

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

BDH-Klinik Hessisch Oldendorf

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ
auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 13.07.2011 um 15:06 Uhr erstellt.

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

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

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-12** Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V
- A-13** Fallzahlen des Krankenhauses
- A-14** Personal des Krankenhauses
- A-15** Apparative Ausstattung

- B** **Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen**
- B-[1]** Neurologie
- 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].7** Prozeduren nach OPS
- B-[1].8** Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-[1].9** Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-[1].10** Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-[1].11** Personelle Ausstattung

- C** **Qualitätssicherung**

- 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

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

Einleitung



Abbildung: Die BDH-Klinik in Hessisch Oldendorf

Die Klinik

Die BDH-Klinik Hessisch Oldendorf ist ein modernes neurologisches Zentrum, das sich in Trägerschaft durch den gemeinnützigen Verein BDH (Bundesverband Rehabilitation, Bonn) befindet. Die BDH-Klinik ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover. Wir verfügen über einen großen Krankenhausteil mit 113 Planbetten, Phasen A und B und zusätzlich 140 Rehabilitationsbetten in allen Phasen der neurologischen Rehabilitation, Phasen C, D und E. Damit gehört die BDH-Klinik zu den größten neurologischen Fachkliniken Deutschlands.

Unser Konzept

Wir haben eine lange Tradition in der Frührehabilitation neurochirurgischer und neurologischer Patienten. Die BDH-Klinik war eine der ersten Kliniken Deutschlands, die sich für die Rehabilitation dieser Patienten einsetzte. Neben der neurologischen Rehabilitation liegt ein weiterer traditionsreicher Schwerpunkt unserer Einrichtung auf der beruflichen Rehabilitation mit einem bewährten, multiprofessionellen Therapiekonzept.

Das Besondere an unserer Einrichtung ist, dass wir phasenübergreifend von der Akutbehandlung und Frührehabilitation bis hin zur beruflichen Wiedereingliederung, Behandlung und Rehabilitation aus einer Hand anbieten. So begleiten wir den gesamten Rehabilitationsprozess unserer Patienten/Rehabilitanden von der Aufnahme bis zur beruflichen Integration. Dieses Konzept ist weitgehend konkurrenzlos und bietet unseren Patienten/Rehabilitanden eine optimale Versorgung.

Auch aus diesem Grund ist unser Haus eine Modellklinik, die seit Jahrzehnten von der gesetzlichen Unfallversicherung gefördert und frequentiert wird. Außerdem arbeiten wir eng mit den Berufsgenossenschaften mit einer „BG-Sonderstation“

zusammen und sind Teil des „Projektes Norddeutschland“, das eine optimale Versorgung Schädel-Hirn verletzter Patienten/Rehabilitanden sicherstellen soll. Darüber hinaus verbindet uns mit den Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung und der Arbeitsagentur eine langjährige gute Zusammenarbeit.

Neben Diagnostik, medizinischer Behandlung und rehabilitativer Therapie nach modernsten wissenschaftlichen Erkenntnissen finden bei uns auch Naturheilverfahren und Akupunktur Anwendung. Um eine zukünftige gesundheitsbewusste Lebensführung anzubahnen, bieten wir unseren Patienten/Rehabilitanden Gesundheitstraining und ernährungswissenschaftliche Beratung an.

Die BDH-Klinik Hessisch Oldendorf besitzt den Status einer rauchfreien Klinik und wurde in das Netz rauchfreier Kliniken aufgenommen. Die Zertifizierung durch die DNGfK des Europäischen und Deutschen Netzwerkes Rauchfreier Krankenhäuser hat die Klinik erreicht. Für rauchende Patienten/Rehabilitanden existiert im Außenbereich ein Raucherpavillon.

Unser Ziel ist es, unsere Patienten/Rehabilitanden so weit zu rehabilitieren, dass sie erfolgreich sozial und schulisch oder beruflich wieder integriert werden können. Der Patient/Rehabilitand und seine Bedürfnisse stehen bei uns im Mittelpunkt. Um dies zu gewährleisten, folgen wir dem Konzept der multiprofessionellen Stationsteams. Das bedeutet, dass auf jeder Station ein Team aus allen therapeutischen Bereichen eng zusammenarbeitet und sich täglich mehrfach über und mit dem Patienten/Rehabilitanden austauscht. Dieses multidisziplinäre Team begleitet den Patienten/Rehabilitanden während seiner gesamten Behandlung. Nach Aufnahme und Befunderhebung wird für jeden Patienten/Rehabilitanden individuell ein Therapieplan aufgestellt, der auf die jeweiligen Störungen abgestimmt ist und im Verlauf der Therapie den erzielten Veränderungen kontinuierlich angepasst wird.

Auch die Angehörigen möchten wir möglichst mit einbinden. So ist es z.B. möglich, dass Angehörige nach Absprache bei den Therapien zuschauen. Im Rahmen kompetenter Anleitung und Beratung des Patienten/Rehabilitanden sowie der Angehörigen möchten wir zur aktiven Bewältigung der Erkrankung beitragen und Möglichkeiten der „Hilfe zur Selbsthilfe“ aufzeigen.

Das Konzept der Stationsteams garantiert eine patienten-/rehabilitandenorientierte, ganzheitliche Versorgung auf hohem Niveau. Um auch weiterhin ein Behandlungskonzept erstklassiger Qualität vorlegen zu können, betreiben wir ein aktives und mitarbeiterorientiertes Qualitätsmanagement und haben so die Zertifizierung durch die DGNR (Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation), die IQMG (Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen GmbH) und die Zertifizierung und Rezertifizierung durch die KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) erreicht. Die erneute Rezertifizierung erfolgt turnusgemäß 2012.

Indikationen & Kostenträger

Wir übernehmen neurologische und neurochirurgische Patienten/Rehabilitanden sämtlicher Indikationen. Besondere Erfahrungen haben wir mit folgenden Krankheitsbildern:

Hirnfarkt und Hirnblutung („Schlaganfall“), Schädel-Hirn-Trauma und andere Verletzungen des Nervensystems, Polytrauma, hypoxischer Hirnschaden, Tumorerkrankungen des Nervensystems, Infektionen und andere Entzündungen des Nervensystems (Meningitis, Enzephalitis, Vaskulitis, Polyneuritis). Durch unser multiprofessionelles Team können wir das gesamte Spektrum neurologischer und neurochirurgischer Erkrankungen auch unter intensivmedizinischen Gesichtspunkten verantwortlich behandeln. Die konsiliarische Mitbetreuung der Patienten/Rehabilitanden, z.B. von unfallchirurgischer Seite, aber auch durch Spezialisten anderer medizinischer Fachbereiche ist gewährleistet, sodass die rehabilitative Versorgung polytraumatisierter Patienten/Rehabilitanden nahtlos möglich ist.

Auch Kurmaßnahmen und ambulante Leistungen (neurologische, neuro-traumatologische, neuroorthopädische Erkrankungen) sind selbstverständlich jederzeit in unserer Klinik möglich.

Stationen

Die BDH-Klinik Hessisch Oldendorf ist an der Akutversorgung neurologischer Notfälle in den Landkreisen Hameln-Pyrmont und Schaumburg beteiligt. Besonderes Augenmerk richten wir auf eine schnelle und fachgerechte Versorgung von Schlaganfallpatienten. Für diese Patienten halten wir fünf Betten auf der Stroke Unit bereit.

Wichtig ist, dass Patienten mit Symptomen eines Schlaganfalls rasch in die Klinik kommen, denn eine spezielle Behandlungsform, die sog. „Lyse“, kommt nur für solche Patienten infrage, die innerhalb von drei Stunden die Klinik erreichen. Wir unterstützen daher die Deutsche Schlaganfall-Hilfe, die dazu auffordert, bei Zeichen eines Schlaganfalls sofort den Notruf 112 zu wählen.

Inhalt der neurologischen Frührehabilitation ist - wie der Name schon sagt, der möglichst rasche Beginn der rehabilitativen Behandlung, um so die Chance auf die bestmögliche Wiederherstellung der Gesundheit zu erhöhen. Damit auch die instabilen und sogar noch beatmeten Patienten bereits von einer rehabilitativen Therapie profitieren können, haben wir zusätzlich zu den zwei Überwachungsstationen im März 2004 unsere anästhesiologisch geführte Intensivstation mit sechs Beatmungsplätzen (Evita XL) eröffnet.

Auf den Stationen E, 1, 2, 3 und S bieten wir unseren Patienten/Rehabilitanden, die nicht am Monitor überwacht werden müssen, meist Zweibettzimmer an. Im Herbst 2010 wurde auf den Stationen 1 und 2 ein Erweiterungsbau mit modernen behindertengerechten Zimmern eröffnet.

Natürlich können Patienten/Rehabilitanden auch im Rahmen von Anschlussheilbehandlungen und stationären Rehabilitationsmaßnahmen unser weitgefächertes rehabilitatives Angebot in Anspruch nehmen. Diesem Bereich und der beruflichen Rehabilitation ist die Station 3 zugeordnet, ebenfalls überwiegend mit Zweibettzimmern.

Verantwortlich:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Dipl.-Kfm. Uwe Janosch	Verwaltungsdirektor, Geschäftsführer	05152-781-139	05152-781-199	verwaltung@nkho.de
Prof. Dr. med. habil. Jens D. Rollnik	Ärztlicher Direktor	05152-781-231	05152-781-198	aerztl_dienst@nkho.de

Ansprechpartner:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
QMB Steffi Tümpel	Qualitätsmanagement	05152-781-845	05152-781-275	s.tuempel@nkho.de
QMB Assistentin Elke Hartmann	Qualitätsmanagement	05152-781-172	05152-781-275	e.hartmann@nkho.de
Fabian Alms	EDV	05152-781-158	05152-781-849	f.alms@nkho.de

Links:

<http://www.nkho.de>

<http://www.bdh-klinik-hessisch-oldendorf.de>

Sonstiges:

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Dipl.-Kfm Uwe Janosch; Prof. Dr. med. habil. Jens D. Rollnik, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Teil A - Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hausanschrift:

BDH-Klinik Hessisch Oldendorf

Greitstraße 18-28

31840 Hessisch Oldendorf

Postanschrift:

Postfach 280

31840 Hessisch Oldendorf

Telefon:

05152 / 781 - 0

Fax:

05152 / 781 - 212

E-Mail:

info@nkho.de

Internet:

<http://www.nkho.de>

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260320611

A-3 Standort(nummer)

00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name:

BDH, Bundesverband Rehabilitation e.V. Bonn (Alleingesellschafter)

