



Strukturierter Qualitätsbericht 2010

AMEOS Klinikum Heiligenhafen

*gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über das Berichtsjahr 2010
erstellt am 11.01.2012*

Impressum

Krankenhaus: AMEOS Klinikum Heiligenhafen
Anschrift: Friedrich-Ebert-Straße 100
23774 Heiligenhafen
Tel. 04362 91 0
Fax 04362 91 1450
<http://www.ameos.eu>

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses
A-14	Personal des Krankenhauses
A-14.1	Ärzte und Ärztinnen
A-14.2	Pflegepersonal
A-14.3	Spezielles therapeutisches Personal
A-15	Apparative Ausstattung

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1	Klinik für Neurologie und Neurophysiologie
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	Diagnosen 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

Inhaltsverzeichnis

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 und Ärztinnen Ärztliche Fachexpertise der Abteilung
B-1.11.2	Pflegepersonal Pflegerische Fachexpertise der Abteilung
B-1.11.3	Spezielles therapeutisches Personal
B-2	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
B-2.1	Name der Organisationseinheit/Fachabteilung
B-2.2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung
B-2.3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung
B-2.4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung
B-2.5	Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung
B-2.6	Diagnosen nach ICD
B-2.6.1	Hauptdiagnosen nach ICD
B-2.6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen
B-2.7	Prozeduren nach OPS
B-2.7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS
B-2.7.2	Weitere Kompetenzprozeduren
B-2.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-2.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-2.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-2.11	Personelle Ausstattung
B-2.11.1	Ärzte und Ärztinnen Ärztliche Fachexpertise der Abteilung
B-2.11.2	Pflegepersonal Pflegerische Fachexpertise der Abteilung
B-2.11.3	Spezielles therapeutisches Personal

C **Qualitätssicherung**

C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 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 SGB V
C-6	Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“)
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V

Inhaltsverzeichnis

D	Qualitätsmanagement
D-1	Qualitätspolitik
D-2	Qualitätsziele
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements
D-5	Qualitätsmanagementprojekte
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements

Einleitung

Das AMEOS Klinikum Heiligenhafen gehört im Krankenhausbereich zu den größten Anbietern psychiatrisch-psychotherapeutisch, psychosozialer und kinder- und jugendpsychiatrischer Dienstleistungen in Schleswig-Holstein.

Für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung seelisch kranker Erwachsener besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung für den nördlichen Teil des Kreises Ostholstein, des Kreises Plön und Teile der Stadt Kiel.

Eng verbunden mit dem Standort in Heiligenhafen sind das AMEOS Klinikum Preetz, das AMEOS Klinikum Kiel und das AMEOS Klinikum Oldenburg.

Wenn im vorliegenden Bericht vom AMEOS Klinikum Heiligenhafen gesprochen wird, so beinhaltet diese Formulierung auch immer die AMEOS Kliniken Preetz, Kiel und Oldenburg.

Alle genannten AMEOS Kliniken verfügen zusätzlich über psychiatrische Institutsambulanzen und stellen einen wichtigen Teil der 2002 gegründeten AMEOS Gruppe dar.

Verantwortlich + Ansprechpartner:

Andreas Tüting Krankenhausdirektor

Tel. 04561-6114501

Fax 04561-6114549

tueting@psychatrium.de

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

www.ameos.eu

Teil A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hausanschrift:
 Friedrich-Ebert-Straße 100
 23774 Heiligenhafen
 Postanschrift:
 Postfach: ohne Nummer
 23771 Heiligenhafen
 Telefon: 04362 91 0
 Fax: 04362 91 1450
 E-Mail: info@heiligenhafen.ameos.de
 Internet: <http://www.ameos.eu>

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260100660

A-3 Standort(nummer)

99

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: AMEOS Krankenhausgesellschaft Holstein mbH
 Art: privat

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Nein

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Trifft nicht zu / entfällt.

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung: Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?

Ja

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Die Versorgungsschwerpunkte sind bei den einzelnen Fachabteilungen im Teil B aufgeführt.

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Teil A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP02	Akupunktur	
MP03	Angehörigenbetreuung / -beratung / -seminare	
MP04	Atemgymnastik / -therapie	
MP06	Basale Stimulation	
MP09	Besondere Formen / Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und / oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassungsmanagement / Brückenpflege / Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie / Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement / Case Management / Primary Nursing / Bezugspflege	
MP20	Hippotherapie / Therapeutisches Reiten / Reittherapie	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining / Inkontinenzberatung	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP27	Musiktherapie	
MP28	Naturheilverfahren / Homöopathie / Phytotherapie	
MP31	Physikalische Therapie / Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie / Krankengymnastik als Einzel- und / oder Gruppentherapie	
MP34	Psychologisches / psychotherapeutisches Leistungsangebot / Psychosozialdienst	
MP37	Schmerztherapie / -management	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie / Logopädie	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln / Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	

Teil A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP51	Wundmanagement	
MP52	Zusammenarbeit mit / Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP53	Aromapflege / -therapie	
MP56	Belastungstraining / -therapie / Arbeitserprobung	
MP59	Gedächtnistraining / Hirnleistungstraining / Kognitives Training / Konzentrationstraining	
MP62	Snoezelen	
MP63	Sozialdienst	
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen / Angebot ambulanter Pflege / Kurzzeitpflege	

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	
SA05	Mutter-Kind-Zimmer / Familienzimmer	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA07	Rooming-in	
SA09	Unterbringung Begleitperson	
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA12	Balkon / Terrasse	
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA14	Fernsehgerät am Bett / im Zimmer	
SA16	Kühlschrank	
SA18	Telefon	
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung	
SA22	Bibliothek	

Teil A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot	Kommentar / Erläuterung
SA23	Cafeteria	
SA25	Fitnessraum	
SA26	Frisiersalon	
SA28	Kiosk / Einkaufsmöglichkeiten	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	
SA31	Kulturelle Angebote	
SA33	Parkanlage	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA35	Sauna	
SA36	Schwimmbad / Bewegungsbad	
SA38	Wäscheservice	
SA41	Dolmetscherdienste	
SA42	Seelsorge	
SA44	Diät- / Ernährungsangebot	
SA47	Nachmittagstee / -kaffee	
SA49	Fortbildungsangebote / Informationsveranstaltungen	
SA50	Kinderbetreuung	
SA51	Orientierungshilfen	
SA52	Postdienst	
SA55	Beschwerdemanagement	
SA59	Barrierefreie Behandlungsräume	
SA60	Beratung durch Selbsthilfeorganisationen	
SA61	Betten und Matratzen in Übergröße	

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

A-11.1 **Forschungsschwerpunkte**

Trifft nicht zu / entfällt.

A-11.2 **Akademische Lehre**

Trifft nicht zu / entfällt.

Teil A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

306

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fallzahl: 4334

Teilstationäre Fallzahl: 189

Ambulante Fallzahl:

Quartalszählweise: 5036

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar / Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	36,7 Vollkräfte	
– davon Fachärzte und Fachärztinnen	20,8 Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	2,0 Personen	
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	1,0 Vollkräfte	

A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	151,6 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	1,0 Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	1,9 Vollkräfte	3 Jahre	

Teil A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

	Anzahl	Ausbildungs- dauer	Kommentar / Erläuterung
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0,0 Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	19,3 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0,0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
Entbindungspfleger und Hebammen	0,0 Personen	3 Jahre	
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	

A-14.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	Kommentar / Erläuterung
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin / Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	10,8 Vollkräfte	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	2,8 Vollkräfte	
SP23	Psychologe und Psychologin	7,3 Vollkräfte	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	0,8 Vollkräfte	
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	8,5 Vollkräfte	
SP31	Bewegungstherapeut und Bewegungstherapeutin (z. B. nach DAKBT) / Tanztherapeut und Tanztherapeutin	2,2 Vollkräfte	
SP46	Sportlehrer und Sportlehrerin / Gymnastiklehrer und Gymnastiklehrerin / Sportpädagoge und Sportpädagogin	1,0 Vollkräfte	

A-15 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfall- verfügbar- keit	Kommentar / Erläuterung
-----	-------------------	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------

Teil A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit	Kommentar / Erläuterung
AA00	Transkraniale Magnetstimulation			
AA03	Belastungs-EKG / Ergometrie	Belastungstest mit Herzstrommessung		
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	X	
AA10	Elektroenzephalographiergerät (EEG)	Hirnstrommessung		
AA27	Röntgengerät / Durchleuchtungsgerät			
AA29	Sonographiergerät / Doppler-sonographiergerät / Duplex-sonographiergerät	Ultraschallgerät / mit Nutzung des Dopplereffekts / farbkodierter Ultraschall		
AA31	Spirometrie / Lungenfunktionsprüfung			
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebens-bedrohlichen Herzrhythmusstörungen		
AA45	Endosonographiergerät	Ultraschalldiagnostik im Körperinneren		
AA58	24h-Blutdruck-Messung			
AA59	24h-EKG-Messung			
AA65	Echokardiographiergerät			

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 **Klinik für Neurologie und Neurophysiologie**

B-2 **Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie**

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Klinik für Neurologie und Neurophysiologie

B-1.1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Klinik für Neurologie und Neurophysiologie

Fachabteilungsschlüssel: 2800

Name des Chefarztes oder der Chefarztin: Thümen

Hausanschrift:

Mühlenkamp 5

23758 Oldenburg

Telefon: 04361 50804 40

Fax: 04361 50804 50

E-Mail: info@oldenburg.ameos.de

Internet: <http://www.ameos.eu>

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung: Hauptabteilung

B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte	Kommentar / Erläuterung
VN00	Neurologische Begutachtungen	
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Nr.	Versorgungsschwerpunkte	Kommentar / Erläuterung
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	
VN20	Spezialsprechstunde	
VN21	Neurologische Frührehabilitation	
VN23	Schmerztherapie	
VN24	Stroke Unit	

B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote sind im Teil A aufgeführt.

