartner fungieren im Mathias-Spital der Patienten-Fürsprecher und unsere Qualitätsbeauftragten. Alle objektifizierbaren Beschwerden, ob mündlich oder schriftlich vorgetragen, werden zur Bearbeitung an den Verantwortlichen weitergeleitet, der Beschwerdeführer wird von uns über getroffene Maßnahmen informiert. Die erhobenen Daten werden vierteljährlich von der Abteilung Qualitätsmanagement ausgewertet.

### D-4.4 Fehler- und Risikomanagement

Derzeit werden aufgetretene Fehler von einer Arbeitsgruppe analysiert. Neben der Ermittlung der Fehlerursache sowie der Festlegung von Korrekturmaßnahmen wird dabei besonderes Augenmerk auf die Fragen gelegt, inwieweit der bekannte Fehler auch in einem anderen Bereich auftreten kann und welche Maßnahmen notwendig sind, um ein erneutes Auftreten zu verhindern. Um zukünftig Beinahe-Ereignisse und Risikofaktoren auch präventiv erfassen zu können, war für 2010 die Implementierung eines EDV-gestützten

Zwischenfallerfassungssystem (Incidence Reporting System) geplant. Diese Maßnahme wurde aufgrund vorrangiger Projekte im Rahmen der der Stiftungserweiterung auf 2012 verschoben.

#### **D-4.5 Patientenbefragungen**

In sämtlichen Einrichtungen der Stiftung stehen unseren Patienten Kurzfragebögen zur Verfügung, auf denen sie unsere Kernprozesse bewerten und Vorschläge respektive Kritik anmerken können.

Patientenbefragungen im eigentlichen Sinne erfolgen nach Bedarf bzw. im Rahmen der Primären Pflege regelmäßig am Ende des stationären Aufenthaltes. Gefragt wird dabei u.a. nach der Aufnahme, der medizinischen und pflegerischen Versorgung, der Verpflegung sowie der Entlassung. Darüber hinaus werden in diesen Bereichen jährliche Evaluationsbefragungen mittels Fragebogen oder Interview durchgeführt.

Um die Gestaltung von Fragebögen zu standardisieren und die Auswertung von Befragungen zu erleichtern bzw. zu verifizieren, wurde bereits 2006 das EDV-Modul Eva-Sys implementiert. Mittels des sogenannten Fragebogeneditors lassen sich die Fragebögen als Papier- oder Online-Version erstellen. Ausgefüllte Bögen werden gescannt und automatisch ausgewertet. Die graphische Darstellung der Ergebnisse erfolgt ebenfalls automatisch.

Die Bewertung der Ergebnisse findet in den jeweiligen Steuerungs- oder Projektgruppen statt. Bei Abweichungen von Zielgrößen werden Korrekturmaßnahmen beschlossen. Ihre Umsetzung wird gemäß PDCA-Zyklus überwacht.

#### **D-4.6 Mitarbeiterbefragungen**

Im Rahmen der Primären Pflege erfolgt eine jährliche Evaluationsbefragung sämtlicher Mitarbeiter aller vertretenen Berufsgruppen. Die Befragung findet mittels Fragebogen statt. Die Ergebnisse und resultierende Maßnahmen werden im Intranet veröffentlicht und sind so allen Mitarbeitern zugänglich.

#### **D-4.7 Maßnahmen zur Patienteninformation und –aufklärung**

Das Pius-Hospital hat im Berichtszeitraum einen Tag der offenen Tür sowie verschiedene Patienteninformationsveranstaltungen in Kooperation mit der VHS Unter dem Titel „Visite am Abend“ durchgeführt. Themen der Veranstaltungen waren z.B.