Art:

freigemeinnützig

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

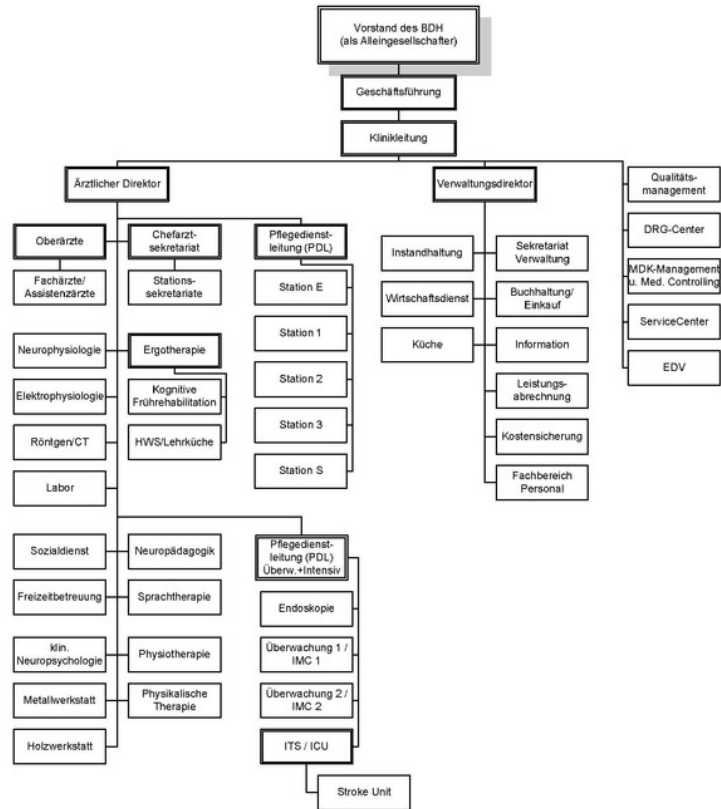
Ja

Universität:

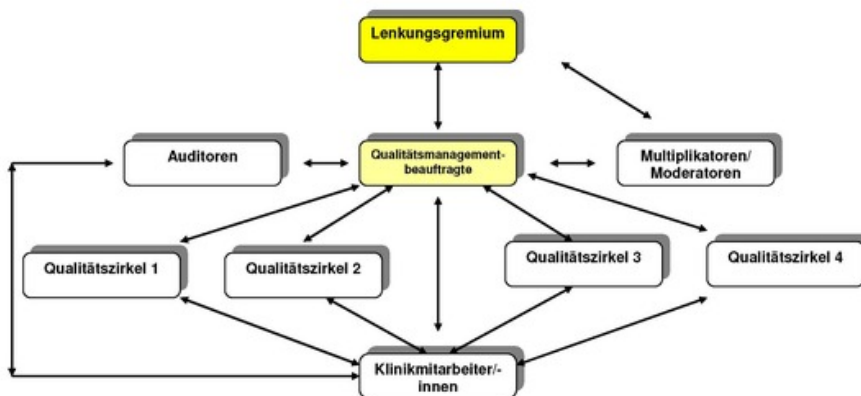
MHH, Medizinische Hochschule Hannover

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Organigramm der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf GmbH



Organigramm des Qualitätsmanagementsystems in der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf GmbH



erstellt durch QMB: Dezember 2006
freigegeben durch Klinikleitung: Dezember 2006/Dezember 2009
geändert durch QMB: 16.12.2009
Version 1.3

Die Klinikleitung wird gleichberechtigt von dem Geschäftsführer/Verwaltungsdirektor, Dipl.-Kfm. Uwe Janosch, und dem Ärztlichen Direktor, Prof. Dr. Rollnik, wahrgenommen. Diese Gleichberechtigung von medizinischem und kaufmännischem Bereich stellt die Patienten-/Rehabilitandenversorgung auf höchstem Niveau sicher. Die Einrichtung hat sich in den letzten Jahren bemüht, Hierarchien zu verflachen und die Prozessorganisation in den Vordergrund zu rücken. Dennoch gibt es ein mittleres Management in Form von Pflegedienstleitungen, Stationsleitungen, Abteilungsleitern und Oberärzten, die primär eine fachliche Supervisionsfunktion übernehmen sollen. Auf den Stationen ist dem Gedanken der Prozessoptimierung dadurch bestmöglich Rechnung getragen, dass es Stationsteams gibt, die mit interdisziplinären Teamsprechern besetzt sind. Die medizinische Verantwortung übernimmt jedoch auch in diesen Teams der Arzt. Eine detaillierte Darstellung der Organisationsstruktur der Einrichtung entnehmen Sie bitte dem Organigramm.

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Nr.	Fachabteilungsübergreifender Versorgungsschwerpunkt:	Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind:	Kommentar / Erläuterung:
VS00	Neurologische Akutversorgung und Frührehabilitation	Neurologie	

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
-----	-----------------	--------------------------

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA00	siehe Detailbeschreibung unter Punkt B 4 (fachabteilungsspezifisch)	

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-11.1 Forschungsschwerpunkte

Rehabilitationsforschung insbesondere im Bereich der neurologischen Frühreha sowie der medizinisch beruflichen Reha (Phase 2): Versorgungsforschung, Outcome nach schweren Hirnschädigungen

A-11.2 Akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten:	Kommentar/Erläuterung:
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Prof. Dr. Rollnik ist Mitglied des externen Lehrkörpers der Medizinischen Hochschule Hannover
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	Studienleitung der MEMBER-Studie – Multizentrische Evaluationsstudie zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Intensive wissenschaftliche Kooperation mit der MHH
FL00	Rehaforschung, insbesondere medizinisch-berufliche Rehabilitation Phase 2	Forschungsinstitut insbesondere zur Versorgungsforschung in der Rehabilitation; Schwerpunkt im Fachbereich Neurologie
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

keine Angaben

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

113 Betten

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses:

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fallzahl:

1025

Teilstationäre Fallzahl:

0

Ambulante Fallzahlen

Patientenzählweise:

400

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	14,5 Vollkräfte	
davon Fachärzte und Fachärztinnen	10,5 Vollkräfte	Fachärzte insbesondere für Neurologie, sowie für Psychiatrie und Intensivmedizin
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0 Vollkräfte	

A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	97,1 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	7,0 Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0,0 Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	13,0 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	6,5 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
Entbindungspfleger und Hebammen	0,0 Personen	3 Jahre	

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	

A-14.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Anzahl:	Kommentar/ Erläuterung:
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	6	
SP32	Bobath-Therapeut und Bobath-Therapeutin für Erwachsene und/oder Kinder	10	
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	1	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	10	
SP38	Freizeit- und Erlebnispädagoge und Freizeit- und Erlebnispädagogin/Freizeit- und Erlebnistherapeut und Freizeit- und Erlebnistherapeutin (mit psychologischer, pädagogischer oder therapeutischer Vorbildung)	1,5	Freizeittreff mit qualifizierten Angeboten am Abend und am Wochenende (auch für den Rehateil)
SP08	Heilerziehungspfleger und Heilerziehungspflegerin	2	
SP09	Heilpädagogin und Heilpädagoge	5	kognitive Frührehabilitation
SP14	Logopäde und Logopädin/Sprachheilpädagogin und Sprachheilpädagoge/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	4	
SP42	Manualtherapeut und Manualtherapeutin	3	
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	4	
SP43	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal	4	
SP16	Musiktherapeut und Musiktherapeutin	1	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	18	
SP23	Psychologin und Psychologe	4	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	4	
SP20	Sonderpädagogin und Sonderpädagoge/Pädagogin und Pädagoge/Lehrer und Lehrerin	4	speziell für die späteren Phasen der neurologischen Rehabilitation nach BAR
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	2,5	u. a. Überleitungsmanagement

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Anzahl:	Kommentar/ Erläuterung:
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	2,5	u. a. Überleitungsmanagement
SP45	Sozialtherapeut und Sozialtherapeutin (z. B. DFS)	2,5	
SP46	Sportlehrer und Sportlehrerin/Gymnastiklehrer und Gymnastiklehrerin/Sportpädagogin und Sportpädagogin	1	
SP27	Stomatherapeut und Stomatherapeutin	1	Mitarbeiterin im Pflegedienst
SP48	Vojtatherapeut und Vojtatherapeutin für Erwachsene und/oder Kinder	3	
SP28	Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte	1	Mitarbeiterin im Pflegedienst; zudem Wundbeauftragte der einzelnen Stationen

A-15 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h	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	Ja	6 Evita XL incl. ITS Monitoring
AA03	Belastungs-EKG/Ergometrie	Belastungstest mit Herzstrommessung	trifft nicht zu	
AA39	Bronchoskop	Gerät zur Luftröhren- und Bronchienspiegelung	Nein	
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen	Ja	
AA65	Echokardiographiegerät		Ja	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	
AA11	Elektromyographie (EMG)/Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit	Messung feinsten elektrischer Ströme im Muskel	trifft nicht zu	

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h	Kommentar / Erläuterung
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	trifft nicht zu	
AA52	Laboranalyseautomaten für Hämatologie, klinische Chemie, Gerinnung und Mikrobiologie	Laborgeräte zur Messung von Blutwerten bei Blutkrankheiten, Stoffwechselleiden, Gerinnungsleiden und Infektionen	Ja	
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät		Ja	
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall	Ja	
AA00	TEE		Ja	

Teil B - Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-[1] Fachabteilung Neurologie

B-[1].1 Name [Neurologie]

Neurologie

Art der Abteilung:

Hauptabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

2800

Hausanschrift:

Greitstrasse 18 - 28

31840 Hessisch Oldendorf

Postanschrift:

Postfach 280

31840 Hessisch Oldendorf

Telefon:

05152 / 781201

Fax:

05152 / 781275

E-Mail:

servivecenter@nkho.de

Internet:

<http://www.nkho.de>

Chefärztinnen/-ärzte:

Titel:	Name, Vorname:	Funktion:	Tel. Nr., Email:	Sekretariat:	Belegarzt / KH-Arzt:
Prof. Dr. med. habil.	Rollnik, Jens. D.	Chefarzt Ärztlicher Direktor	05152781231 aerztl_dienst@nkho.de	Frau E. Riphaut	KH-Arzt

B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte [Neurologie]

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie	Kommentar / Erläuterung
VN03	Diagnostik und Therapie entzündlicher ZNS-Erkrankungen	
VN04	Diagnostik und Therapie neuroimmunologischer Erkrankungen	
VN02	Diagnostik und Therapie sonstiger neurovaskulärer Erkrankungen	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus	
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	

B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Neurologie]

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP02	Akupunktur	
MP03	Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare	
MP04	Atemgymnastik	
MP06	Basale Stimulation	
MP00	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiter	
MP08	Berufsberatung/ Rehabilitationsberatung	
MP09	Besondere Formen/ Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP10	Bewegungsbad/ Wassergymnastik	
MP11	Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie	
MP13	Diabetiker-Schulung	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassungsmanagement	
MP16	Ergotherapie	
MP17	Fallmanagement/ Case Management/ Primary Nursing/ Bezugspflege	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/ Inkontinenzberatung	
MP24	Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP28	Naturheilverfahren	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	
MP31	Physikalische Therapie	
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik	
MP33	Präventive Leistungsangebote/ Präventionskurse	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP34	Psychologisches/ psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	
MP00	Rehabilitationspflege in der neurologischen Rehabilitation	Rehabilitationspflege in der neurologischen Rehabilitation: Rehabilitative Körperpflege im Liegen; Waschanleitung; Anziehtraining; Förderung der Eigenmobilität; Therapeutische Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage; Transfertraining; Rollstuhltraining; Orale Stimulation; Esstraining; Orientierungstraining, örtlich; Orientierungstraining, zeitlich; Orientierungstraining, zur Person
MP35	Rückenschule/ Haltungsschulung	
MP37	Schmerztherapie/ -management	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Rehabilitationspflege; ansonsten siehe auch Punkt MP00
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/ Logopädie	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/ Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- u. Kälteanwendungen	
MP00	Wirbelsäulengymnastik	
MP51	Wundmanagement	
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Neurologie]