B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die nicht-medizinischen Serviceangebote sind im Teil A aufgeführt.

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 943

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-1.6 Diagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10-Ziffer	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I63	182	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
2	G40	125	Anfallsleiden - Epilepsie
3	M51	88	Sonstiger Bandscheibenschaden

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Rang	ICD-10-Ziffer	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
4	G35	78	Multiple Sklerose
5	G45	78	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen
6	M54	40	Rückenschmerzen
7	H81	28	Störung des Gleichgewichtsorgans
8	G20	25	Parkinson-Krankheit
9	M47	25	Gelenkverschleiß (Arthrose) der Wirbelsäule
10	I67	20	Sonstige Krankheit der Blutgefäße des Gehirns
11	F45	13	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung
12	F10	12	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
13	G62	12	Sonstige Funktionsstörung mehrerer Nerven
14	G41	11	Anhaltende Serie von aufeinander folgenden Krampfanfällen
15	R42	11	Schwindel bzw. Taumel
16	G43	9	Migräne
17	G50	9	Krankheit des fünften Hirnnervs
18	I61	9	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Trifft nicht zu / entfällt.

B-1.7 Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-207	661	Messung der Gehirnströme - EEG
2	3-200	634	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
3	8-561	196	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen
4	1-208	141	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)
5	1-206	131	Untersuchung der Nervenleitung - ENG

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
6	3-203	120	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel
7	1-205	91	Messung der elektrischen Aktivität der Muskulatur - EMG
8	1-204	89	Untersuchung der Hirnwasserräume
9	3-800	55	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel
10	8-547	37	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems
11	8-810	34	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen
12	3-802	27	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

Trifft nicht zu / entfällt.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr. der Ambulanz	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM06	Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V	Multiple Sklerose		

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu / entfällt.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar / Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	4,0 Vollkräfte	
– davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,0 Vollkräfte	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ23	Innere Medizin	
AQ42	Neurologie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildungen (fakultativ)	Kommentar / Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF09	Geriatric	
ZF22	Labordiagnostik	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF38	Röntgendiagnostik	inklusive CT

B-1.11.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	12,3 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0,0 Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0,8 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0,0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
Entbindungspfleger und Hebammen	0,0 Personen	3 Jahre	

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

	Anzahl	Ausbildungs- dauer	Kommentar / Erläuterung
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ00	Pflegerische Fachexpertise für Multiple Sklerose Erkrankungen	
PQ03	Hygienefachkraft	
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP12	Praxisanleitung	
ZP14	Schmerzmanagement	

B-1.11.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	Kommentar / Erläuterung
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin / Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	1 Vollkräfte	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	0,8 Vollkräfte	
SP23	Psychologe und Psychologin	0,2 Vollkräfte	
SP46	Sportlehrer und Sportlehrerin / Gymnastiklehrer und Gymnastiklehrerin / Sportpädagoge und Sportpädagogin	0,4 Vollkräfte	

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-2 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

B-2.1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Fachabteilungsschlüssel: 2900

Name des Chefarztes oder der Chefarztin: Jonas

Hausanschrift:

Friedrich-Ebert-Straße 100

23774 Heiligenhafen

Postanschrift:

Postfach: ohne Nummer

23771 Heiligenhafen

Telefon: 04362 91 0

Fax: 04362 91 1450

E-Mail: info@heiligenhafen.ameos.de

Internet: <http://www.ameos.eu>

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung: Hauptabteilung

B-2.2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte	Kommentar / Erläuterung
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP12	Spezialsprechstunde	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Nr.	Versorgungsschwerpunkte	Kommentar / Erläuterung
VR10	Computertomographie (CT), nativ	CT von Schädel und Gehirn
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	CT von Schädel und Gehirn

B-2.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote sind im Teil A aufgeführt.

B-2.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die nicht-medizinischen Serviceangebote sind im Teil A aufgeführt.

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 3391

Teilstationäre Fallzahl: 182

B-2.6 Diagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10-Ziffer	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F19	735	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen
2	F10	610	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
3	F33	431	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit
4	F32	299	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
5	F20	259	Schizophrenie
6	F05	216	Verwirrtheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt
7	G10	123	Vererbare Nervenkrankheit, die mit unkontrollierten Bewegungen und Wesensveränderung einhergeht - Chorea Huntington
8	F25	110	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Rang	ICD-10-Ziffer	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
9	F60	105	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung
10	F43	104	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben
11	F92	65	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und des Gefühlslebens
12	F11	62	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Substanzen, die mit Morphinium verwandt sind (Opiode)
13	F31	54	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit
14	F06	53	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
15	F23	34	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust
16	F41	27	Sonstige Angststörung
17	F01	19	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz) durch Blutung oder Verschluss von Blutgefäßen im Gehirn
18	F22	16	Psychische Störung, bei der dauerhafte falsche Überzeugungen bzw. Wahnvorstellungen auftreten
19	F61	15	Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens
20	F12	13	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana
21	F13	9	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Beruhigungs- oder Schlafmittel
22	F45	7	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung

B-2.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Trifft nicht zu / entfällt.

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-2.7 Prozeduren nach OPS

B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-602	6833	Anzahl der durch Spezialtherapeuten erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der Regelbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
2	9-980	5961	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie
3	9-600	5050	Anzahl der durch Ärzte erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der Regelbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
4	9-981	2893	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Abhängigkeitskranke
5	9-603	2643	Anzahl der durch Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der Regelbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
6	9-601	2348	Anzahl der durch Psychologen erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der Regelbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
7	9-982	1862	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Psychiatrie für ältere Menschen
8	9-612	1782	Anzahl der durch Spezialtherapeuten erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der Intensivbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9	9-613	1459	Anzahl der durch Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der Intensivbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
10	9-610	1164	Anzahl der durch Ärzte erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der Intensivbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
11	9-640	743	Erhöhter Behandlungsaufwand bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
12	1-207		Messung der Gehirnströme - EEG
13	9-622	583	Anzahl der durch Spezialtherapeuten erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der

B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

Trifft nicht zu / entfällt.

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr. der Ambulanz	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	AMEOS Psychiatrische Institutsambulanz am Standort Preetz		
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	AMEOS Psychiatrische Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche		
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	AMEOS Psychiatrische Institutsambulanz am Standort Oldenburg		
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	AMEOS Psychiatrische Institutsambulanz am Standort Heiligenhafen		

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Nr. der Ambulanz	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	AMEOS Psychiatrische Institutsambulanz am Standort Kiel		

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu / entfällt.

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar / Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	32,7 Vollkräfte	
– davon Fachärzte und Fachärztinnen	17,8 Vollkräfte	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ23	Innere Medizin	
AQ42	Neurologie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ52	Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
AQ63	Allgemeinmedizin	

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildungen (fakultativ)	Kommentar / Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF09	Geriatric	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF36	Psychotherapie	

B-2.11.2

Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	139,3 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	1,0 Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	1,9 Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0,0 Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	18,5 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0,0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
Entbindungspfleger und Hebammen	0,0 Personen	3 Jahre	
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ03	Hygienefachkraft	
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ07	Onkologische Pflege / Palliative Care	
PQ10	Psychiatrische Pflege	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP00	Sozialpsychiatrische Qualifikation	
ZP00	Sterbebegleitung und Hospizarbeit	
ZP00	Akkupunktur	

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP04	Endoskopie / Funktionsdiagnostik	
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzberatung	
ZP10	Mentor und Mentorin	
ZP12	Praxisanleitung	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	

B-2.11.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	Kommentar / Erläuterung
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin / Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	9,8 Vollkräfte	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	2 Vollkräfte	
SP23	Psychologe und Psychologin	7,1 Vollkräfte	
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	8,5 Vollkräfte	
SP31	Bewegungstherapeut und Bewegungstherapeutin (z. B. nach DAKBT) / Tanztherapeut und Tanztherapeutin	2,2 Vollkräfte	
SP46	Sportlehrer und Sportlehrerin / Gymnastiklehrer und Gymnastiklehrerin / Sportpädagoge und Sportpädagogin	0,8 Vollkräfte	

Teil C Qualitätssicherung

- C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)**
Entfällt / die Daten liegen zum Veröffentlichungszeitpunkt noch nicht vor.
- 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 SGB V**
Trifft nicht zu / entfällt.
- C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“)**
Trifft nicht zu / entfällt.
- C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V**
Anzahl der Fachärzte, psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichentherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen:
22
Anzahl der Fortbildungspflichtigen, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen:
20
Anzahl der Nachweispflichtigen, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben:
20

Teil D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Mit der Formulierung unserer Qualitätspolitik geben wir Orientierung zu den Grundsätzen des Unternehmens, seinen Zielen und den Grundzügen des Qualitätsmanagementsystems.