- Darmkrebs
- Demenz – Krankheit des 21. Jahrhunderts?
- „Gut und Böse“ – Cholesterin
- Das unterschätze Risiko – Bluthochdruck
- Schilddrüsenvergrößerung und ihre Folgen
- Gut leben mit Diabetes mellitus
- Schlaganfall – Vorbeugen und Erkennen
- Darmkrebs
- Schnarchen und Schlafapnoe
- Kopfschmerz und Migräne
- Mein Kind ist viel zu dick!
- Ausfall : Risikofaktoren in der Männerwelt

Darüber hinaus wurden in 2009/2010 verschiedene Patienteninformationsbroschüren, z.B. zu den Themen Lymphologie und Familiäre Pflege erstellt.

#### **D-4.8 Hygienemanagement**

Das Hygienemanagement ist bestrebt, durch Umsetzung vielfältigster Maßnahmen sowohl das Umfeld der Patienten als auch das der Mitarbeiter so sicher wie irgend möglich zu gestalten.

Hygiene ist gleichermaßen Voraussetzung und Teil einer qualitativ hochwertigen medizinischen und pflegerischen Versorgung. Einzelheiten hierzu finden sich im Hygieneplan, der von unseren Hygiene-fachkräften und den Hygienebeauftragten der einzelnen Einrichtungen in Zusammenarbeit mit unseren

Mitarbeitern erarbeitet wurde und regelmäßig aktualisiert und ergänzt wird. Für die Umsetzung des Hygieneplans sind alle Mitarbeiter verantwortlich.

Die Einhaltung der Anweisungen wird durch die Hygienebeauftragten und die zuständigen Behörden überwacht. Dabei ist uns die Kommunikation mit den uns überwachenden Behörden besonders wichtig. Der vertrauensvolle Dialog mit dem Gesundheitsamt oder dem Kreisveterinäramt bietet beiden Seiten die Möglichkeit, schnell und sachgerecht auf Probleme zu reagieren. Über die Begehungen werden Aufzeichnungen geführt. Darüber hinaus führen die Hygienebeauftragten regelmäßige Infektionskontrollen durch und führen die gesetzlich geforderten Infektionsstatistiken. Die Ergebnisse aus den Begehungen und den Infektionskontrollen werden von einer einrichtungsübergreifenden Hygiene-Kommission bewertet und dienen als Grundlage für Verbesserungsmaßnahmen. Zudem werden stiftungsintern regelmäßig Hygienethemen auditiert.

Die Anleitung und Schulung der Mitarbeiter in der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen ist eine Kernaufgabe der Krankenhaushygiene. Wir erfüllen in der Umsetzung dieses Schulungsauftrages, die im Wesentlichen von den Hygienefachkräften durchgeführt und organisiert wird, elementare Forderungen von Seiten der Behörden und Berufsorganisationen.

Eine weitere, wichtige Rolle spielt die Hygiene in allen Bereichen, in denen mit Lebensmitteln gearbeitet wird. Wir tragen Sorge dafür, dass im Umgang mit Lebensmitteln, d.h. von der Anlieferung über die Verarbeitung bis hin zur Ausgabe an unsere Patienten, alle gesetzlichen Vorgaben eingehalten werden und wenden das HACCP (Hazard Analysis of Critical Control Points)-Konzept an.

Darüber hinaus beteiligen wir uns an internationalen wissenschaftlichen Projekten wie dem MRSA-net-Projekt der Universitäten Twente / Enschede und Münster. Ziel dieses Projektes ist es, neue Daten hinsichtlich der Verbreitung eines hochproblematischen Erregers zu gewinnen, um daraus Strategien zu dessen Bekämpfung zu entwickeln. Resultierend aus dieser Teilnahme wurde im Pius-Hospital bereits 2006 dauerhaft ein MRSA-Screening implementiert.