Nr.	Serviceangebot	Kommentar / Erläuterung
SA43	Abschiedsraum	
SA00	Angehörigenarbeit	Angehörigenseminar
SA01	Aufenthaltsräume	
SA12	Balkon/ Terrasse	teilweise, bei der Mehrzahl der Patientenzimmer
SA55	Beschwerdemanagement	

Nr.	Serviceangebot	Kommentar / Erläuterung
SA39	Besuchsdienst/"Grüne Damen"	
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA44	Diät-/Ernährungsangebot	
SA02	Ein-Bett-Zimmer	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	teilweise, der Anteil wird kontinuierlich erhöht
SA40	Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Besucher	Empfangsdienst von 8 bis 19 Uhr
SA24	Faxempfang für Patienten	
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	teilweise, der Anteil wird kontinuierlich erhöht; ansonsten günstige Leihmöglichkeit durch ortsansässiges Fachgeschäft
SA04	Fernsehraum	
SA25	Fitnessraum	MTT, medizinische Trainingstherapie innerhalb der Abteilung Physiotherapie
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	teilweise, auch abhängig von medizinisch begründeter Kostform
SA26	Friseursalon	kein klinikeigener Friseursalon, aber Terminierung und klinikinterne Behandlung durch ortsansässige Fachkräfte auf eigene Rechnung
SA46	Getränkeautomat	
SA15	Internetanschluss am Bett/ im Zimmer	teilweise, der Anteil wird kontinuierlich erhöht
SA27	Internetzugang	für Patienten freier Internetzugang im Bereich der Freizeitbetreuung
SA28	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	ausreichende, kostenlose Parkmöglichkeiten
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)	und zusätzlich kostenlos 3 verschiedene Säfte auf jeder Station
SA32	Maniküre/ Pediküre	durch externe, ortsansässige Fachkraft auf Anfrage und eigene Rechnung
SA47	Nachmittagstee/-kaffee	
SA33	Parkanlage	großer Klinikpark

Nr.	Serviceangebot	Kommentar / Erläuterung
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	seit 2006
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA17	Rundfunkempfang am Bett	teilweise, der Anteil wird kontinuierlich erhöht
SA36	Schwimmbad	Therapiebecken, zu therapeutischen Zwecken nutzbar
SA42	Seelsorge	
SA00	Sozialdienst	
SA37	Spielplatz/Spielecke	
SA54	Tageszeitungsangebot	
SA18	Telefon	zumeist pro Zimmer, dann individuelle Nutzung durch individuellen PIN, sonst pro Bett; nicht auf Intensiv- und Überwachungsstationen, dort Erreichbarkeit über Pflegedienst gewährleistet
SA09	Unterbringung Begleitperson	in besonderen, medizinisch begründeten Fällen
SA00	weitere Angebote	Kinderspielecke für Besucher unserer Patienten
SA00	weitere Angebote	4 kostenlose behindertengerechte Parkplätze, 1 kostenloser Lieferantenparkplatz, 3 kostenlose Motorradparkplätze in Haupteingangsnähe der NKHO, 2 kostenlose behindertengerechte Parkplätze im hinteren Eingangsbereich
SA00	weitere Angebote	Wickeltische für Besucher unserer Patienten
SA00	weitere Angebote	Grußformular für Patienten über die NKHO Homepage durch das Servicecenter
SA19	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	teilweise, der Anteil wird kontinuierlich erhöht
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	

B-[1].5 Fallzahlen [Neurologie]

Vollstationäre Fallzahl:

1025

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	361	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
2	S06	141	Verletzung des Schädelinneren
3	I61	124	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns
4	G45	59	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen
5	I60	55	Schlaganfall durch Blutung in die Gehirn- und Nervenwasserräume
6	G40	25	Anfallsleiden - Epilepsie
7	G97	21	Krankheit des Nervensystems nach medizinischen Maßnahmen
8	G62	18	Sonstige Funktionsstörung mehrerer Nerven
9	D32	17	Gutartiger Tumor der Hirnhäute bzw. der Rückenmarkshäute
10	I67	14	Sonstige Krankheit der Blutgefäße im Gehirn
11	G61	12	Entzündung mehrerer Nerven
12	G93	11	Sonstige Krankheit des Gehirns
13	G04	7	Entzündung des Gehirns bzw. des Rückenmarks
13	I62	7	Sonstige Blutung innerhalb des Schädels, nicht durch eine Verletzung bedingt
15	G82	6	Vollständige bzw. unvollständige Lähmung der Beine oder Arme
15	H81	6	Störung des Gleichgewichtsorgans
15	S12	6	Knochenbruch im Bereich des Halses
18	F05	<= 5	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt
18	G06	<= 5	Abgekapselte eitrige Entzündungsherde (Abszesse) und entzündliche Knoten (Granulome) innerhalb des Schädels bzw. Wirbelkanals
18	G91	<= 5	Wasserkopf

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

B-[1].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

keine Angaben

B-[1].7 Prozeduren nach OPS

B-[1].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer:	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	1-208	1467	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)
2	3-200	959	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
3	1-207	773	Messung der Gehirnströme - EEG
4	8-552	700	Frühzeitige Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) von am Nervensystem erkrankten oder operierten Patienten
5	8-390	577	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z.B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett
6	8-020	510	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z.B. aus Gelenken
7	8-930	429	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
8	8-981	103	Fachübergreifende neurologische Behandlung eines akuten Schlaganfalls
9	8-987	97	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern
10	8-980	88	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)
11	5-431	75	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung
12	1-206	68	Untersuchung der Nervenleitung - ENG
13	3-800	50	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel
14	3-820	44	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel
15	8-931	33	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)
16	5-572	28	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung
17	1-204	23	Untersuchung der Hirnwasserräume
18	8-800	19	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
19	6-003	18	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 3 des Prozedurenkatalogs
20	8-701	17	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation

B-[1].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

keine Angaben

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. / Leistung	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V			
AM07	Privatambulanz		<ul style="list-style-type: none">• Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation (VN09)• Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden (VN05)• Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems (VN12)• Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems (VN13)• Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen (VN03)• Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute (VN08)• Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen (VN11)• Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus (VN14)• Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels (VN16)• Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen (VN04)• Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems (VN15)• Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen (VN02)• Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen (VN17)• Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen (VN01)• Schmerztherapie (VN23)	

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

trifft nicht zu / entfällt

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

nicht vorhanden

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	14,5 Vollkräfte	
davon Fachärzte und Fachärztinnen	10,5 Vollkräfte	Fachärzte insbesondere für Neurologie, sowie für Psychiatrie und Intensivmedizin
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen):	Kommentar / Erläuterung:
AQ01	Anästhesiologie	
AQ03	Arbeitsmedizin	
AQ42	Neurologie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	

Nr.	Zusatz-Weiterbildung:	Kommentar / Erläuterung:
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF02	Akupunktur	
ZF15	Intensivmedizin	
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie	
ZF27	Naturheilverfahren	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF30	Palliativmedizin	

Nr.	Zusatz-Weiterbildung:	Kommentar / Erläuterung:
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie	
ZF37	Rehabilitationswesen	
ZF40	Sozialmedizin	
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	

B-[1].11.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	97,1 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	7,0 Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	13 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	6,5 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
Entbindungspfleger und Hebammen	0 Personen	3 Jahre	
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss:	Kommentar / Erläuterung:
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	

Nr.	Zusatzqualifikation:	Kommentar / Erläuterung:
ZP01	Basale Stimulation	
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	

Nr.	Zusatzqualifikation:	Kommentar / Erläuterung:
ZP09	Kontinenzberatung	
ZP10	Mentor und Mentorin	
ZP12	Praxisanleitung	
ZP16	Wundmanagement	

B-[1].11.3 Spezielles therapeutisches Personal

Für die Neurologie steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	6 Vollkräfte	
SP32	Bobath-Therapeut und Bobath-Therapeutin für Erwachsene und/oder Kinder	10 Vollkräfte	
SP35	Diabetologe und Diabetologin/Diabetesassistent und Diabetesassistentin/Diabetesberater und Diabetesberaterin/Diabetesbeauftragter und Diabetesbeauftragte/Wundassistent und Wundassistentin DDG/Diabetesfachkraft Wundmanagement	0 Vollkräfte	
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	1 Vollkräfte	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	10 Vollkräfte	
SP06	Erzieher und Erzieherin	0 Vollkräfte	
SP38	Freizeit- und Erlebnispädagoge und Freizeit- und Erlebnispädagogin/Freizeit- und Erlebnistherapeut und Freizeit- und Erlebnistherapeutin (mit psychologischer, pädagogischer oder therapeutischer Vorbildung)	1,5 Vollkräfte	Freizeittreff mit qualifizierten Angeboten am Abend und am Wochenende (auch für den Reha-Teil)
SP08	Heilerziehungspfleger und Heilerziehungspflegerin	2 Vollkräfte	
SP09	Heilpädagogin und Heilpädagoge	5 Vollkräfte	Kognitive Frührehabilitation
SP14	Logopäde und Logopädin/Sprachheilpädagogin und Sprachheilpädagoge/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	4 Vollkräfte	
SP42	Manualtherapeut und Manualtherapeutin	3 Vollkräfte	
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	4 Vollkräfte	

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
SP43	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal	4 Vollkräfte	
SP16	Musiktherapeut und Musiktherapeutin	1 Vollkräfte	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	18 Vollkräfte	
SP23	Psychologe und Psychologin	4 Vollkräfte	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	4 Vollkräfte	
SP20	Sonderpädagoge und Sonderpädagogin/Pädagoge und Pädagogin/Lehrer und Lehrerin	4 Vollkräfte	speziell für die späteren Phasen der neurologischen Rehabilitation nach BAR
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	2,5 Vollkräfte	u. a. Überleitungsmanagement
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	2,5 Vollkräfte	u. a. Überleitungsmanagement
SP45	Sozialtherapeut und Sozialtherapeutin (z. B. DFS)	2,5 Vollkräfte	
SP46	Sportlehrer und Sportlehrerin/Gymnastiklehrer und Gymnastiklehrerin/Sportpädagogin und Sportpädagoge	1 Vollkräfte	
SP27	Stomatherapeut und Stomatherapeutin	1 Vollkräfte	Mitarbeiterin im Pflegedienst
SP48	Vojtatherapeut und Vojtatherapeutin für Erwachsene und/oder Kinder	3 Vollkräfte	
SP28	Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte	1 Vollkräfte	Mitarbeiterin im Pflegedienst; zudem Wundbeauftragte der einzelnen Stationen

Teil C - Qualitätssicherung

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

Gründungsmitglied der AG Frührehabilitation Niedersachsen-Bremen im Bereich der Neurologischen Frührehabilitation sowie in der Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch- beruflicher Rehabilitationseinrichtungen (Phase 2). In diesen wird ein vergleichendes Benchmarking betrieben.