Die Formulierung unserer Qualitätspolitik basiert auf den Werten und der Vision der AMEOS Gruppe. Sie ist Grundlage für unsere Qualitätsstrategie, die Qualitätsziele und daraus abgeleitete Aktivitäten.

Die Qualitätspolitik ist Verpflichtung, für uns und für jede Mitarbeiterin und jeden Mitarbeiter.

Grundlage der Qualitätspolitik ist die Philosophie des Umfassenden und Integrierten Qualitätsmanagements:

- Qualität orientiert sich am Patienten, Klienten und Kunden,
- Qualität wird mit allen Mitarbeitern aller Bereiche und Ebenen erzielt,
- Qualität ist kein Ziel, sondern ein Prozess, der nie zu Ende ist,
- Qualität setzt aktives Handeln voraus und muss erarbeitet werden.

Die Qualitätspolitik der AMEOS Gruppe setzt sich aus folgenden Säulen zusammen:

Patienten- und Klientenorientierung

Maßstab für die Qualität sind die Wünsche und Ansprüche der Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten bei Aufnahme und der Gesundheits- und Zufriedenheitszustand bei Entlassung. Erreichte Ergebnisse werden kritisch hinterfragt und Verbesserungsmöglichkeiten entsprechend umgesetzt. Leben und Gesundheit in guten Händen.

Mitarbeiterorientierung

Die Integration aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit ihrem Praxis- und Expertenwissen in Projektarbeiten und Qualitätszirkeln fördert das Verständnis für eine gemeinsame, kontinuierliche Verbesserung der Gesamtorganisation und ihrer Atmosphäre. Fördern und Fordern schafft Motivation.

Führung & Management

Alle Führungskräfte füllen eine Vorbildfunktion aus. Ein kooperativer und transparenter Führungsstil sowie das konsequente Vorleben der Qualität ist die Grundvoraussetzung für eine gemeinsame Qualitätspolitik und Strategie. Nur so kann der kontinuierliche Verbesserungsprozess erfolgreich umgesetzt werden. Qualitätsmanagement heißt Qualität im Management.

Kommunikation und Information

Mit gezielter Kommunikation wird ein Informationsgleichstand für alle Beteiligten sichergestellt und Vertrauen geschaffen. Sie erfolgt intern und extern gegenüber den verschiedenen Zielgruppen proaktiv und zielorientiert mit verschiedenen Instrumenten zur Kommunikation und zur Informationsvermittlung. Transparenz schafft Vertrauen.

Kooperation und Partnerschaft

Als kompetenter Partner im Bereich der Gesundheitsversorgung ist die Vernetzung mit Kooperationspartnern innerhalb und außerhalb der Region ein wichtiges Anliegen für uns. Dazu gehört auch die Pflege von vertrauensvollen Beziehungen zu Politik, Krankenkassen und

Teil D Qualitätsmanagement

Vertragspartnern.

Wir betrachten unsere Patienten und Klienten ganzheitlich. Deshalb suchen und fördern wir den Kontakt mit ihren Angehörigen genauso wie mit Betreuern und natürlich auch den behandelnden, niedergelassenen Ärzten.

Mit unseren vernetzten Strukturen der AMEOS Einrichtungen, den AMEOS Regionen, bieten wir unseren Patienten und Klienten das gesamte Spektrum der ambulanten und stationären Versorgung. Vernetzung schafft Sicherheit.

Multiprofessionalität

Behandlungsteams stellen durch eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit den reibungslosen Ablauf der Patientenversorgung sicher. Die Teamarbeit und gemeinsame Entscheidungsfindung fördern das hohe Verantwortungsbewusstsein und die Zufriedenheit unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Gemeinsam sind wir stärker.

Prozessorientierung

Um ein Krankenhaus wirtschaftlich führen zu können, müssen Strukturen angepasst und Prozesse permanent optimiert werden. Bei AMEOS stehen die Neugestaltung der arbeitsteiligen Prozesse sowie optimierte, qualitativ hochwertige Versorgungsabläufe in Form von klinischen Indikationspfaden im Vordergrund.

Arbeitsteilige Prozesse zu implementieren heißt, Aufgaben ausbildungsadäquat zu verteilen. Dies führt gleichsam zu einer besseren Effizienz in der Verrichtung der Arbeiten, wie vor allem auch zu einer verbesserten Arbeitszufriedenheit bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Denken in Prozessen heißt handeln in Prozessen.

Sicherheit

Die Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten die sich einer AMEOS Einrichtung anvertrauen, sollen jederzeit die Gewissheit haben, dass sie fachkompetent und nach den neuesten Methoden und Erkenntnissen der Wissenschaft behandelt und betreut werden. Langjährige Erfahrung, kontinuierliche Weiterbildung und praktische Anwendung sowohl seitens der Ärzte wie der Pflegenden sind ein wesentliches Qualitätsmerkmal.

Gut aufeinander abgestimmte Behandlungsteams stellen den reibungslosen Ablauf der Versorgung sicher und gewährleisten ein Höchstmaß an Sicherheit und Zufriedenheit für den Patienten und Klienten. Wer die Patientensicherheit stärkt, erhöht die Qualität von Behandlungen.

Kontinuierliche Verbesserung

Die kontinuierliche Verbesserung in Bezug auf die Erfüllung der Erfordernisse und Erwartungen unserer Kunden und anderer interessierter Parteien ist Ziel unseres Handelns. Eine ständige Weiterentwicklung verlangt nach einer ständigen Verbesserung der Prozesse, der Organisation, der Abläufe. Stillstand ist Rückschritt.

Wachstum und Integration

Das Geschäftsmodell der AMEOS Gruppe beruht auf dem effizienten, unternehmerischen Betrieb ihrer Einrichtungen und einem nachhaltigen Zuwachs an neuen Einrichtungen. Deren Integration in die Gruppe stellt eine Herausforderung dar, der wir uns mit besonderer Sorgfalt und Engagement stellen. Neue Einrichtungen profitieren von den Erfahrungen der ganzen Gruppe, aber auch die Gruppe lernt von den Neuen.

Teil D Qualitätsmanagement

Messen und Prüfen

Qualität im umfassenden Sinn soll erstens spürbar und zweitens messbar sein. Drittens ist die stete Qualitätsverbesserung gleichsam Anspruch und Pflicht aller Mitwirkenden in den AMEOS Einrichtungen. Diesem Anspruch stellen wir uns, indem wir in unseren Einrichtungen Qualitätsmanagementsysteme einführen, Befragungen zur Qualitätsmessung durchführen, unsere Qualität mit anderen vergleichen und die Ergebnisse transparent machen. Wettbewerb fördert Qualität.

D-2

Qualitätsziele

Im vorangegangenen Abschnitt haben wir bereits über unsere strategischen Ziele berichtet. Sie sind naturgemäß eng mit den Unternehmenszielen bzw. mit der so genannten normativen Ebene verbunden.

In der Praxis ist es natürlich entscheidend, diese übergeordneten Ziele in einem konsistenten Gesamtsystem und einer friktionsfreien Form auf die operative Ebene zu transferieren. Dieser Prozess ist eine wichtige Aufgabe der Unternehmensleitung und wird in entscheidender Weise durch das Qualitätsmanagement geprägt. Hier besteht einerseits die Aufgabe, die Qualitätspolitik, ihre zu realisierenden Ziele und Verantwortlichkeiten zu definieren und andererseits durch eine Kaskade von Qualitätsplanung, Qualitätslenkung und Qualitätsüberprüfung (siehe auch Kapitel D-4) das bestehende Qualitätsniveau nicht nur zu sichern, sondern kontinuierlich und nachhaltig zu verbessern. Somit ist unser Qualitätsmanagement der Verbindungspunkt zwischen den strategischen und operativen Zielen.

Die überragenden Ziele des AMEOS Klinikums Heiligenhafens bestehen in der bestmöglichen medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und sozialen Behandlung, Betreuung und Versorgung unserer PatientInnen, unter Berücksichtigung unserer wichtigsten Ressource, nämlich den MitarbeiterInnen. Sie werden für ihre hochqualifizierten Tätigkeiten systematisch geschult und weitergebildet, um innovatives Wissen adäquat umsetzen zu können.

Selbstverständlich finden auch die Wünsche, Anliegen und Interessen aller weiteren Stakeholder in unseren Qualitätszielen ihren nachhaltigen Niederschlag.