#### **D-4.9 Interdisziplinäre Tumorkonferenz**

Es besteht die Möglichkeit, Patienten mit Tumorerkrankungen in der wöchentlich am Standort Rheine stattfindenden Tumorkonferenz vorzustellen. Die Konferenz setzt sich aus Mitarbeitern der Medizinischen Klinik I, der Allgemein- und Viszeralchirurgie, Urologie, Strahlentherapie, Frauenklinik, Gefäßchirurgie und dem Pius-Hospital sowie dem niedergelassenen Onkologen zusammen. Die in der Tumorkonferenz ausgesprochenen und auf den Leitlinien zur Therapie von Tumorerkrankungen basierenden Therapieempfehlungen sind bindend.

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

In der Mathias-Stiftung wurden im Berichtszeitraum verschiedenste Projekte zu folgenden Schwerpunktthemen initiiert

- Dokumentation (Vereinheitlichung der digitalen Dokumentation, Zusammenführung und Überarbeitung der CT-relevanten Dokumente)
- Qualitätsentwicklung (Vereinheitlichung der Prozesse zur Transfusionsmedizin, Zertifizierung bzw. Re-Zertifizierung von Einrichtungen und Abteilungen, Einführung Rili-BÄK)
- Information und Kommunikation (Neugestaltung Intranet, Neugestaltung bzw. Überarbeitung von Patienteninformationsbroschüren)
- Hygiene (Tag der Händehygiene, Zusammenführung und Überarbeitung hygienerelevanter Dokumente)
- Patientenversorgung (Lymphologie, Primäre Pflege, Einführung Expertenstandard „Kontinenz“, Entwicklung eines Instrumentes zur Kontrakturrisikoerfassung, Re-Strukturierung Zentralaufnahme, Darmzentrum, Einführung Mäeutik, Familiäre Pflege, Geriatrische Früh-Rehabilitation, Zertifizierung „Angehörigenfreundliche Intensivstation“)
- Personalentwicklung (Personalmanagementhandbuch, Prospektive Fort-/Weiterbildungsplanung)
- Bildung (Eröffnung der Mathias Hochschule, Konzeption neuer Studiengänge)

- Arbeitssicherheit (Brandschutzschulung).


Die Auswahl der anschließend vorgestellten Projekte soll einen möglichst aktuellen Querschnitt der Projektarbeit im Pius-Hospital vermitteln. Daher werden hier sowohl



- in der Umsetzung befindliche, d.h. erarbeitete Maßnahmen in der Erprobung Status 
- abgeschlossene, d.h. umgesetzte Status 

Projekte des Berichtszeitraumes vorgestellt. Meilensteine ▲ kennzeichnen die einzelnen Projektphasen.

| Projekt 1 Einführung der Familialen Pflege |   |
|--|---|
| <b>Verantwortlich</b>                      | PDL   |
| <b>Beteiligte Bereiche</b>                 | PFLD, SOZD, AOK, Universität Bielefeld  |
| <b>Projektbeginn</b>                       | 10-2009   |
| <b>Voraussichtliches Projektende</b>       | 12-2011   |
| <b>Bezug DIN ISO 9001:2008</b>             | Kapitel 5.2 Kundenorientierung, 7.2 Kundenbezogene Prozesse, 7.5 Dienstleistungserbringung  |
| <b>Gegenwärtiger Status</b>                |    |
| <b>Projektziele</b>                        | Ziele dieses Projektes sind <ul style="list-style-type: none"> <li>• die sichere Überleitung von pflegebedürftigen Patienten in das häusliche Umfeld</li> <li>• Beratung und Anleitung von Angehörigen</li> <li>• Optimierung der stationären Verweildauer</li> </ul>   |
| <b>Vorgehensweise</b>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektvorstellung durch Universität Bielefeld</li> <li>• Klärung der Rahmenbedingungen</li> <li>• Zustimmung der GL zum Kooperationsvertrag ▲1</li> <li>• Auswahl und Fortbildung von MA PFLD zu Koordinatoren</li> <li>• Information der übrigen Mitarbeiter im Pflege- und Sozialdienst ▲2</li> <li>• Beginn der Pflegetrainings von Angehörigen</li> <li>• Initiierung von Angehörigengesprächskreisen</li> <li>• Beginn der initialen Pflegekurse für Angehörige ▲3</li> <li>• Evaluation ▲4</li> </ul> |
| <b>Projektergebnis am 31.12.2010</b>       | Die Meilensteine 1 bis 3 wurden termingerecht erreicht. Für 2011 ist die Evaluation des Projektes geplant. Das Evaluationsinstrument (Erhebungsbogen) wird von der Universität Bielefeld zur Verfügung gestellt.  |
| <b>Aussicht</b>                            | Um den erhöhten Anforderungen von Angehörigen in der Begleitung von Menschen mit Demenz gerecht zu werden, soll ab 07-2011 eine ergänzende Schulung zum Thema „Wissenschaftliche Weiterbildung Demenz“ für die Koordinatoren angeboten werden.  |