Zertifizierung durch die DGNR (Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation) im August 2005

Zertifikat durch die KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) im August 2006

Die BDH-Klinik als Neurologisches Zentrum mit Akutversorgung, Stroke Unit phasenübergreifender Rehabilitation ist die vierte Rehabilitationsklinik bundesweit, die das KTQ-Zertifikat für ihr Qualitätsmanagementsystem erhalten hat.

Zuvor im Jahr 2005 war die BDH-Klinik eine von bundesweit 10 Pilotkliniken im KTQ-Rehabilitationsverfahren.

2009 wurde eine erfolgreiche Rezertifizierung durch KTQ erreicht. Die erneute Rezertifizierung wird für 2012 angestrebt.

Zertifikat der IQMG (Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen GmbH) im Dezember 2006 sowie erfolgreiche Rezertifizierung im Jahr 2009.

Stroke Unit zertifiziert durch die Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe & Deutsche Schlaganfallgesellschaft im Oktober 2010

Im Rehabilitationsbereich durch QM-Verfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund Peer Review im Bereich der ärztlichen Entlassungsberichte

(Weiteres siehe unter D6)

Gemäß ihrem Leistungsspektrum kann die BDH-Klinik Hessisch Oldendorf definitionsgemäß an keinen anderen Qualitätssicherungsmaßnahmen teilnehmen.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

		Anzahl
1.	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen	14 Personen
2.	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]	9 Personen
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben** [Zähler von Nr. 2]	9 Personen

* nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus in der Fassung vom 19.03.2009 (siehe www.g-ba.de)

** Hat eine fortbildungsverpflichtete Person zum Ende des für sie maßgeblichen Fünfjahreszeitraums ein Fortbildungszertifikat nicht vorgelegt, kann sie die gebotene Fortbildung binnen eines folgenden Zeitraumes von höchstens zwei Jahren nachholen.

Teil D - Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Die BDH-Klinik als Neurologisches Zentrum mit Akutversorgung, Stroke Unit und phasenübergreifender Rehabilitation ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und betreibt ein Prozess- und MA-orientiertes Qualitätsmanagement (QM). Um die Mitarbeiter (MA) aller Fachbereiche ins QM einzubeziehen, können sie in vier Qualitätszirkeln (QZ) mitarbeiten. Diese QZ-Arbeit hat sich als unverzichtbar erwiesen, um praxisorientiert Prozesse optimieren zu können. Hiervon profitieren in erster Linie unsere Patienten/Rehabilitanden und deren Angehörige.

Leitbild:

NKHO - Nahtlos, Kompetent, Hilfreich und Offen... (NKHO- vom ehemaligen Kliniknamen "Neurologische Klinik Hessisch Oldendorf" abgeleitet)

Die BDH-Klinik ist eine Rehabilitationseinrichtung und Akutklinik des Bundesverbandes Rehabilitation (BDH), die sich für neurologisch und neurochirurgisch Erkrankte regional und überregional einsetzt - das neurologische Kompetenzzentrum im Weserbergland. Die Behandlung erfolgt aus einer Hand, d.h. phasenübergreifend und nahtlos in einer Einrichtung, von der Intensivstation bis zur beruflichen Integration.

Wir sind frei gemeinnützig, d.h. nicht gewinnorientiert, und möchten für alle Menschen da sein, die uns brauchen, unabhängig von der Schwere ihrer Erkrankung. Dazu werden unsere Behandlungsmöglichkeiten ständig verbessert entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft.

Ziele in der Behandlung

Unser Ziel ist es, Menschen so zu behandeln, dass sie ein möglichst selbst bestimmtes Leben in Familie und Beruf führen können. Wo dies nicht möglich ist, wollen wir die Lebensqualität verbessern. Dazu werden realistische Behandlungsziele ehrlich mit den Patienten/Rehabilitanden und Angehörigen besprochen. Die Angehörigen werden in die Arbeit einbezogen und in ihrer schwierigen Lebenssituation unterstützt.

Ziele in Forschung und Lehre

Als Akademisches Lehrkrankenhaus der MHH verstehen wir uns auch als Einrichtung der Forschung und Lehre, die der praxisnahen Ausbildung von Ärzten sowie dem Fortschritt der medizinischen Wissenschaft verpflichtet ist.

Ziele bei Mitarbeitern und im QM

Unsere MA werden nach persönlicher Eignung und fachlicher Qualifikation ausgewählt und so beschäftigt, dass sie ein möglichst hohes Maß an Eigenverantwortung leben und zur ständigen Verbesserung i. R. unseres QM beitragen können. Das QM durchdringt die gesamte Einrichtung und bestimmt unser Handeln. Hierarchien werden verflacht, Prozessorganisation hat dabei Vorrang vor Abteilungsorganisation.

Ziele der Leitung

Die Leitung führt durch Vorbild und ist für das QM in unserem Hause verantwortlich. Strategie und Ziele werden mit den MA kommuniziert. Überzeugung durch Argumente hat dabei Vorrang vor Anweisungen. Die Leitung zeichnet verantwortlich für die Außenwirkung der Einrichtung sowie die Entwicklung von Strategien und eine darauf abgestimmte Zielplanung, um die Zukunft zu sichern. Zur bestmöglichen Versorgung der Patienten/Rehabilitanden wird ein Netz von Kooperationspartnern in der Region aufgebaut und gepflegt. Die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern als Partner und Kunden ist durch Offenheit geprägt. Die BDH-Klinik ist Dienstleister und fühlt sich dem Servicegedanken verpflichtet.

Wirtschaftlichkeit

Wir sind frei gemeinnützig, d.h. nicht gewinnorientiert. Budgetverantwortung tragen der VD und ÄD i. R. der Zukunftsorientierung.

Prozessorientierung und kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Für die ständige Weiterentwicklung des aktiven MA-orientierten QMS werden die Qualitätsziele aus dem Leitbild der Einrichtung abgeleitet. Die engere Zusammenarbeit der MA, die höhere Qualität der Arbeit, die Patienten-/Rehabilitandenzufriedenheit und Zukunftsorientiertheit haben hohe Priorität. Die MA wirken in QZ aktiv an der Gestaltung der Prozesse und der Verbesserung der Qualität mit.

Innerhalb der Abteilungen wird zielgerichtet an der Verbesserung der Qualität gearbeitet, zusätzlich angeregt durch Workshops, die von einrichtungsinternen Moderatoren durchgeführt werden.

Alle MA werden laufend über Veränderungen informiert und durch die QZ in Projekte einbezogen. Die Aufgaben des Lenkungsgremiums (LG) sind die Koordination der QZ, die Festlegung von strategischen Zielen und die Steuerung von hierarchie- und bereichsübergreifenden Arbeitsgruppen. Die Klinikleitung gibt optimierte und neu entwickelte Prozesse zur Umsetzung durch die beteiligten Bereiche frei. Die QM-Beauftragte (QMB) ist das Bindeglied zwischen Leitung, QZ und MA und stellt den Ansprechpartner in organisatorischen und formalen Fragen dar.

Zielorientierung und Flexibilität

Neue Ziele entwickeln sich aus dem Leitbild, der QZ, des Lenkungsgremiums bzw. dem Innerbetrieblichen Vorschlagswesen, durch das Beschwerdemanagement bzw. durch Rückmeldung aus der Patienten-/Rehabilitandenzufriedenheitsbefragung. Das LG legt die Umsetzung ausgewählter wichtiger Ziele fest und bestimmt, in Absprache mit den QZ, die Priorität. Die Klinikleitung beauftragt die Führungskräfte innerhalb der einzelnen Abteilungen spezifische Ziele gemeinsam mit den MA abzuleiten und umzusetzen.

Information an Patienten/Rehabilitanden

Ein umfassender und strukturierter Qualitätsbericht nach SGB V § 137 wird erstellt und im Internet und auf der Website der BDH-Klinik veröffentlicht. Ebenso durch KTQ nach erfolgter Zertifizierung bzw. Re-Zertifizierung.

- Vierteljährliche Präsenz in den Printmedien, z.B. zum Thema "Schlaganfallversorgung" in der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf (Einladung zu Pressekonferenzen und -mitteilungen über E-Mail-Verteiler)
- Durchführung eines "Tages der offenen Tür", zeitnah zum "Tage gegen den Schlaganfall" (10. Mai jeden Jahres) in Kooperation mit der Stiftung Deutsche-Schlaganfall-Hilfe.
- Angebot einer aktuellen Website der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf (www.nkho.de oder www.bdh-klinik-hessisch-oldendorf.de) und eines Prospektes in Laien-verständlicher Form
- Präsenz der Klinikleitung bei öffentlichen Veranstaltungen
- Unsere Patienten/Rehabilitanden bzw. deren Angehörige erhalten durch eine Begrüßungsmappe die wichtigsten hausinternen Informationen, die ihnen in einem persönlichen Gespräch im Servicecenter überreicht wird. Auf allen Stationen und im Bereich der Zentrale (Information) befinden sich aktuelle Informationsbögen und Aushänge.
- Einer breiten Öffentlichkeit werden Informationsveranstaltungen, Vorträge und Führungen innerhalb der Einrichtung zu verschiedenen Themen angeboten
- Vorstellung der Inhalte verschiedener Abteilungen in anderen Kliniken

Information an MA

Die Qualitätspolitik und die damit verbundenen Neuerungen und ständigen Verbesserungen der Prozesse werden durch die QZ durch Aushänge, Informationsschreiben, Präsentationen oder MA-Versammlungen intern veröffentlicht. In den Abteilungshandbüchern, die für jeden MA frei zugänglich sind sowie auch im Intranet werden entsprechend veränderte Verfahrensanweisungen und wichtige Dokumente in Schriftform niedergelegt und hierarchie- und berufsgruppenübergreifend kommuniziert.

Das QM hat nach Zertifizierungen Fremdbewertungen durch Visitoren erhalten. Die Stärken und Verbesserungspotenziale wurden den entsprechenden Bereichen weitergeleitet. Die MA werden durch das QM über die Ergebnisse aus den Zufriedenheitsbefragungen der Patienten/Rehabilitanden informiert. Über die Website der Einrichtung können die MA wichtige Informationen abrufen, ebenso den aktuellen Qualitätsbericht nach SGB V § 137 und den durch KTQ

veröffentlichen.

Information an Fachöffentlichkeit

Da die BDH-Klinik für ihre Stroke Unit auf Zuweisungen aus der Region angewiesen ist, muss eine regelmäßige Information der Laien- und Fachöffentlichkeit erfolgen. Die Verantwortung für die PR-Arbeit und das Erarbeiten von Presstexten liegt bei der Klinikleitung. Außenwirksame Handlungen (Berichte, Artikel, Vorträge, Interviews) durch MA der Klinik werden grundsätzlich im Voraus durch die Klinikleitung konsentiert. Im Dezember trifft sich die Klinikleitung, um die PR-Arbeit des kommenden Jahres zu planen. Dabei wird ein Maßnahmenkatalog (PR-Strategie) erstellt. Ziel ist eine mindestens vierteljährliche Präsenz in den lokalen Printmedien, das Angebot regelmäßiger Fortbildungs- und Seminarangebote für die Fachöffentlichkeit sowie eine kontinuierliche Pflege der Website.