Bei der Realisierung neuer oder veränderter Qualitätsziele bedienen wir uns dem so genannten Demingkreis oder PDCA Zyklus (Plan - Do - Check - Act). Somit gewährleisten wir eine strukturierte, transparente und allgemein anerkannte Grundstruktur, die durch diese vier Teilschritten definiert wird.

- **Plan:**
Alle Prozesse werden analysiert und geplant, um mögliche Verbesserungspotenziale zu erkennen. Hierzu gehört als Ausgangspunkt die Feststellung des Ist-Zustands und die Formulierung eines verbesserten Qualitätsniveaus (Soll-Wert) und die Festlegung von definierten Verantwortlichkeiten.
- **Do:**
Dies ist die eigentliche Umsetzungsphase als direkte Folge der Planung, wobei es (noch) nicht zwingend notwendig ist, die Realisierung schon im ersten Schritt in allen Bereichen des Klinikums anzustreben. Aus Effektivitäts- und Effizienzgründen kann es sinnvoll sein, zunächst mit besser überschaubaren und weniger komplexen Piloteinheiten zu beginnen.
- **Check:**
In dieser nachgeordneten Phase erfolgt die Überprüfung, Messung und Bewertung der Auswirkung von Planung und konsekutiver Umsetzung im Hinblick auf ihre

Teil D Qualitätsmanagement

Zielwirksamkeit und gegebenenfalls die Freigabe als neuen Standard, der klinikweit eingeführt wird.

- **Act:**

Nach Einführung eines neuen Standards muss deren Wirksamkeit überprüft und unter Umständen weiter adaptiert werden, um beispielsweise individuelle Besonderheiten einzelner Organisationseinheiten oder möglicher Interdependenzen Rechnung tragen zu können. Ausgangspunkt für diese Aktivitäten sind die aus der Check-Phase resultierenden Ergebnisse, die die Grundlage möglicher weiterer Korrekturmaßnahmen darstellen.

Somit stellt der PDCA-Zyklus eine Kaskade von Phasen unseres kontinuierlichen Verbesserungsprozesses dar, auf dem das Qualitätsmanagementsystem aufbaut und der eine Grundlage der Formulierung unserer Qualitätsziele ist: Unser Bestreben einer kontinuierlichen Prozessoptimierung zielt auf unsere wichtigsten Stakeholder ab, nämlich den PatientInnen, die den berechtigten Anspruch haben, eine hochprofessionelle Behandlung erfahren zu können ("best place to come") und den MitarbeiterInnen, deren berechtigter Wunsch es ist, dass ihre Leistungen adäquat geschätzt, anerkannt und weiter gefördert werden ("best place to work"). Gleichzeitig muss garantiert werden, dass die limitierten Ressourcen im Gesundheitssektor sozial gerecht und mit möglichst hoher Effektivität und Effizienz genutzt werden.

Jede Festlegung von Qualitätszielen basiert auf unserem Leitbild und unseren Visionen, unterstützt von der Politik und Strategie des AMEOS Klinikums Heiligenhafens. Auf das gemeinsam erarbeitete Leitbild sind wir im Kapitel Qualitätspolitik bereits ausführlich eingegangen.

Unsere Visionen sind multidimensional verankert und reichen von unserem Anspruch, eine ständig lernende und kontinuierlich innovative Unternehmung darzustellen, um bestmögliche Leistungen anbieten zu können und eine einzigartige therapeutische Individualität zu gewährleisten, über unsere eigene Selbstverpflichtung eines ständig steigenden Qualitätsniveaus bis hin zu unserer gesellschaftlichen Verantwortung, einschließlich dem sozial gerechten Umgang mit den nur begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen. Für die Realisierung dieser Ziele stehen hochmotivierte und bestens ausgebildete MitarbeiterInnen zur Verfügung, deren individuelle Leistungen durch die Integration in multiprofessionelle Teams optimiert werden. Förderlich wirkt ein Arbeitsumfeld, das diese Fähigkeiten in innovativer und kreativer Weise unterstützt.

Um Ziele verantwortlich und "zielgerichtet" definieren zu können, sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- Es müssen zunächst die relevanten Aspekte identifiziert werden und
- es ist unabdingbare Voraussetzung, den so genannten Ist-Zustand zu erheben, um eine geeignete und aussagekräftige Basis für die weitere Qualitätsplanung zu gewinnen.

Unsere Existenzberechtigung resultiert aus unserer Professionalität, die sich vorrangig an dem Maßstab zu orientieren hat, den unsere PatientInnen wünschen. Daher ist die kontinuierliche Ermittlung der Zufriedenheit ein unverzichtbares Instrument. Ergänzt wird dieser Ansatz durch unser Beschwerde- und Anregungssystem, so dass es uns gelingt, unterschiedliche Informationsdimensionen zu gewinnen und darauf zeitnah reagieren zu können. Diese Thematik haben wir dezidiert im strukturierten Qualitätsbericht 2006 (Kapitel D-5: Qualitätsmanagement-Projekte) dargestellt.

Selbstverständlich gibt es eine große Fülle weiterer Qualitätsziele, die in Abhängigkeit von der Praktikabilität vollständig und kontinuierlich oder stichprobenhaft untersucht werden.

Dazu gehören beispielsweise

Teil D Qualitätsmanagement

- Auswertung der Dokumentationsqualität
- die Therapie- und Behandlungsplanung
- die Effizienz konsiliarärztlicher Versorgung, einschließlich der Dauer von der Anforderung bis zum tatsächlichen Erstkontakt
- die Integration der Angehörigen
- die Sachmittelausstattung
- die Transparenz des Behandlungsprozesses
- die Anzahl von PatientInnen, die freiwillig in unserer Einrichtung sind und deren jeweilige Behandlungsdauer
- die Anzahl von PatientInnen, die gemäß eines Unterbringungsbeschlusses in unserer Einrichtung sind und deren jeweilige Behandlungsdauer
- die Quote von elektiven PatientInnenaufnahmen zu Notfallaufnahmen
- die strukturierte Entlassungsvorbereitung, ggf. mit Anbindung an nachstationäre Angebote
- die Dauer der Arztbriefschreibung
- die Anzahl und die Art besonderer Vorkommnisse, einschließlich Suizide und Suizidversuche
- die Anzahl von Dekubitusfällen.

Diese vorrangig im klinischen Bereich angesiedelten Qualitätsziele werden durch betriebswirtschaftliche Kennzahlen ergänzt, die wegen der oben genannten gesellschaftlichen Verantwortung nicht zu vernachlässigen sind. Die nachhaltige Sicherung der ökonomischen Ertragskraft liegt im Interesse aller internen und externen Partner.

Hier sind beispielsweise die Kennzahlen zur Belegungsentwicklung, zum Casemix in unseren DRG-Bereichen oder die Verweildauer in der Psychiatrie zu erwähnen.

Die Feststellung der erreichten Ergebnisse findet vorrangig im Qualitätsmanagement und im (Medizin-)Controlling statt.

Die Qualitätsziele aus dem klinischen Bereich werden mit unterschiedlichen Erhebungsmethoden bestimmt. So eignen sich besondere Vorkommnisse für Einzelmitteilungen, während beispielsweise Dekubitusfälle nicht nur mit der Entlassung anonym gemeldet werden, sondern darüber hinaus umfangreiche Fotodokumentationen angefertigt werden. Selbstverständlich stehen für die exakte Diagnose des Dekubitus, seiner Lokalisation, des Schweregrades und die weitere klinische Entwicklung ebenfalls strukturierte Erfassungsbögen zur Verfügung.

Es wird angestrebt, alle Ergebnisse objektiv und transparent messbar zu gestalten. Dadurch gewährleisten wir eine höchstmögliche Akzeptanz unserer Qualitätsziele und können Trends sichtbar machen. Korrekturmaßnahmen, beispielsweise in der Veränderung von Prozessabläufen, können bei Bedarf kurzfristig eingeleitet werden.

Die im Lenkungsausschuss festgelegten Ziele (Soll-Werte) basieren auf dem jeweils aktuellen Qualitätsniveau (Ist-Wert). Über Erfahrungswerte aus den zurückliegenden Jahren oder durch veränderte Rahmenbedingungen wird in diesen Gremien eine Zielformulierung für einen definierten Zeitraum konsentiert. Mit Hilfe der jeweiligen Führungskräfte erfolgt der Informationsfluss an die weiteren verantwortlichen MitarbeiterInnen.

Die Vorgaben werden auf dieser Ebene noch einmal auf ihre Erreichbarkeit diskutiert und es kommt in der Regel zu einer Rückmeldung, die Einfluss auf das anzustrebende Zielniveau hat. Dadurch ist gewährleistet, dass die Kommunikation aus einem Dialog besteht und "Betroffene" zu "Beteiligten" werden.

Teil D Qualitätsmanagement

D-3 Aufbau des einrichtungswenigen Qualitätsmanagements

Aufbauend auf dem Qualitätsmanagementsystem nach den Prinzipien des TQM (Total Quality Management, siehe auch Kapitel D-1) wird für alle Einrichtungen der AMEOS Gruppe eine Zertifizierung nach dem KTQ®-Modell (siehe auch Kapitel D-6) angestrebt.