| Projekt 2                            | Einrichtung einer Klinik für Lymphologie  |
|--------------------------------------|---|
| <b>Verantwortlich</b>                | GL, CA GF   |
| <b>Beteiligte Bereiche</b>           | GF, PT, PFLD, MEDT  |
| <b>Projektbeginn</b>                 | 06-2008   |
| <b>Voraussichtliches Projektende</b> | 12-2009   |
| <b>Bezug DIN ISO 9001:2008</b>       | Kapitel 7.5 Dienstleistungserbringung   |
| <b>Gegenwärtiger Status</b>          |    |
| <b>Projektziele</b>                  | <p>Ziele dieses Projektes sind</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Einrichtung einer Klinik für Lymphologie zur akutstationären Behandlung von Patienten mit lymphologischen Erkrankungen</li> <li>• die Bildung von Netzwerken zur Verzahnung ambulanter und stationärer Einrichtungen</li> <li>• die Verbesserung der Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team</li> <li>• die Einbeziehung der ortsansässigen Selbsthilfegruppe und dem Bundesverband Lymphselbsthilfe</li> </ul> |
| <b>Vorgehensweise</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedarfsfeststellung</li> <li>• Einrichtung Lymphsprechstunde</li> <li>• Räumlichkeiten festlegen</li> <li>• Behandlungskonzept erstellen ▲ 1</li> <li>• Information der Betroffenen, der Fachgesellschaften und der niedergelassenen Ärzte</li> <li>• Information der Mitarbeiter vor Ort ▲ 2</li> <li>• Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>• Aufnahme des Klinikbetriebs mit fünf Betten ▲ 3</li> </ul>   |
| <b>Projektergebnis am 31.12.2010</b> | Die vereinbarten Meilensteine wurden termingerecht erreicht. In 2010 wurde die Bettenzahl auf insgesamt 16 erhöht.  |
| <b>Aussicht</b>                      | Aufgrund der hohen Nachfrage soll die Kapazität in 2011 auf 24 Betten ausgebaut werden.   |

| <b>Projekt 3</b>                     |  | <b>Geriatrische Früh-Rehabilitation</b>  |  |
|--------------------------------------|--|--|--|
| <b>Verantwortlich</b>                |  | CA IN  |  |
| <b>Beteiligte Bereiche</b>           |  | ÄD, PFLD, SOZD, PT, ERGO, LOGO   |  |
| <b>Projektbeginn</b>                 |  | 06-2010  |  |
| <b>Voraussichtliches Projektende</b> |  | 12-2010  |  |
| <b>Bezug DIN ISO 9001:2008</b>       |  | Kapitel 7.5 Dienstleistungserbringung  |  |
| <b>Gegenwärtiger Status</b>          |  |   |  |
| <b>Projektziele</b>                  |  | Ziel dieses Projektes ist <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit älterer Patienten bzw. die Erhaltung bzw. Wiederherstellung ihrer höchst möglichen Selbständigkeit durch die medizinische Therapie sowie eine gleichzeitige Verbesserung funktioneller Fähigkeiten</li> </ul>  |  |
| <b>Vorgehensweise</b>                |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationsveranstaltung für Mitarbeiter ▲1</li> <li>• Definition möglicher Patientengruppen</li> <li>• Strukturierung der Visite</li> <li>• Festlegung von Rahmenbedingungen (Organisation und Durchführung) für Fallbesprechungen im multidisziplinären Team ▲2</li> <li>• Einführung der geriatrischen Frührehabilitation</li> <li>• Evaluation ▲3</li> </ul> |  |
| <b>Projektergebnis am 31.12.2010</b> |  | Die Geriatrische Frührehabilitation ist eingeführt. Die Evaluation wird in Form eines internen Audits in 2011 erfolgen.  |  |
| <b>Aussicht</b>                      |  | Zurzeit besteht kein Anpassungsbedarf.   |  |