- Vierteljährliche Präsenz in den Printmedien, z.B. zum Thema "Schlaganfallversorgung" in der BDH-Klinik (Einladung zu Pressekonferenzen und -mitteilungen über E-Mail-Verteiler)
- Durchführung eines "Tages der offenen Tür", zeitnah zum "Tage gegen den Schlaganfall" (10. Mai jeden Jahres) in Kooperation mit der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
- Angebot einer aktuellen BDH-Klinik-Website (www.nkho.de oder www.bdh-klinik-hessisch-oldendorf.de)
- Vorhalten eines Laien-verständlichen BDH-Klinik-Prospektes
- Präsenz der Klinikleitung bei öffentlichen Veranstaltungen
- Regelmäßige (mind. 1/Jahr) Fortbildungsveranstaltungen speziell für MA des Rettungsdienstes, vor allem zu Themen der Akutversorgung (z.B. Schlaganfall), mit Unterstützung der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe
- Angebot telefonischer Beratung für Fachpersonal und Zuweiser über die Nr. 05152/781-231 (Sekretariat) oder ServiceCenter (-201)
- Informationsangebot für Fachpersonal auf unserer Website und Serviceangebote

Die Informationen sollen "aus erster Hand" vermittelt werden, d.h. Prozess- bzw. Abteilungsverantwortliche berichten bei Pressekonferenzen oder Fortbildungsveranstaltungen selbst.

Information an niedergelassene Ärzte

- Öffnung des Fortbildungskalenders für externe Ärzte, inkl. Einladung aller niedergelassenen sowie der Chefärzte der Region Weserbergland über Verteiler zu repräsentativen Fortbildungen (z.B. mit renommierten Rednern), mindestens vierteljährlich
- Regelmäßige Aktualisierungen des Fortbildungskalenders im Internet
- Einladungen zum nächsten „Tag der offenen Tür“ (zuletzt Mai 2011)
- jährliche Einladungen zum „Tag gegen den Schlaganfall“

D-2 Qualitätsziele

strategische/operative Ziele

Zielvereinbarungsgespräche finden in den regelmäßigen Sitzungen des Lenkungsgremiums (siehe D3) statt. Hier werden Qualitätsziele gemeinsam entwickelt und definiert.

Im Hinblick auf die Patienten-/Rehabilitandenzufriedenheit, die steigenden Ansprüche an uns und die Zukunftssicherung, sehen wir es als Herausforderung, Qualitätsziele immer wieder neu abzuleiten und zu entwickeln. Dies ist für uns Bestandteil des PDCA-Zyklus (Plan - Do - Check - Act).

Qualitätsziele werden aus dem Leitbild der Einrichtung abgeleitet, dem Innerbetrieblichen Vorschlagswesen, aus aufgezeigten Schwachstellen in Zufriedenheitsbefragungen der Patienten/Rehabilitanden, aus dem Risikomanagement (CIRS) und dem Beschwerdemanagement bzw. von Anregungen und Wünschen unserer Patienten/Rehabilitanden, aus Rückmeldungen von internen Audits, externen Visitationen (DGNR, KTQ, EQR) und ausgeschriebenen Qualitätspreisen. Die Qualitätszirkel selbst leiten unter Zustimmung des Lenkungsgremiums neue bereichsübergreifende Ziele aus bereits umgesetzten Projekten für die weitere Steigerung der Qualität der verschiedenen Arbeitsbereiche der Einrichtung ab. Entsprechend entwickeln die Abteilungs- und Bereichsleiter neue Ziele für ihren Verantwortungsbereich (z.B. Prozess/Serviceoptimierung).

Ziele QZ 1

- Erstellung des verpflichtenden Strukturierten Qualitätsberichts nach §137 SGB V
- Erarbeitung einer Empfehlung für Entlassbriefe
- Erstellen einer Dokumentenmatrix für neue Mitarbeiter
- Gestaltung des "Tages der offenen Tür" (zuletzt Mai 2011)

Ziele QZ 2

- Verbesserung der Koordination zwischen Pflege, Therapie und ärztlichem Dienst für eine optimalere Versorgung der Patienten/Rehabilitanden im Rahmen der interdisziplinären Stationsteams
- Optimierung der Informationsbereitstellung und -weitergabe innerhalb der interdisziplinären Frühbesprechung

- Optimierung des Patienten-/Rehabilitandentransfers zu den Therapien unter Einbeziehung der vereinheitlichten Patienten/Rehabilitandentafeln

Ziele QZ 3

- Optimierung der Infrastruktur der Einrichtung
- Verbesserung der Patienten-/Rehabilitanden- und Besucherorientierung durch Aktualisierung der ex- und internen Beschilderung sowie der vorhandenen Übersichtstafeln und Fotowände

Stationen	Therapien	Suchbegriffe
1.OG Station 1: 3 Station 2: 1 (188 - 198) Station 3: 2 (204 - 204) Station 4: 4 (404 - 404)	1.OG Klin. Neuropsychologie Arbeitstherapie aus	1. Anästhesie (Station) - Station 1 2. Anästhesie - Station 2 3. Angehörigengruppe - Station 3 4. Aufnahmestrasse / Klinik - Station 4 5. Cafeteria / Kleintierställe - Station 5 6. Computertomographie (CT) - Station 6 7. EEG / EMG - Station 7 8. Foyer - Station 8 9. Frauenklinik - Station 9 10. Hauptkategorie / Empfang - Station 10 11. Infanterie - Station 11 12. Kleintierställe - Station 12
1.OG Station 1: 3 Station 2: 1 (191 - 198) Station 3: 2 (210 - 217) Station 4: 4 (404 - 404)	1.OG Klin. Neuropsychologie Kognitives Training Hauswirtschaft / Lehrküche Sprachtherapie Neuropädagogik	13. Labor - Station 13 14. Neurologische Poliklinik - Station 14 15. Neurophysiologie / EEG - Station 15 16. Obstetrics - Station 16 17. Physiotherapie / KG - Station 17 18. Poliklinik für Pathologie - Station 18 19. Radiologie - Station 19 20. Röntgen - Station 20 21. Röntgen - Station 21 22. Röntgen - Station 22 23. Röntgen - Station 23 24. Röntgen - Station 24 25. Röntgen - Station 25 26. Röntgen - Station 26 27. Röntgen - Station 27 28. Röntgen - Station 28 29. Röntgen - Station 29 30. Röntgen - Station 30 31. Röntgen - Station 31 32. Röntgen - Station 32 33. Röntgen - Station 33 34. Röntgen - Station 34 35. Röntgen - Station 35 36. Röntgen - Station 36 37. Röntgen - Station 37 38. Röntgen - Station 38 39. Röntgen - Station 39 40. Röntgen - Station 40 41. Röntgen - Station 41 42. Röntgen - Station 42 43. Röntgen - Station 43 44. Röntgen - Station 44 45. Röntgen - Station 45 46. Röntgen - Station 46 47. Röntgen - Station 47 48. Röntgen - Station 48 49. Röntgen - Station 49 50. Röntgen - Station 50
EG Überwachung 1: 3 Überwachung 2: 3 Intensiv (ITS) / 3 Stroke Unit: 3 Stat.-Z. Stat. 1: 3 Station 1: 3 (202 - 202) Station 2: 4	EG Kognitive Frührehabilitation Ergotherapie Arbeitstherapie Metall Technisches Zeichnen Physikalische Therapie	51. Röntgen - Station 51 52. Röntgen - Station 52 53. Röntgen - Station 53 54. Röntgen - Station 54 55. Röntgen - Station 55 56. Röntgen - Station 56 57. Röntgen - Station 57 58. Röntgen - Station 58 59. Röntgen - Station 59 60. Röntgen - Station 60 61. Röntgen - Station 61 62. Röntgen - Station 62 63. Röntgen - Station 63 64. Röntgen - Station 64 65. Röntgen - Station 65 66. Röntgen - Station 66 67. Röntgen - Station 67 68. Röntgen - Station 68 69. Röntgen - Station 69 70. Röntgen - Station 70 71. Röntgen - Station 71 72. Röntgen - Station 72 73. Röntgen - Station 73 74. Röntgen - Station 74 75. Röntgen - Station 75 76. Röntgen - Station 76 77. Röntgen - Station 77 78. Röntgen - Station 78 79. Röntgen - Station 79 80. Röntgen - Station 80 81. Röntgen - Station 81 82. Röntgen - Station 82 83. Röntgen - Station 83 84. Röntgen - Station 84 85. Röntgen - Station 85 86. Röntgen - Station 86 87. Röntgen - Station 87 88. Röntgen - Station 88 89. Röntgen - Station 89 90. Röntgen - Station 90 91. Röntgen - Station 91 92. Röntgen - Station 92 93. Röntgen - Station 93 94. Röntgen - Station 94 95. Röntgen - Station 95 96. Röntgen - Station 96 97. Röntgen - Station 97 98. Röntgen - Station 98 99. Röntgen - Station 99 100. Röntgen - Station 100
UG Station 1: unter 100 Station 2: 3 (300 - 300)	UG Physiotherapie / KG Gruppengymnastik KG-F/PT-F Autogenes Training Intensiv-Physiotherapie	101. Röntgen - Station 101 102. Röntgen - Station 102 103. Röntgen - Station 103 104. Röntgen - Station 104 105. Röntgen - Station 105 106. Röntgen - Station 106 107. Röntgen - Station 107 108. Röntgen - Station 108 109. Röntgen - Station 109 110. Röntgen - Station 110 111. Röntgen - Station 111 112. Röntgen - Station 112 113. Röntgen - Station 113 114. Röntgen - Station 114 115. Röntgen - Station 115 116. Röntgen - Station 116 117. Röntgen - Station 117 118. Röntgen - Station 118 119. Röntgen - Station 119 120. Röntgen - Station 120 121. Röntgen - Station 121 122. Röntgen - Station 122 123. Röntgen - Station 123 124. Röntgen - Station 124 125. Röntgen - Station 125 126. Röntgen - Station 126 127. Röntgen - Station 127 128. Röntgen - Station 128 129. Röntgen - Station 129 130. Röntgen - Station 130 131. Röntgen - Station 131 132. Röntgen - Station 132 133. Röntgen - Station 133 134. Röntgen - Station 134 135. Röntgen - Station 135 136. Röntgen - Station 136 137. Röntgen - Station 137 138. Röntgen - Station 138 139. Röntgen - Station 139 140. Röntgen - Station 140 141. Röntgen - Station 141 142. Röntgen - Station 142 143. Röntgen - Station 143 144. Röntgen - Station 144 145. Röntgen - Station 145 146. Röntgen - Station 146 147. Röntgen - Station 147 148. Röntgen - Station 148 149. Röntgen - Station 149 150. Röntgen - Station 150

THERAPIEZENTRUM	
2.OG	<ul style="list-style-type: none"> • Klinische Neuropsychologie • Sozialdienst • Arbeitstherapie • Holz
1.OG	<ul style="list-style-type: none"> • Klinische Neuropsychologie • Kognitives Training • Hauswirtschaft / Lehrküche • Sprachtherapie • Neuropädagogik
EG	<ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie • Arbeitstherapie • Metall • Technisches Zeichnen • Kognitive Frührehabilitation
UG	<ul style="list-style-type: none"> • Physiotherapie / KG • Gruppengymnastik • KG-F/PT-F • Autogenes Training