Parallel zu dem Zertifizierungsverfahren wird unser Qualitätsmanagementsystem ständig aktualisiert und weiterentwickelt und ist patientInnen-, mitarbeiterInnen- und prozessorientiert, um auf dieser Basis die bestmögliche Ergebnisqualität zu erreichen.

Zunächst hatten wir die Leitung unseres zentralen Qualitätsmanagements organisatorisch direkt in der Geschäftsführung angesiedelt. Im Zuge einer Umstrukturierung und Neuausrichtung wollten wir die hohe Bedeutung, die wir diesem Bereich zumessen, durch eine noch engere Vernetzung mit unseren vier Geschäftsbereichen Klinika, Pflege, Eingliederung und Forensik herausstellen. Daher haben wir die MitarbeiterInnen des Qualitätsmanagements als Stabsstellen den jeweiligen LeiterInnen der Geschäftsbereiche zugeordnet.

Damit konnten wir die schon unter dem Punkt Qualitätsziele (siehe Kapitel D-2) beschriebene Verbindungsstellen zwischen der strategischen und der operativen Ebene optimal realisieren.

Der Lenkungsausschuss der AMEOS Klinika Holstein stellt das leitende Gremium dar.

Ständige Mitglieder sind der Krankenhausdirektor, die ChefärztInnen der Klinika, ein Internist, je eine Vertretung aus den örtlichen Betriebsräten, die LeiterInnen des Pflegedienstes und der Qualitätsmanager.

Den Vorsitz führt der Qualitätsmanager. Er lädt zu den Sitzungen unter Angabe der Agenda ein. Themenwünsche für die jeweiligen Sitzungen sind zeitgerecht vor der Sitzung im Sekretariat der Krankenhausdirektors einzureichen.

Von jeder Besprechung wird ein Ergebnisprotokoll erstellt, das alle Mitglieder des Qualitätsausschusses erhalten. Zusätzlich wird es im Intranet veröffentlicht.

- Der Lenkungsausschuss der AMEOS Klinika Holstein ist das oberste Entscheidungsgremium für strategische Qualitätsmaßnahmen. Er trifft für alle Standorte übergreifende Entscheidungen, und zwar auf Grundlage des Leitbildes, der aktuellen Qualitätsentwicklungskonzepte und unter besonderer Berücksichtigung von Strategie und Politik des Unternehmens.
- Dem Lenkungsausschuss obliegt die Aufgabe, standortübergreifende Qualitätsentscheidungen, -vereinbarungen und -beschlüsse des zentralen Qualitätsmanagement-Zirkel AMEOS Akut und AMEOS Psychatrium in seinem Wirkungsbereich umzusetzen.
- Er beantragt alle benötigten Ressourcen für die beschlossenen Qualitätsmaßnahmen und überprüft deren Umsetzung,
- Er leitet die Arbeiten zur KTQ-Zertifizierung.
- Er verabschiedet die gesetzlich strukturierten Qualitätsberichte gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V.
- Er beruft bereichsübergreifende Qualitätszirkel und Projektgruppen ein, priorisiert die anstehenden Projekte und gewährleistet eine fachliche und organisatorische Begleitung.
- In den regelmäßigen Tagungen werden die beschlossenen Maßnahmen beurteilt und gegebenenfalls an aktuelle Erfordernisse angepasst. Dazu nimmt er die erarbeiteten Ergebnisse entgegen und bewertet diese hinsichtlich des angestrebten Zielerreichungsgrades. Gegebenenfalls werden Anpassungen beschlossen oder eine

Teil D Qualitätsmanagement

weitere Evaluation zu einem späteren Zeitpunkt vereinbart.

- Der Lenkungsausschuss informiert die MitarbeiterInnen regelmäßig auf geeignetem Weg über seine Arbeit. Die Ergebnisse der Sitzungen werden in Form von Protokollen dokumentiert, so dass auch zu späteren Zeitpunkten jederzeit die Entwicklungen und die Entscheidungskaskaden sicher nachvollzogen werden können.

Dieser Leitungsebene ist eine operativ Ebene nachgeordnet, die ihre direkte Ansiedlung in den jeweiligen Geschäftsbereichen hat. Die Zentralen Dienste (Verwaltung, Servicebereiche, z. B. Küche, Technik, Fahrdienst etc.) werden bei Bedarf in sie betreffende Entscheidungsprozesse integriert.

Aufgaben der Stabsstelle Qualitätsmanagement:

Es wurde eingangs bereits erwähnt, dass der Qualitätsmanager direkt dem Krankenhausdirektor unterstellt ist und für einen wichtigen Teil der Unternehmensentwicklung verantwortlich ist.

Nach unserem Geschäftsverteilungsplan sind folgende Aufgaben im Qualitätsmanagement angesiedelt:

- Unterstützung, Beratung und Information der Krankenhausleitung und ggf. anderer Gremien bei sämtlichen Daten und Maßnahmen zu internen und externen Fragen des Qualitätsmanagements. Besondere Berücksichtigung finden dabei die jeweils aktuellen gesetzlichen Bestimmungen und gegebenenfalls deren Fortschreibungen und Novellierungen.
- Betreuung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Hierzu zählen beispielsweise Standardbeschreibungen von Arbeitsabläufen (z. B. Aufnahme- und Entlassungsverfahren, Untersuchungen über die Wartezeiten bei Aufnahmen, Dauer der Arztbriefschreibung und weitere Maßnahmen mit Auswertung der Ergebnisse und Vorschlägen zur Optimierung), die ständige Erhebung der Zufriedenheit der PatientInnen (siehe auch Kapitel D-5 des strukturierten Qualitätsberichts 2006) mit vielschichtigen, auch internen Vergleichsanalysen und weiter führenden Benchmarks. Auch die Erfassung, Auswertung und Verbesserung von differenzierten Fragestellungen (z. B. Dekubitusmanagement, besondere Vorkommnisse), die Erarbeitung von Behandlungspfaden und Arbeiten zur Optimierung des Dokumentationssystems sind weitere Beispiele.
- Sämtliche Qualitätsmaßnahmen werden fachlich begleitet und gemeinsam mit den zuständigen Gremien und den betroffenen MitarbeiterInnen koordiniert.
- Darstellung der Qualitätsmanagementmaßnahmen gegenüber der Öffentlichkeit, z.B. in Form dieses strukturierten Qualitätsberichts.
- Bei der angestrebten Zertifizierung des AMEOS Klinikums Heiligenhafen werden diese Arbeiten durch das Qualitätsmanagement geleitet.
- Qualität beschränkt sich bei uns nicht nur auf den direkt von unseren PatientInnen wahrnehmbaren Bereichen. So haben wir den Leiter des Qualitätsmanagements im Geschäftsbereich Klinikum beispielsweise in datenschutzrechtlichen Fragen kontinuierlich geschult. In enger Zusammenarbeit mit dem Unabhängigen Landeszentrum für den Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD) nimmt er zusätzlich die Funktion des Datenschutzbeauftragten wahr, denn Datenschutz bedeutet für uns den Schutz von PatientInnen.

An dieser schlagwortartigen Beschreibung und der organisatorischen Zuordnung ist erkennbar, dass wir insbesondere der weiteren Steigerung unserer Qualität besondere Bedeutung beimessen.

Ablaufstruktur:

Sobald Vorhaben geplant oder in der Zielsetzung modifiziert werden, besteht die Maßgabe, sie

Teil D Qualitätsmanagement

zusammen mit den MitarbeiterInnen aus dem Bereich Qualitätsmanagement bezüglich der weiteren Umsetzung, der zu personifizierenden Verantwortlichkeiten und der Festlegung von zeitlich definierten Meilensteinen zu diskutieren und zu koordinieren.

Standortübergreifende Projekte werden in jeweils zu definierenden Konstellationen von relevanten MitarbeiterInnen gemeinsam verabschiedet.

Bei der Formulierung einer eindeutigen Arbeits- bzw. Projektstruktur sollten die folgenden Angaben vorhanden sein:

- Wie stellt sich die Ausgangssituation dar (Ist-Zustand)?
- Wie sieht das angestrebte Ziel aus (Soll-Zustand)?
- Wer muss an der Durchführung beteiligt werden?
- Wie soll die Durchführung aussehen?
- Welche ungefähren Kosten werden entstehen?
- Welche Ressourcen sind weiterhin bereitzustellen?
- Wie soll die Zielerreichung gemessen werden?
- In welchen Zeitabständen soll die Zielerreichung gemessen werden?
- Wer ist für diese Messung verantwortlich?
- In welcher Zeit soll das Gesamtziel erreicht sein?
- In welchen Zeitabständen soll die Verbesserung gemessen werden?
- In wessen Verantwortung liegt die Auswertung?
- Wie werden die erkannten Verbesserungspotenziale umgesetzt?