| Projekt 4                            |  | Angehörigenfreundliche Intensivstation |
|--------------------------------------|--|--|
| <b>Verantwortlich</b>                | PFLD   |  |
| <b>Beteiligte Bereiche</b>           | PFLD   |  |
| <b>Projektbeginn</b>                 | 02-2010  |  |
| <b>Voraussichtliches Projektende</b> | 02-2011  |  |
| <b>Bezug DIN ISO 9001:2008</b>       | Kapitel 7.5 Dienstleistungserbringung  |  |
| <b>Gegenwärtiger Status</b>          |   |  |
| <b>Projektziele</b>                  | <p>Ziele dieses Projektes sind</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Anerkennung Angehöriger als Partner in der Betreuung des intensivpflichtigen Patienten</li> <li>• die Berücksichtigung und Einbeziehung Angehöriger in den Alltag der Intensivstation und in die Betreuung des Intensivpatienten</li> <li>• die Zertifizierung „Angehörige jederzeit willkommen“ durch Pflege e.V.</li> </ul>  |  |
| <b>Vorgehensweise</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information der GL und des Patientenfürsprechers</li> <li>• Ist-Analyse</li> <li>• Abgleich des Ist-Zustandes mit den Anforderungen der zertifizierenden Stelle und Festlegung notwendiger Maßnahmen (u.a. Einrichtung eines Besucherraumes, Anpassung von Patienteninformationsbroschüren, Erstellung eines Konzeptes)</li> <li>• Informationsveranstaltung für Mitarbeiter ▲1</li> <li>• Umsetzung der geplanten Maßnahmen</li> <li>• Einreichung der notwendigen Zertifizierungsunterlagen</li> <li>• Zertifizierung ▲2</li> </ul> |  |
| <b>Projektergebnis am 31.12.2010</b> | Die geplanten Maßnahmen wurden eingeführt.   |  |
| <b>Aussicht</b>                      | Die Intensivstation wurde im Januar 2011 erfolgreich zertifiziert.   |  |
| Projekt 5                            |  | Transfusionsmedizin                    |
| <b>Verantwortlich</b>                | Transfusionsverantwortliche der Stiftung   |  |
| <b>Beteiligte Bereiche</b>           | ÄD, LAB, PW, QM  |  |
| <b>Projektbeginn</b>                 | 06-2010  |  |
| <b>Voraussichtliches Projektende</b> | 12-2010  |  |
| <b>Bezug DIN ISO 9001:2008</b>       | Kapitel 7.1 Planung der Produktrealisierung<br>Kapitel 7.2.1 Ermittlung der Anforderungen in Bezug auf die Dienstleistung<br>Kapitel 7.5 Dienstleistungserbringung   |  |
| <b>Gegenwärtiger Status</b>          |   |  |
| <b>Projektziele</b>                  | <p>Ziele dieses Projektes sind</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Gewährleistung der sicheren Anwendung von Blut und Blutprodukten</li> <li>• die Erarbeitung stiftungseinheitlicher Verfahren zur Erfüllung der Vorgaben des Transfusionsgesetzes und der Richtlinie Hämotherapie</li> </ul>  |  |