- Einrichtung und Gestaltung moderner, freundlich eingerichteter Patienten-/Rehabilitanzimmer mit behindertengerechter Nasszelle und attraktiver Flurgestaltung im Rahmen der baulichen Erweiterungen



- Einrichtung und Gestaltung eines zusätzlichen Ruheraumes für ganztägig ambulante Patienten/Rehabilitanden
- Einrichtung eines separaten Notfalleinganges für Notfallpatienten sowie eines zentral gelegenen Aufnahmezimmers für angemeldete Patienten/Rehabilitanden
- Anbringen von Sicherheitsvorrichtungen und behindertengerechten Hilfsmitteln für die barrierefreie Fortbewegung in der Einrichtung
- Einrichtung von behindertengerechten Parkplätzen
- Organisation eines kostenlosen Transferservices für Patienten/Rehabilitanden und Besucher zwischen der Einrichtung und den Bahnhöfen Hessisch Oldendorf und Hameln

- Aktive Umsetzung von Anregungen und Wünschen von Patienten/Rehabilitanden, Besuchern und Mitarbeitern zur Verbesserung der Infrastruktur

Ziele QZ 4

- Verbesserung der Kommunikation zwischen den einzelnen Berufszweigen und mit Patienten/Rehabilitanden und deren Angehörigen
- Gestaltung einer Begrüßungsmappe für Patienten/Rehabilitanden mit Information über allgemeine Abläufe
- Aktualisieren von Flyern und Aushängen, z. T. fremdsprachlich
- Aktualisieren von Informationsbögen und Visitenkarten der Einrichtung



BDH-Klinik Hessisch Oldendorf
Neurologisches Zentrum mit Akutversorgung,
Stroke Unit und phasenübergreifender Rehabilitation

Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover

Klinikleitung:
Prof. Dr. Jens D. Rollnik
Ärztlicher Direktor
Dipl. Kfm. Uwe Janosch
Geschäftsführer

Greitstr. 18-28, 31840 Hess. Oldendorf
Internet: www.nkho.de
verwaltung@nkho.de
aerztl_dienst@nkho.de
Information: 05152 / 781-0
Mo - Fr: 8.00 -19.00 Uhr
Sa, So: 9.00 -19.00 Uhr



Stationen:	05152 / 781-	Therapieangebote:
ITS / ICU / Stroke Unit	- 368	• Arbeitstherapie
Ü1 / Intermediate Care 1	- 237	• Ergotherapie
Ü2 / Intermediate Care 2	- 300	• Ergotherapie / Hauswirtschafts-Lehrküche
E	- 112	• Ergotherapie / Kognitive Frührehabilitation
1	- 113	• Klinische Neuropsychologie
2	- 107	• Neuropädagogik
3	- 162	• Pädagogische Freizeitbetreuung
S	- 420	• Physikalische Therapie
Service-Center: 05152 / 781 - 201		• Physiotherapie
		• Sozialdienst
		• Sprachtherapie
		• Therapeutische Pflege

Wir behandeln Patienten von der Akutphase bis hin zur beruflichen Rehabilitation. Ein kostenfreier Transferservice und kostenfreie Parkplätze sind bei uns selbstverständlich.

- Erarbeitung eines Kontaktaufnahmebogens, um Angehörigen zu ermöglichen, Gespräche bei gewünschten Mitarbeitern anzumelden
- Einrichtung eines kostenlosen Internetplatzes sowie die Bereitstellung von Spielen, Büchern und Hörbüchern im Foyer für Patienten/Rehabilitanden und Angehörige
- Informative Schaukastengestaltung zu aktuellen Themen
- Neugestaltung der Internetpräsenz
- Entwicklung und Aktualisierung eines Fragebogens zur Zufriedenheit, der jedem Patienten/Rehabilitanden bzw. deren Angehörigen ausgehändigt wird

Siehe Anlage1 - Fragebogen Patienten

Siehe Anlage2 - Fragebogen Angehörige

Ziele Multiplikatoren:

- Feststellung des IST-Zustandes hinsichtlich der Hygiene durch regelmäßige Begehungen
- Optimierung der Umsetzung und Durchdringung des Hygienegesetzes in allen Bereichen
- Verbesserung der Kommunikation durch die Optimierung des Serviceverhaltens unter Einsatz als Moderator in Workshoprunden

Ziele AG Sturzprophylaxe:

- Verbesserung der Dokumentation von Stürzen durch Implementierung eines eigenen Sturzprotokolls
- Anbieten von ex- und internen Schulungen zur Sturzprophylaxe
- Erfassen und Auswerten aller Stürze durch Erhebung in Form einer Statistik
- Reduzierung und Vermeidung von Stürzen durch Senkung des Sturzrisikos und Erfassung und Berücksichtigung von Sturzrisikofaktoren, Anwendung und Implementierung von Expertenstandards
- Umsetzung der erarbeiteten Strategien zur Sturzprävention
- Umsetzung der Verfahrensanweisung „Sturzprophylaxe und Sturzergebnisprotokoll“

Ziele AG „Rauchfreie Klinik“:

- Umsetzung und Erfüllung der Standards des Europäischen und Deutschen Netzwerkes Rauchfreier Krankenhäuser
- Aufnahme bis 2006 in das „Europäische und Deutsche Netz rauchfreier Krankenhäuser“
- Erreichung der ersten Stufe von insgesamt drei Stufen und Zertifizierung durch die DNGfK mit der Bronze-Urkunde
- Beendigung der Arbeitsgruppe „Rauchfreie Klinik“ in der zweiten Jahreshälfte 2008 und Kündigung der Mitgliedschaft im Europäischen und Deutschen Netzwerk Rauchfreier Krankenhäuser wegen gesetzlicher Vorgaben in Niedersachsen das allgemeine Rauchverbot betreffend.

Angebote für Patienten/Rehabilitanden und Mitarbeiter zur Raucherentwöhnung bleiben bestehen.

Messung und Evaluation der Zielerreichung

Die Umsetzung der uns selbst gestellten Ziele überprüfen wir intern durch die QZ, indem z.B. schriftliche Befragungen stattfinden. Die Ergebnisse fließen häufig in Statistiken ein. Anregungen und Kritiken der Patienten/Rehabilitanden und Angehörigen und analysierte Schwachstellen sind ebenfalls Grundlage des Verbesserungsprozesses.

Zu den bestehenden Prozessen werden bei Bedarf Checks bzw. wiederholt interne Audits durchgeführt. Der Erreichungs- und Durchdringungsgrad wird prozentual bewertet.

Bei aufgezeigten Mängeln im Rahmen der Zufriedenheitsbefragung werden diese wiederholt thematisiert und ausgewertet. Seit 2008 wird die Zufriedenheitsbefragung mit Entlassung des jeweiligen Patienten/Rehabilitanden durchgeführt und zweimal jährlich ausgewertet. Die Studien werden anschließend gegenübergestellt.

Patienten-/Rehabilitandenzufriedenheitsbefragung 2010

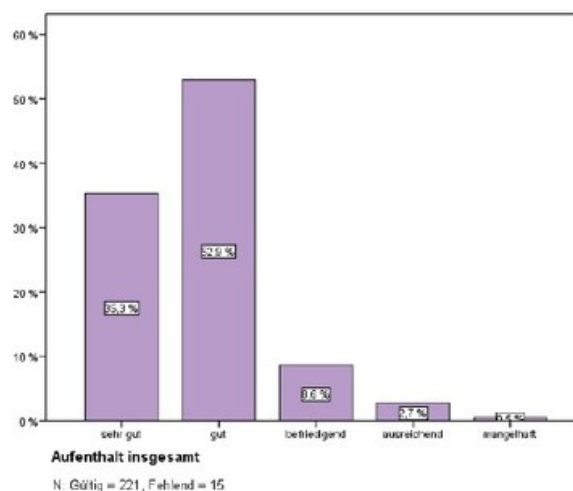
Frage: "Wie bewerten Sie Ihren Aufenthalt insgesamt?"

Im Ergebnis zeigte sich, dass 88% der befragten Patienten/Rehabilitanden ihren Aufenthalt mit „gut“ bzw. „sehr gut“ bewerteten.

Fragebogenstudie zur Zufriedenheit der Patienten und Rehabilitanden 2. Halbjahr 2010

Im Rahmen des Qualitätsmanagements wird seit Anfang 2008 jeder Patient/Rehabilitand bei seiner Entlassung anonym zu seiner Zufriedenheit befragt. Die Auswertung erfolgt halbjährlich.

Wie bewerten Sie Ihren Aufenthalt insgesamt?



Wir freuen uns erneut über ein überwiegend sehr gutes und gutes Ergebnis bei der Zufriedenheitsstudie!

Als besonders positiv wurden hervorgehoben:

- *intensiver Einsatz und hohes Leistungsniveau aller Mitarbeiter*
- *Fürsorge, Aufmerksamkeit und Verständnis für die Patienten/Rehabilitanden*
- *Betreuung in freundlicher Atmosphäre, Eingehen auf individuelle Bedürfnisse*
- *Quantität, Qualität und Flexibilität der Behandlungen*
- *kompetente und um jeden Einzelnen bemühte Therapeuten*
- *sehr gute Beratung durch den Sozialdienst*
- *Abwechslung durch die Angebote der Freizeitbetreuung*
- *vielfältiges und reichhaltiges Speisenangebot*
- *sorgfältige Reinigung der Zimmer*
- *baulicher Fortschritt durch Umbau- und Renovierungsmaßnahmen*
- *der Klinikpark*

Trotz guter Ergebnisse werden die kritischen Rückmeldungen in den entsprechenden Bereichen aufgegriffen und an der Optimierung der einzelnen Abläufe gearbeitet.

Herzlichen Dank an alle Patienten und Rehabilitanden für Ihre Mithilfe und Anregungen!
Wir wünschen Ihnen alles Gute für die Zukunft!

Die Zielerreichung der AG „Sturzprophylaxe“ wird durch Checklisten und einer entwickelten Statistik überprüft.

Die Zielerreichung der AG "Schlafstörung" wird durch interne Audits überprüft.

Die AG „Rauchfreie Klinik“ erhob bis zur 2. Jahreshälfte 2008 das Rauchverhalten der Patienten/Rehabilitanden unserer Klinik in Form einer Statistik und ermittelte so die Zielerreichung. Durch Erfassung der Teilnahme und des Erfolgs an und von Schulungsmaßnahmen und Kursen messen und evaluieren wir die Erfolge.

Zur Messung unserer Zielerreichung stellten wir uns der externen Überprüfung dem Europäischen und Deutschen Netzwerk Rauchfreier Krankenhäuser (siehe unter D6).

Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung

Die Ziele für die einzelnen QZ sind ausgeschrieben. Jeder QZ ist einem bestimmten Themenbereich zugeordnet. Sie entscheiden, wer am besten in den entsprechenden Bereichen zur Verbesserung der Qualität beitragen kann.