Diese Struktur entspricht dem in Kapitel D-2 skizzierten PDCA-Zyklus.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Ein handlungsfähiges Qualitätsmanagement bedarf vielfältiger Voraussetzungen. Neben der uneingeschränkten Unterstützung und aktiven Förderung der Unternehmensleitung ist es zwingend notwendig, die Grundgedanken des Qualitätsmanagements nachhaltig und damit selbstverständlich in die arbeitsorientierten Routineprozesse zu integrieren und auf diese Weise einen hohen innerbetrieblichen Durchdringungsgrad zu erzielen.

Dieses Vorhaben ist uns durch den kollegialen und fairen Umgang mit unseren MitarbeiterInnen gelungen:

Ausgehend von unserem Leitbild und unserer Qualitätspolitik (siehe Kapitel D-1) konnten wir eine Unternehmenskultur entwickeln, die das Bestreben nach hoher qualitativer Erfüllung unseres Auftrags offen und kreativ unterstützt. Die integrierende und organisatorische Grundlage stellt das Qualitätsmanagement dar. Diese Rahmenbedingung ist eine wichtige Basis, aber alleine noch nicht ausreichend, um ein lebendiges, sich stetig wandelndes System erfolgreich zu implementieren und zu konsolidieren.

Qualität soll subjektiv fühlbar sein, aber sie bedarf ergänzend einer möglichst objektiven Operationalisierung in Form von transparenten und reproduzierbaren Fakten, die eine valide Evaluation ermöglichen. Erst mit ihrer Hilfe ist es möglich, verlässliche Aussagen zu formulieren und Vergleiche zwischen einzelnen Bereichen (Querschnittsvergleich) oder zu unterschiedlichen Zeitpunkten (Längsschnittvergleich) anzustellen. Dabei besteht immer das übergeordnete Ziel, durch entsprechende Messungen eine solide und robuste Basis für die Realisierung einer ständigen Qualitätsoptimierung zu generieren.

Teil D Qualitätsmanagement

Einige unserer kontinuierlich eingesetzten Instrumente haben wir im strukturierten Qualitätsbericht 2006 (siehe dort Kapitel D-5) bereits exemplarisch in ausführlicher Form beschrieben (Auswertung der Sturzereignisse, Beschwerdesystem und PatientInnenmonitoring).

Darüber hinaus erheben wir eine große Anzahl von wichtigen Messergebnissen, die alle von unserem ständigen Anliegen nach immer besserer Leistungserstellung geprägt und orientiert sind.

Die Befragung der PatientInnen und das etablierte Beschwerde- und Anregungsmanagement werden ergänzt durch unser Risikomanagement. Hierunter verstehen wir die strukturierte Erfassung von definierten Ereignissen und Vorkommnissen (Beispiele siehe nachfolgend), deren Analyse und die Realisierung von Verbesserungs- bzw. Vermeidungspotenzialen. Die dafür notwendigen Daten werden je nach ihrer Bedeutung entweder zentral erfasst und ausgewertet oder dezentral analysiert, wenn sich die entsprechende Fragestellung nur auf bestimmte organisatorische Teilbereiche erstreckt. Neben einer statistisch aggregierten Auswertung werden wichtige Einzelfälle selbstverständlich gesondert betrachtet und bewertet.

Inhaltlich bezieht sich unser Risikomanagement auf alle unerwünschten Ereignisse beziehungsweise besondere Vorkommnisse, die insbesondere im Bereich der Psychiatrie nicht immer zu vermeiden sind. Hierzu zählen z. B. Suizidversuche, Suizide, autoaggressives oder fremdaggressives Verhalten mit möglichen Verletzungen und andere Gewalthandlungen, Unfälle, Entweichungen, Fixierungen oder Aufnahmen zur Behandlung, die (zunächst) nicht auf freiwilliger Basis beruhen.

Zusätzlich planen wir die Einführung eines Critical Incident Reporting-System, um auch Beinahe-Unfälle systematisch zu erfassen und präventiv tätig werden zu können.

Das Risikomanagement ist ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements und soll auf der Basis empirischer Ereignisse prophylaktische Maßnahmen von identifizierten Gefahrensituationen ableiten helfen. Die sich daraus ergebende Veränderung der Ablauforganisation hat eine unmittelbare Steigerung unseres Qualitätsniveaus zur Folge.

Zu den unverzichtbaren Instrumenten des Qualitätsmanagements zählen weiterhin die verschiedenen Formen des Benchmarkings (internes, funktionales, kompetitives, best-practise Benchmarking). Derzeit wenden wir vorrangig das interne Benchmarking an, das zwischen einzelnen Organisationseinheiten oder standortbezogen umgesetzt wird. Wir vergleichen beispielsweise die Verweildauern, die Zufriedenheit der PatientInnen, die Anzahl der Beschwerden, die oben genannten besonderen Vorkommnisse oder den quantitativen und qualitativen Einsatz von Arzneimitteln.

Bei dem Arzneimittel und dem medizinischen Bedarf werden wir zusätzlich von einer zertifizierten, krankenhausversorgenden Apotheke unterstützt. Alle sechs Monate findet die Arzneimittelkommissionssitzung statt und unabhängig davon erfolgt in der gleichen Frequenz eine Begehung aller Stationen, mit dem Ziel, die arzneimittelrechtlichen Vorgaben zu überprüfen. Die Begehungsprotokolle werden im Qualitätsmanagement ausgewertet und die Ergebnisse den Stationen bekannt gemacht, um mögliche Verbesserungsmaßnahmen umsetzen zu können.

Derzeit erarbeiten wir im Verbund mit allen anderen Klinikeinrichtungen der AMEOS Gruppe ein umfassendes Kennzahlensystem, um weitergehende Benchmarks anzustreben und die vielfältigen Synergieeffekte eines großen Anbieters effektiv und effizient umzusetzen.

Alle von uns durchgeführten Erhebungen zum Qualitätsniveau unserer Leistungserstellung basieren auf den Grundlagen einer validen Dokumentation und der Auswertung der Daten. Unter diesen Voraussetzungen ist eine Beurteilung des Qualitätsgrades möglich und stellt die Basis für unsere Weiterentwicklung dar.

Teil D Qualitätsmanagement

Die Arbeitsbereiche unseres Qualitätsmanagement kann in folgende Teilbereiche eingeteilt werden, die sich jeweils unterschiedlichen Instrumenten bedienen:

Qualitätsplanung:

Das Ziel besteht in der Auswahl von Qualitätsmerkmalen, deren detaillierte Ausprägungsgrade zu definieren sind. Diese erfolgen z.B. mit Hilfe von Benchmarkprojekten oder orientieren sich an anerkannten Qualitätsstandards und werden in unserem Lenkungsausschuss konsentiert.

Qualitätslenkung:

Die Lenkung und Beeinflussung des Qualitätsniveaus setzt adäquate Rahmenbedingungen voraus, um das Ziel einer qualitativen Sicherstellung des geplanten Ausprägungsgrades zu realisieren. Eingesetzte Instrumente bestehen beispielsweise in unserer differenzierten Auswahl bei Neueinstellungen. Hier definieren wir ein Anforderungsprofil, das unseren Zielen entspricht und suchen entsprechende BewerberInnen aus. Zusätzlich schulen wir unsere MitarbeiterInnen und bieten ihnen vielfältige Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten an, um dadurch nicht nur eine möglichst hohe Identifikation mit unserer Unternehmung zu erreichen, sondern verfolgen zugleich den Ansatz, das neu erworbene Wissen wieder in unseren Leistungserstellungsprozess einfließen zu lassen. Ergänzt wird diese Umsetzung durch ein konsequent praktiziertes Empowerment, das als ergänzendes Instrument der Qualitätslenkung eine motivationsfördernde Wirkung entfaltet. Unser Lenkungsausschuss begleitet und fördert diese Ansätze, so dass sich eine hohe Qualitätskultur auf allen Ebenen etablieren konnte.

Qualitätsprüfung:

Nach der Planung, Lenkung und Umsetzung der ausgewählten Aktivitäten muss sich eine Prüfung hinsichtlich der Wirksamkeit der Maßnahmen anschließen. Hierzu setzen wir die bereits genannten Instrumente ein, insbesondere unsere oben erwähnten merkmals- und ereignisorientierten Befragungen, unser PatientInnenmonitoring, das Beschwerdemanagement und die (de-)zentrale Überprüfung anerkannter Qualitätsstandards, die umfassend dokumentiert werden. Zusätzlich finden Qualitätsaudits statt, beispielsweise im Bereich des Datenschutzes. Hier geht es uns nicht vorrangig um den Schutz von Daten, sondern um den Schutz unserer PatientInnen. Der Datenschutz ist dazu natürlich ein wichtiges Instrument.

Qualitätsdarstellung:

Mit der Darstellung des erreichten Qualitätsniveaus verfolgen wir das Ziel, einen transparenten Ablauf und Informationsfluss zu ermöglichen, der seinerseits Vertrauen und Sicherheit schafft. Dabei werden neben den erreichten Ergebnissen auch die anzustrebenden Ziele kommuniziert. Wir verwenden hierzu verschiedene Qualitätsstatistiken und planen neben der grundsätzlichen Orientierung am EFQM-Modell, das keine Zertifizierung vorsieht, sondern ein Award-Modell ist, die Zertifizierung nach dem KTQ®-Verfahren (siehe auch Kapitel D-6).