### Vorgehensweise

- Sammlung vorhandener Dokumente zur Transfusionsmedizin und Abgleich mit gesetzlichen Vorgaben (Transfusionsgesetz, Richtlinie Hämotherapie)
- Erarbeitung des Handbuchs und der mitgeltenden Dokumente ▲ 1
- Festlegung der Aufgaben sowie Bestellung der Transfusionsbeauftragten
- Regelung der Erst- und Wiederholungseinweisungen für MA des ÄD
- Information der Transfusionsbeauftragten ▲ 2
- Durchführung der Ersteinweisung aller MA im ÄD
- Einrichtungsübergreifendes internes Audit ▲ 3

### Projektergebnis am 31.12.2010

Die Meilensteine 1 und 2 wurden im vorgegebenen Projektzeitplan umgesetzt. Das interne Audit ist für das erste Quartal 2011 geplant.

### Aussicht

Für 2011 ist erstmalig eine einrichtungsübergreifende Sitzung der Transfusionskommission geplant.

### D-5.2 Stand der im Qualitätsbericht 2008 vorgestellten, aber nicht abgeschlossenen Projekte

Die noch offenen Projekte „Primäre Pflege“ und „Patientenabschlussgespräch“ wurden planmäßig abgeschlossen.

### D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Die Stiftung Mathias-Spital strebt eine Zertifizierung ihrer Krankenhäuser nach DIN EN ISO 9001 an. Wie bei den bereits zertifizierten Altenhilfeeinrichtungen und dem Geriatrischen Reha-Zentrum Mettingen, soll die Zertifizierung der Krankenhäuser ebenfalls im Verbund erfolgen. Resultierend aus dem Zuwachs an Einrichtungen in den letzten Jahren, liegt das Hauptaugenmerk des Qualitätsmanagements derzeit allerdings insbesondere auf der Konsolidierung und der Anpassung vorhandener Strukturen. Entsprechend gehört die Zertifizierung der Krankenhäuser zu den mittelfristig geplanten Stiftungsprojekten.

Auf Grundlage der Qualitätsberichte werden jährlich Managementreviews durchgeführt, bei denen die Geschäftsleitung anhand festgelegter Eingaben, wie z.B. Auditergebnisse, Kundenrückmeldungen, Prozessleistungen und Verbesserungsvorschlägen die Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems bewertet und Vorgaben für die weitere Qualitätsplanung festschreibt.

## VI Abkürzungsverzeichnis

|          |  |
|----------|--|
| ÄD       | Ärztlicher Dienst  |
| AKAD     | Akademie für Gesundheitsberufe   |
| APO      | Apotheke   |
| AZVV     | Anerkennungs- und Zulassungsverordnung Weiterbildung   |
| BQS      | Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung   |
| CC       | Com Center   |
| EDV      | Elektronische Datenverarbeitung  |
| EK       | Einkauf  |
| ERGO     | Ergotherapie   |
| GL       | Geschäftsleitung   |
| KÜ       | Küche  |
| LOGO     | Logopädie  |
| MA       | Mitarbeiter  |
| MAV      | Mitarbeitervertretung  |
| MSG      | Mathias-Service-Gesellschaft   |
| ORSA     | Oxacillinresistente Staphylokokkus aureus  |
| PDL      | Pflegedienstleitung  |
| PFLD     | Pflegedienst   |
| PL       | Personalleiter   |
| PT       | Physiotherapie   |
| PTCA     | Perkutane und Transluminale Koronarangioplastie  |
| PW       | Personalverwaltung   |
| QM       | Qualitätsmanagement  |
| QMB      | Qualitätsmanagementbeauftragte   |
| QS       | Qualitätssicherung   |
| Rili-BÄK | Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung<br>laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen |
| SOZD     | Sozialdienst   |
| TD       | Technischer Dienst   |
| VL       | Verwaltungsleitung   |
| WB       | Weiterbildung  |