Alle MA haben die Möglichkeit, über das Betriebliche Vorschlagswesen Qualitätsziele zu formulieren. Diese Vorschläge werden durch die QMB an die Klinikleitung herangetragen, im Lenkungsgremium besprochen und abgestimmt. Das Qualitätsmanagement stellt eine diesbezügliche Transparenz zum Betriebsrat her. Neue Qualitätsziele werden für einzelne

Bereiche abgeleitet. In den verschiedenen QZ entwickeln die Mitglieder gemeinsam mit der QMB prozessorientierte Verfahrensanweisungen, die den Stationsleitungen durch die QMB und den Pflegedienst-MA durch die QZ-Mitarbeiter vorgestellt werden (bessere Durchdringung bei Schichtdienst). Allen Beteiligten stehen die Verfahrensanweisungen in Abteilungs- und Bereichshandbüchern sowie im Intranet zur Verfügung, die nach Freigabe durch die Klinikleitung einzuhalten sind.

Die Umsetzung und Erreichung von Qualitätszielen wird den MA durch Präsentationen, Informationsschreiben, Zusammenkünfte einzelner MA und Aushänge vermittelt. Über die gestellten bzw. erreichten Qualitätsziele und deren Gründe werden die MA ggf. in Gesprächsrunden auf verschiedenen Ebenen informiert, um sich engagiert bei der Umsetzung beteiligen zu können.

Außerdem werden die MA durch die QZ in Projekte einbezogen. Die Qualitätspolitik und die damit verbundenen Neuerungen und ständigen Verbesserungen der Prozesse werden in den Abteilungshandbüchern und im Intranet schriftlich fixiert. Die beschriebenen Arbeitsabläufe und Prozesse werden ständig aktualisiert und hierarchieübergreifend kommuniziert.

Das QM hat im Zuge von Zertifizierungen Fremdbewertungen durch Visitoren vornehmen lassen, über die die entsprechenden Bereiche Rückmeldungen erhalten. Der nach SGB V § 137 und der durch KTQ veröffentlichte Qualitätsbericht steht ebenfalls allen MA zur Verfügung (siehe unter D1).

Abteilungs- und bereichsintern werden Ziele zur Verbesserung der Qualität zwischen Führungskraft und MA neu formuliert und umgesetzt, z.B. zur Optimierung des Serviceverhaltens. Eine weitere Zielentwicklung ergibt sich aus der Patienten-/Rehabilitandenzufriedenheitsbefragung.

D-3 Aufbau des einrichtungswenigen Qualitätsmanagements

QM-Strukturen

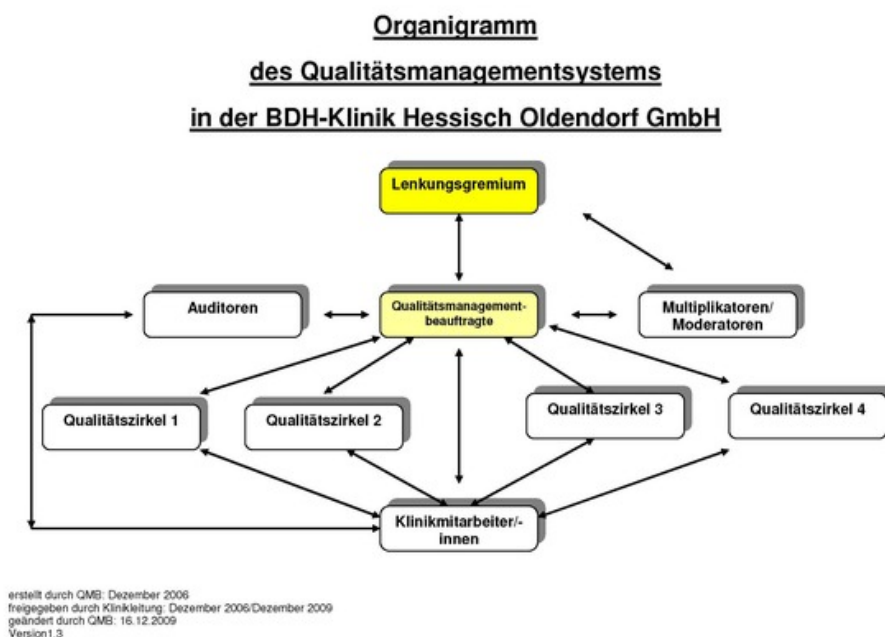
In unserer Einrichtung gibt es ein Lenkungsgremium, bestehend aus dem Ärztlichen Direktor (ÄD), dem Verwaltungsdirektor (VD), den 2 Pflegedienstleitungen (PDL), einem Oberarzt (OA), einem therapeutischen Abteilungsleiter und der QMB. Das Lenkungsgremium tagt regelmäßig und legt die Ziele und die Aufgaben für das QM, die QZ und die Multiplikatoren/Moderatoren fest. Die Sitzungen werden protokolliert. Eine QMB stellt das Bindeglied zwischen allen MA, den QZ und dem Lenkungsgremium bzw. der Leitung dar. Sie ist ständiger Ansprechpartner für alle MA in organisatorischen und

formalen Fragen und koordiniert die Projektarbeit. Das QM ist berufsgruppenübergreifend aufgebaut.

In den vier bestehenden QZ unserer Einrichtung sind bis maximal 7 MA aus unterschiedlichen Bereichen und Abteilungen auf freiwilliger Basis engagiert tätig. Die QZ-Mitglieder wählen neue Mitarbeiter nach ihrer Kompetenz für den entsprechenden Zirkel aus. Es gibt je einen QZ-Sprecher. Alle QZ-Mitglieder werden durch die QMB in einer ständig aktualisierten Liste, mit Kennzeichnung des QZ-Sprechers, den MA bekanntgegeben, die in den Abteilungshandbüchern abgeheftet, im Intranet veröffentlicht und bei der QMB ausgehängt ist. Auch im Leitbild der Einrichtung sind die Organisation und der Ablauf des QM festgehalten.

Es wurden 8 Multiplikatoren/Moderaten ausgebildet, um die Umsetzung und Einhaltung ausgewählter qualitätsrelevanter Prozesse zu unterstützen. Durch Befragungen, Präsentationen oder Sitzungen werden alle Abteilungs- bzw. Bereichsleiter in die Weiterentwicklung und Umsetzung des Qualitätsmanagements einbezogen sowie alle MA.

Es existiert ein Organigramm für das QM, welches in den Abteilungshandbüchern abgelegt und im Intranet veröffentlicht ist:



Hierarchien werden abgeflacht. Über die Abteilungs-/Bereichsleiter werden alle MA der Einrichtung von den QZ-Mitgliedern über QM-Projekte informiert und ggf. mit einbezogen, ebenso der Betriebsrat. Zusätzlich werden alle MA durch Präsentationen über neue Projekte informiert. Das QM-Konzept umfasst die Einbindung des PDCA-Zyklus.

Selbstbewertungen werden erstellt. Zur Optimierung der Prozesse in verschiedenen Bereichen werden interne Audits von

geschulten MA durchgeführt. Das QM sieht im Zuge von Zertifizierungen/Rezertifizierungen Fremdbewertungen und Klinikbegehungen durch Visitoren vor. Das Konzept des QM orientiert sich zum einen an der "Deutschen Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation" (DGNR), zum anderen an der LGA-Inter-Cert-GmbH, TÜV Rheinland-LGA (im Bereich der Stroke Unit), als auch den Forderungen von KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) und der EQR (Exzellente Qualität in der Rehabilitation). In Teilbereichen orientieren wir uns an der ISO, z. B. beim Erstellen von Verfahrensanweisungen. Es handelt sich um ein prozessorientiertes Qualitätsmanagementsystem (QMS). Durch das ständige Durchdringen des PDCA-Zyklus leben alle MA unser einrichtungsinternes QMS.

Die QZ sind in allen Bereichen des Plan Do Check Act-Zyklus tätig:

PLAN: planen die Erreichung und Umsetzung neuer Ziele

DO: führen in Zusammenarbeit mit allen MA der Einrichtung das Geplante und die Umsetzung aus

CHECK: überprüfen durch verschiedene Methoden (z. B. Erhebung durch Kennzahlen), welche Ergebnisse beim Ausführen deutlich wurden

ACT: überführen verbesserte Prozesse in die Routine und setzen diese durch gemeinsames Handeln um

PLAN: erneutes Planen von Prozessen



Einbindung in die Klinikleitung

Im Leitbild der Einrichtung ist verankert, dass die Klinikleitung für das QM verantwortlich ist, an dem sich jeder MA orientiert. Neue Ziele werden mit der Klinikleitung kommuniziert, im Lenkungsgremium werden sie festgelegt. Das Lenkungsgremium setzt sich aus dem Ärztlichen Direktor (Herr Prof. Dr. Rollnik), dem Verwaltungsdirektor (Herr Janosch), einem Oberarzt (Herr Dr. Lenz), den PDL (Frau Wolff und Herrn Deichsel), dem therap. Abt. (Herrn Harenkamp) und der QMB (Frau Tümpel) zusammen und koordiniert die QZ-Arbeit. Die QMB bittet bei Bedarf die Klinikleitung zu Sitzungen der QZ hinzu bzw. gewährleistet die Transparenz zwischen den QZ und dem Lenkungsgremium. Zur Erhöhung der Transparenz trägt die wöchentliche Sitzung zwischen der QMB und dem VD bei. Entwickelte Verfahrensanweisungen, die für die entsprechenden Bereiche verbindlich sind, dürfen nur durch die Klinikleitung freigegeben werden. Auch Rundschreiben zu bestimmten Neuerungen von Prozessen der Qualitätssicherung bzw. Qualitätserhöhung werden erst der Klinikleitung vorgelegt und nach geleisteter Unterschrift herausgegeben. Die Multiplikatoren/Moderatoren geben der Klinikleitung Rückmeldung über Ergebnisse der laufenden Prozesse. Von den Auditoren erhält die QMB Rückmeldung in Form der Auditprotokolle. Diese fließen ein in die Zielplanung des Lenkungsgremiums des QM.

QM-Aufgaben

Das Qualitätsmanagement durchdringt alle Bereiche der Einrichtung und bestimmt unser Handeln. Es unterzieht sich dem PDCAZyklus zur ständigen Qualitätsverbesserung und bedient sich dabei verschiedener Methoden und Instrumente (siehe auch D4). Aufgabe des QM ist ebenfalls die Qualitätssicherung. (siehe auch D4). Die Klinik beteiligt sich an der Qualitätssicherung der Rentenversicherungen.

Vorhandene Ressourcen

Alle Sitzungen der QZ und der Moderatoren bzw. Multiplikatoren finden innerhalb der Arbeitszeit statt. Für die Arbeit in den QZ werden die MA von den Abteilungsleitern bzw. dem Koordinator freigestellt, jedoch darf der Routineablauf der klinischen Prozesse nicht beeinträchtigt werden, z. B. bei Krankheit in den Abteilungen bzw. auf den Stationen.

Die Mitglieder der QZ/Moderatoren haben die Möglichkeit, an Weiterbildungen z.B. in der Ärztekammer zu ausgesuchten Themen, wie Risiko- bzw. Beschwerdemanagement, Kommunikationsschulung teilzunehmen. Innerhalb der Einrichtung wurden/werden zusätzlich die Moderatoren durch eine externe Fachkraft zum Thema „Serviceoptimierung“ geschult, um entsprechende Workshops leiten zu können.