Teil D Qualitätsmanagement

D-5 Qualitätsmanagementprojekte

Qualitätsverbesserung im Rahmen des spezialisierten Behandlungsangebotes: Depressionsstation

Depressive Erkrankungen sind in der Bevölkerung häufig. Über die Jahre ist eine Zunahme der Häufigkeit ihres Auftretens erkennbar. In Deutschland erkranken ca. 20 % der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens an einer Depression. Das AMEOS Klinikum Heiligenhafen trägt mit einer spezialisierten Depressionsstation seit über 10 Jahren den Behandlungsbedürfnissen depressiv Erkrankter im besonderen Maße Rechnung. Dabei wurden Behandlungskonzepte kontinuierlich modifiziert, erweitert und im Hinblick auf ihre Wirksamkeit überprüft.

Über einen mehr als 15-jährigen Zeitraum finden sich in der wissenschaftlichen Literatur zunächst Einzelhinweise und seit einigen Jahren systematische Studien zur Behandlung depressiv Erkrankter mit Hilfe eines spezialisierten Verfahrens, der transcraniellen Magnetstimulation. Hierbei wird mit Hilfe einer Magnetspule, die tangential am Schädel anliegt, kurzzeitig ein fokales Magnetfeld hoher Feldstärke erzeugt, welches über genau festgelegten speziellen Hirnregionen appliziert wird. Dadurch gelingt es, in begrenztem Umfang eine lokale Reizung des entsprechenden darunter liegenden Hirnrindenareals zu erreichen. Systematische Untersuchungen haben gezeigt, dass hierdurch bei einer Vielzahl von Betroffenen eine deutliche Besserung der depressiven Symptomatik erreichbar ist.

Nach mehrjähriger systematischer Auswertung der wissenschaftlichen Literatur zu dieser besonderen Behandlungsform ist die Entscheidung gefällt worden, dieses Therapieverfahren im AMEOS Klinikum Heiligenhafen einzuführen. Zur Vorbereitung wurden ärztliche MitarbeiterInnen der Klinik auf entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen zur Theorie und Praxis dieses Verfahrens geschult, des Weiteren wurden Hospitationen in Einrichtungen durchgeführt, welche die r-TMS-Behandlungen schon seit längerer Zeit anwenden. Dortige Erfahrungen, technische Vorgehensweisen sowie begleitende Untersuchungen wurden in die eigene Behandlungsplanung und -durchführung aufgenommen.

Im November 2010 wurde ein entsprechendes Magnetstimulationsgerät (MagPro R30) angeschafft und ein spezieller Behandlungsplatz für dieses Therapieverfahren eingerichtet.

Die Behandlung erfolgt auf der Grundlage allgemein anerkannter und bewährter Behandlungsprotokolle. Eine Evaluation der Behandlung findet mit Hilfe standardisierter Fragebögen zum Ausmaß der depressiven Symptomatik, zur kognitiven Leistungsfähigkeit sowie einem Fragebogen zur Selbstscheinschätzung des Behandlungserfolgs durch die PatientInnen statt. Außerdem werden systematisch etwaige Nebenwirkungen dokumentiert und ausgewertet.

Sämtliche Behandlungen werden mit Hilfe eines gesonderten Formulars erfasst und ausgewertet, die Ergebnisse sollen nach einem 1-Jahres-Zeitraum mit denjenigen einer anderen, ebenfalls dieses Therapieverfahren anwendenden Klinik verglichen werden.

Des Weiteren hat eine systematische Schulung aller ärztlichen MitarbeiterInnen der Klinik in der Anwendung der r-TMS begonnen, welche bis Ende 2011 abgeschlossen sein wird.

Qualitätsprojekt "PatientInnenbefragung in psychiatrischen Institutsambulanzen"

In den psychiatrischen Institutsambulanzen des AMEOS Klinikums Heiligenhafen mit Standorten in Kiel, Oldenburg i.H., Preetz und Heiligenhafen werden PatientInnen mit schwer bzw. chronisch verlaufenden seelischen Erkrankungen psychiatrisch und psychotherapeutisch

Teil D Qualitätsmanagement

behandelt.

Aufgrund stetig zunehmender Nachfrage und der nach Einschätzung der verantwortlichen ÄrztInnen guten Behandlungsergebnisse wird davon ausgegangen, dass unsere PatientInnen mit den in den Institutsambulanzen vorgehaltenen Leistungen sehr zufrieden sind.

Um dieses zu überprüfen, wurde im vergangenen Jahr ein Fragebogen entwickelt, der allen PatientInnen der Ambulanzen des AMEOS Klinikums Heiligenhafen beim Erstkontakt im I. Quartal 2011 vorgelegt wurde.

In 5 Fragekomplexen werden die NutzerInnen gebeten, ihre Zufriedenheit in Bezug auf die Organisationsabläufe der Ambulanz, die fachliche und menschliche Kompetenz der behandelnden ÄrztInnen, ihr Vertrauen zu den ÄrztInnen und ihre allgemeine Zufriedenheit in sehr unzufrieden - eher unzufrieden - eher zufrieden - sehr zufrieden zu kategorisieren.

Abschließend werden im Fragebogen Angaben zum Geschlecht (weiblich/ männlich) und zur Altersgruppe (18 - 34 Jahre, 35 - 64 Jahre oder über 65 Jahre) abgefragt.

Die Befragung erfolgte freiwillig und anonym. Die PatientInnen hatten die Möglichkeit, ihre Rückmeldungen in einem in der Ambulanz angebrachten Briefkasten zu platzieren oder direkt dem Qualitätsmanagement zuzusenden. Die Befragung endete mit dem Ende des I. Quartals am 31.03.2011. Sämtliche eingegangenen Fragebögen wurden mittlerweile dem Qualitätsmanagement zur Verfügung gestellt. Die Auswertung wird demnächst abgeschlossen sein.

Bei einer Vorab-Durchsicht wurde deutlich, dass die PatientInnen ganz überwiegend im Bereich von "sehr zufrieden" votiert haben. Von einzelnen PatientInnen wurde mündlich mitgeteilt, dass im Fragebogen die Möglichkeit, Rückmeldungen in Form eines freien Textes zu geben, fehlen würde.

Aktuell wird mit Spannung auf die Auswertung der KundInnenbefragung des I. Quartals 2011 gewartet. Entsprechende Fragebogenaktionen werden künftig regelmäßig durchgeführt. Hierüber ergibt sich die Möglichkeit, die Meinungen strukturiert abzufragen, die Ambulanzen miteinander zu vergleichen und im Längsschnitt eventuelle Veränderungen der Meinungen unserer PatientInnen zu detektieren und zu analysieren.

Zeitgleich erfolgte dieselbe Kundenbefragung auch in den Ambulanzen in Lübeck und Neustadt des AMEOS Klinikums Neustadt.

D-6

Bewertung des Qualitätsmanagements

Das AMEOS Klinikum Heiligenhafen gehört im Krankenhausbereich zu den größten Anbietern psychiatrischpsychotherapeutischer, psychosozialer und kinder- und jugendpsychiatrischer Dienstleistungen in Schleswig-Holstein. Wir verspüren die damit verbundene soziale Verantwortung und möchten ihr durch eine konsequente Qualitätsverbesserung gerecht werden.

Dazu bestimmen wir mit Hilfe verschiedener Maßnahmen zunächst das bestehende Qualitätsniveau. Aus der Sicht unserer PatientInnen beginnen wir anschließend mit der gedanklichen Weiterentwicklung, die wir dann auf unterschiedlichsten Feldern konsequent

Teil D Qualitätsmanagement

umsetzen.

Im vorhergehenden Abschnitt (siehe Kapitel D-5) haben wir aus der Vielzahl unserer Qualitätsprojekte beispielhaft die Beschreibung einzelner Aktivitäten ausgewählt, die wir dort ausführlicher erläutert haben.

Grundlage unseres Ziels nach ständiger Verbesserung ist die Einführung, die kontinuierliche Umsetzung und die regelmäßige Weiterentwicklung unseres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, deren grundsätzlicher Aufbau bereits im Kapitel D-3 (Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements) skizziert ist.

Als Hauptziele unseres Qualitätsmanagements sind zu nennen:

- durch regelmäßige Erhebungen das jeweils aktuelle Qualitätsniveau festzustellen,
- Fortschritte zu planen, umzusetzen und den Erfolg zu überprüfen und
- ein ständig lernendes Krankenhaus zu sein.

Qualitätsmodelle

Ohne die von uns favorisierten Modelle im Detail hier zu erläutern, sei nachfolgend deren Grundstrukturen kurz dargestellt, die eine Vielzahl von Aktivitäten in sehr ähnlicher Weise betrachten und keineswegs konkurrierende Qualitätskonzepte darstellen. Bei allen Gemeinsamkeiten und Unterschieden muss festgehalten werden, dass bei der Präferenzierung von beschreibenden und bewertenden Qualitätsmodellen kein "one best way" existiert. Allein entscheidend ist der bewusste Prozess, dass Qualität nicht projiziert, sondern produziert werden muss.

1. KTQ®-Modell

Die KTQ® als "Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen" wurde ursprünglich mit der Zielvorstellung gegründet, ein Zertifizierungsverfahren zu generieren, das spezifisch auf die bundesdeutschen Krankenhäuser ausgerichtet ist. Die Orientierung erfolgte an der internationalen Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).

Somit besteht eine zielgerichtete Branchenorientierung und -optimierung, die ihren Hauptfokus auf die Prozess- und Ergebnisqualität legt.

In der aktuellen Version werden sechs Kategorien unterschieden und stellen den so genannten KTQ®-Katalog dar:

- Patientenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit
- Informations- und Kommunikationswesen
- Krankenhausführung
- Qualitätsmanagement

Die einzelnen Kategorien werden ihrerseits in Subkategorien untergliedert, deren nächste Ebene durch die Kriterien konkretisiert werden. Auf diese Weise kann das berufsgruppen- und hierarchieübergreifende Leistungsgeschehen in der jeweiligen qualitativen Ausprägung differenziert dargestellt werden.

Auf der Ebene der Kriterien erfolgt eine differenzierte Gewichtung, um besonders relevante Aspekte nachhaltig bewerten zu können ("Kernkriterien").

Alle Kriterien basieren auf dem schon beschriebenen PDCA-Zyklus (siehe Kapitel D-2) unter

Teil D Qualitätsmanagement

jeweiliger Berücksichtigung von Erreichungs- und Durchdringungsgrad. Dabei gibt der Erreichungsgrad Auskunft über die bewertete Qualität der Kriterienerfüllung, während der Durchdringungsgrad eine Aussage über die Breite der Umsetzung des jeweiligen Kriteriums zulässt.

Bei der Anwendung des KTQ®-Qualitätsmodells werden die Leistungen des AMEOS Klinikums Heiligenhafens beurteilt. Dabei stehen neben der Zufriedenheit der PatientInnen und ihrer Angehörigen auch die einweisenden ÄrztInnen und Kliniken, nachbetreuende Einrichtungen und die Kostenträger im Mittelpunkt.

Dieses Ziel setzt viele Grundlagen voraus: Zufriedene MitarbeiterInnen und die Verantwortung der Unternehmensführung in Verbindung mit dem Qualitätsmanagement sind ebenso wichtig, wie ein ausgereiftes Konzept, ein gemeinsames Leitbild und eine sehr gute, innovative und intensive Prozessorientierung.

Unter diesen Voraussetzungen, einschließlich der Sicherheit im Krankenhaus und dem Einsatz moderner Informationstechnologien, gelingt es dem AMEOS Klinikum Heiligenhafen, erstklassige medizinische und pflegerische Leistungen anbieten zu können.

Die Informationsquellen zur Messung der Leistung sind vielfältig. Ausgehend von mehreren Einzelbefragungen unserer PatientInnen zu speziellen Fragestellungen oder umfassend zur Leistungsbeurteilung des AMEOS Klinikums Heiligenhafens, haben wir diesen Ansatz konsequent weiterentwickelt, indem wir unbefristet ein so genanntes Qualitäts- bzw. PatientInnenmonitoring durchführen. Um Wiederholungen zu vermeiden, sei hier auf die Beschreibung dieses Projekts im strukturierten Qualitätsbericht 2006 im Kapitel D-5 verwiesen.

Unterstützt wird dieser Ansatz durch ein Beschwerde- und Anregungswesen. Das AMEOS Klinikum Heiligenhafen bewertet eine Beschwerde als konstruktive Kritik, die allen Beteiligten neue Chancen eröffnet. Mit diesem Instrument haben unsere PatientInnen noch eine weitere Möglichkeit, uns auf Verbesserungspotenziale aufmerksam zu machen. Im Unterschied zum Fragebogen können die PatientInnen viel individueller ihr Problem darstellen. Die leitenden ChefärztInnen im Geschäftsbereich Klinikum kümmern sich um die inhaltliche Lösung der Probleme und nehmen schnellstmöglich Kontakt mit den BeschwerdeführerInnen auf. Die anschließende Auswertung erfolgt im Qualitätsmanagement.

Es entspricht dem umfassenden Qualitätsanspruch des KTQ®-Modells eine möglichst breit angelegte Informationsbasis aufzubauen. Dazu gehören beispielsweise gesonderte Dokumentationen von Druckgeschwüren an der Haut (Dekubitus), die im Qualitätsmanagement ausgewertet werden. Das Ziel solcher Erhebungen besteht natürlich in der Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung.

Nachdem wir über einen mehrjährigen Zeitraum feststellten, dass im AMEOS Klinikum Heiligenhafen keine Druckgeschwüre entstanden sind, begrenzten wir diese Untersuchung auf die in der externen Qualitätssicherung definierte Stichprobe zum entsprechenden Modul.

Die von uns mitbehandelten Dekubitusfälle waren fast ausnahmslos bereits zum Aufnahmezeitpunkt vorhanden gewesen und wurden hinsichtlich des Status und des weiteren Verlaufs zusätzlich mit Hilfe von Fotos dokumentiert. Unser Pflegemanagement ist an dieser Stelle offensichtlich kaum noch weiter zu optimieren.

Selbstverständlich werden auch Qualitätsbewertungen von externen PartnerInnen erwartet. Im Geschäftsbereich Klinikum beziehen wir unsere Medikamente beispielsweise von einer krankenhausversorgenden Apotheke, die durch ein Gütesiegel ihre eigenen hohen Qualitätsansprüche dokumentiert. Alle sechs Monate erfolgt durch die Apotheke eine Begehung sämtlicher Stationen. Dabei werden systematisch alle Qualitätskriterien, wie beispielsweise Lagerung, Lagerort, Lagerungsbedingungen oder Beachtung der Gesetze der

Teil D Qualitätsmanagement

Arzneimittelsicherheit der hier vorhandenen Medikamente untersucht und schriftlich protokolliert. Die Auswertung erfolgt ebenfalls im Qualitätsmanagement. Auch hier ist im Ergebnis festzuhalten, dass bisher keinerlei Beanstandungen auftraten. Diese Kontrollen werden auch zukünftig mit gleicher Regelmäßigkeit durchgeführt.

2. Das EFQM-Modell

Dieser Ansatz wurde bereits 1988 von führenden europäischen Firmen entwickelt und stammte ursprünglich aus der Industrie. Damit war der beim KTQ®-Modell so überzeugende, genuine Ansatz aus dem Gesundheitswesen hier zunächst nicht vorhanden. Erst sukzessiv wurde das Modell auf den Dienstleistungssektor übertragen.

Es gilt international als Zielsystem für die Etablierung eines Total Quality Management (TQM), wie es bereits einleitend im Kapitel D-1 (Qualitätspolitik) ausführlich dargestellt wurde.

Der strukturelle Aufbau ist durch zwei Bereiche gekennzeichnet, nämlich den Befähigern und den Ergebnissen, wobei die Ergebnisse in einem Prozess der Innovation und des Lernens wieder auf die Befähiger Einfluss nehmen. Dadurch entsteht ein geschlossener Regelkreis.

Unter den Befähigern versteht man die eingesetzten Mittel und Wege, die sich im Detail wie folgt gliedern (in Klammern die prozentuale Bedeutung bzw. die relative Gewichtung im Rahmen von Selbst- und Fremdbewertungen):

- Führung (10 %)
- Politik und Strategie (8 %)
- Mitarbeiter (9 %)
- Partnerschaften und Ressourcen (9 %)
- Prozesse (14 %)

Mit den Ergebnissen wird dokumentiert, was ein Unternehmen durch den Einsatz der Befähigerkriterien erreicht hat:

- Kundenbezogene Ergebnisse (20 %)
- Mitarbeiterbezogene Ergebnisse (9 %)
- Gesellschaftsbezogene Ergebnisse (6 %)
- Wichtige Ergebnisse bei den Schlüsselleistungen (15 %)

Es ist erkennbar, dass auch dieser Ansatz alle wichtigen Aspekte berücksichtigt.

Beim Vergleich der beiden Qualitätsmodelle ist naturgemäß eine große Schnittmenge vorhanden. Neben einer sehr ähnlichen Orientierung an PatientInnen, MitarbeiterInnen und den Prozessen war ursprünglich der direkte Bezug des EFQM-Modells zum Gesundheitswesen eher etwas extensiver ausgeprägt, dafür stand aber die Ergebnisqualität deutlicher im Vordergrund. Hier hat sich das KTQ®-Modell durch die differenzierte Unterteilung und Gewichtung der Kriterien, der Forderung nach PDCA-Zyklen und der Unterscheidung in Erreichungs- und Durchdringungsgrad inzwischen gleichrangig positionieren können.

AMEOS Klinikum Heiligenhafen

Friedrich-Ebert-Straße 100
23774 Heiligenhafen
Tel. 04362 91 0
Fax 04362 91 1450
info@heiligenhafen.ameos.de
<http://www.ameos.eu>