Im Rahmen einer internen Schulung wurden MA der Einrichtung von einer externen Mitarbeiterin der Ärztekammer Hannover zu internen Auditoren ausgebildet. In Absprache mit dem Lenkungsgremium führen sie in verschiedenen Bereichen der Einrichtung Audits durch, um die Wirksamkeit der Regelungen des QM-Systems regelmäßig zu überprüfen und so das QM-System ständig weiter zu entwickeln.

Führungskräfte und andere Mitarbeiter der Klinik können mit Unterstützung der Klinikleitung durch Gewährung von Sonderurlaub und häufig auch durch Übernahme von Schulungskosten externe berufsbezogene Weiterbildungsmaßnahmen besuchen. Interne Schulungen finden nach Möglichkeit in der Arbeitszeit der MA statt.

Als Ressource nutzen wir aber auch Anregungen und Kritik von Angehörigen, Patienten/Rehabilitanden und Mitarbeitern (Beschwerdemanagement). Um unsere Qualität weiter verbessern zu können, fließen die Ergebnisse der Patienten-/Rehabilitandenzufriedenheitsbefragung in unsere Arbeit ein.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Interne Auditinstrumente zur Überprüfung der Umsetzungsqualität nationaler Expertenstandards

Die hier angewandten Pflegestandards richten sich nach den Nationalen Expertenstandards.

Die aufgeführten Pflegestandards sollen Grundsätze und Maßstäbe der Qualitätssicherung sowie Schritte der Qualitätsentwicklung darstellen:

Beispielhafte Entwicklung von Pflegestandards

Brigitte Wolff, PDL

in Anlehnung an die Arbeitsgruppe

Januar 2009

Die Übernahme der Standards richtet sich nach Struktur und Angebot der jeweiligen Stationen. Die Verantwortung für die Einführung, Umsetzung und Weiterentwicklung von Pflegestandards liegt bei der leitenden Pflegefachkraft.

Die Einführung und Umsetzung bzw. Weiterentwicklung dieser Standards soll, nach Abstimmung im gesamten Pflorgeteam, schrittweise erfolgen.

Der Expertenstandard in der Pflege

Dekubitusprophylaxe

Die Mitglieder der Expertengruppe:

Leitung: Christel Bienstein

Moderation: Sabine Metzging

Institut für Pflegewissenschaft Universität Witten/Herdecke

- Braden Skala
- Oedemskala
- Hausinterner Lagerungsplan

Schmerzmanagement

Die Mitglieder der Expertengruppe:

Moderation: Hedwig Francois-Kettner

Wissenschaftliche Leitung: Jürgen Osterbrink

Wissenschaftliche Mitarbeit: Sabine Metzging/Barbara Strohbücker

- Schmerzanamnese
- Schmerztagebuch

Entlassungsmanagement

Leitung/Moderation: Hedwig Francois-Kettner

Wiss.Leitung: Ulrike Höhmann

Wiss.Mitarbeit: Elke Müller

Literaturarbeit: Bärbel Dangel/Klaus Wingenfeld

- Flussdiagramm Entlassungsmanagement
- Flussdiagramm mit Erläuterungen
- Entlassungsmanagement mit Erläuterungen

Sturzprophylaxe

Expertinnen/Experten:

Cornelia Heinze, Siegfried Huhn, Gabriele Meyer, Gisela Rehfeld, Ulrich Rissmann, Gabriele Schlömer, Doris Schulten, Rene Schwendtmann, Torsten Weber.

Einschätzungsbogen

- Checkliste Sturzrisikofaktorenanalyse
- Einschätzungsbogen Sturzrisikofaktoren nach Siegfried Huhn
- Sturz-Ereignisprotokoll hausintern entworfen in Anlehnung an den Expertenstandard.

Förderung der Harnkontinenz

Wiss. Leitung/Moderation: Wilfried Schnepf

Wiss. Mitarbeit/Literaturanalyse: Daniela Hayder

- Kontinenzprofile
- Checkliste Risiko für Harninkontinenz

Pflege von Menschen mit chronischen Wunden

Wiss. Leitung: Eva-Maria Panfil

Moderation: Petra Blumenberg

Wiss. Mitarbeit: Frank Schümmelfeder

- Checkliste Beratungsziele
- Auswahl der angemessenen Wundaufgabe
- Einteilung der Wundarten nach Lang
- Phasen der Wundheilung
- Wunddokumentation hauseigen angelehnt an den Expertenstandard.

Bei der Umsetzung der Sturzprophylaxe werden alle Bögen der Sturzprophylaxe zentral erfasst, ausgewertet und zur weiteren Prophylaxe angewendet.

Die Förderung der Harnkontinenz ist in unserem Konzept der Therapeutisch-aktivierenden Pflege beschrieben, dabei berücksichtigen wir die Hygienestandards. Die Umsetzung wird durch die Stationsleitung bzw. PDL überprüft.

Dekubitusstudie:

Im Jahr 2006 wurde eine Dekubituserhebung durchgeführt.

Aufgrund verschiedener Maßnahmen, die gezielt und kontinuierlich durchgeführt wurden, konnte die BDH-Klinik die Dekubitusrate auf ein Minimum reduzieren.

Beschwerdemanagement

Es ist ein strukturiertes Beschwerdemanagement installiert.

Ein Standardisiertes Formular "Anregungen, Kritik und Lob" wird von der QMB gesammelt, bearbeitet und in den entsprechenden Bereich verteilt. Nach dortiger Bearbeitung gelangt das ausgefüllte Exemplar wieder zur QMB zwecks Archivierung. Ansprechpartner ist das gesamte Personal, eine entsprechende Weiterleitung an die zuständigen Bereiche bzw. die Qualitätszirkel ist geregelt. Die Anregungs-, Kritik- und Lobbögen stehen auf jeder Station in Prospekthaltern und über das Internet zur Verfügung.

Siehe Anlage3 - Anregungen, Lob- und Kritikbogen

Durch die MA der Einrichtung werden die Patienten/Rehabilitanden motiviert, Anregungen auf einem Anregungsbogen mitzuteilen. Patienten/Rehabilitanden und Angehörige können so auch anonym Rückmeldungen geben. Diese fließen in die Arbeit aller MA zur ständigen Verbesserung der Qualität ein. In den QZ und anderen Bereichen werden Lösungsmöglichkeiten erarbeitet und nach Absprache mit der Klinikleitung umgesetzt.

Im Anregungs- und Kritikbogen selber besteht die Möglichkeit, Lösungen vorzuschlagen. Die MA des Hauses verweisen auf die QMB als Ansprechpartnerin i. R. des Beschwerdemanagements. Anregungen und Beschwerden werden umgehend (oft noch am gleichen Tag) weitergeleitet, beantwortet und dem Patienten/Rehabilitanden wird das Ergebnis rückgemeldet.

Außerdem werden Wünsche und Beschwerden über die Zufriedenheitsbefragung erfragt und erfasst.

Die einheitliche Handhabung des Ablaufes zur Äußerung und Behebung der Beschwerde ist geregelt. Schriftliche und mündliche Beschwerden von Pat./Rehabilitanden, Angehörigen sowie MA werden protokollarisch von der QMB erfasst, bearbeitet und entsprechend archiviert.

Beschwerden, die direkt an die Klinikleitung gerichtet sind, werden von dessen Vertreter bearbeitet. Es erfolgt eine Information an die QMB. Diese nimmt sie in die Statistik mit auf. Beschwerden, die direkt bei den Oberärzten bzw. Ärzten eingehen, werden von diesen bearbeitet und protokollarisch für die Akte festgehalten.

Pat./Rehabilitandenbezogene Beschwerden werden in der Krankenakte abgelegt. Niedergelassene Ärzte und Zuweiser können jederzeit telefonisch mit dem Ärztlichen Direktor Kontakt aufnehmen. Beschwerden werden bei der Umsetzung in den einzelnen Bereichen protokolliert.

Für alle MA sind parallel sowohl die QMB jederzeit, als auch der Betriebsrat durch tägliche Sprechstunde als Ansprechpartner zu erreichen und können gegebenenfalls Fragen und Probleme ausräumen.

Innerhalb der 14tägigen Betriebsrat-Sitzungen befassen sich die Mitglieder mit den Problemen der MA und halten diese anhand von Protokollen fest. Betroffene MA werden durch den Betriebsrat über den aktuellsten Stand informiert.

Sollte ein schnelleres Handeln erforderlich sein, so klärt das Lenkungsgremium des Betriebsrates unter Zuhilfenahme weiterer Betriebsrat-Mitglieder die Angelegenheiten und beseitigt Unsicherheiten seitens der Belegschaft. Bei der QMB werden MA-Beschwerden ebenfalls festgehalten. Über den Umgang mit diesen Beschwerden existiert ein Eckpunktepapier, das in Absprache mit der Klinikleitung, dem Betriebsrat und der QMB entwickelt wurde.

Durch sie wird auf Wunsch des MA, direkt in Gesprächen mit den Betroffenen selbst, ggf. unter Einbeziehung des entsprechenden Bereichs- bzw. Abteilungsleiters nach Lösungen gesucht.

Fehler und Risikomanagement

Für das Erstellen einer Infektionsstatistik und deren Auswertung ist der hygienebeauftragte Arzt zuständig in Zusammenarbeit mit der Hygienekommission. Acht Multiplikatoren aus verschiedenen Bereichen überprüfen durch Begehung die hygienischen Zustände schwerpunktmäßig auf den Stationen. Die Stationsleitungen erhalten schriftliche Rückmeldung, um gegebenenfalls Missstände zu beseitigen.

Zur Risiko- und Fehlervorsorge wurde das CIRS-Berichtssystem eingeführt, das allen MA zugänglich ist. Jede anonyme CIRS-Meldung wird in regelmäßig stattfindenden QM-Lenkungsgremiumssitzungen diskutiert und daraus Maßnahmen abgeleitet, die geeignet sind, um Fehler künftig zu vermeiden.

Außerdem können Anregungen und Kritik von Pat./Rehabilitanden, Angehörigen und MA in einem entsprechenden Bogen eingetragen und ermittelt werden. Die Rückmeldungen werden zwischen QMB und Klinikleitung abgestimmt und entsprechend übermittelt. Die Klinikleitung hat die Verantwortung für alle Bereiche des QM, somit auch für das Fehler- und Risikomanagement.

Befragungen finden anonym statt, somit ist der Datenschutz gegeben. Die Ergebnisse der Befragungen, Kritik- und Anregungsbögen und Meldelisten etc. werden bei der QMB unter Verschluss gehalten, sind für MA jedoch zugänglich. Die Zufriedenheitsbefragung der Pat./Rehabilitanden wird mit dem sozialwissenschaftlichen Statistik-Programm SPSS von ausgebildetem Personal ausgewertet. Sie wird ab dem Jahr 2008 zweimal jährlich ausgewertet. Nachdem sie nicht nur stichprobenhaft einmal jährlich durchgeführt wird, sondern jeder Pat./Rehabilitand bzw. deren Angehöriger sie bei Entlassung ausfüllen kann, ist eine schnellere Behebung angezeigter Mängel möglich. Die Studien werden anschließend in einem Säulendiagramm einander gegenübergestellt. Um Probleme im Umgang mit Pat./Rehabilitanden und Angehörigen zu reduzieren, wurde das Projekt „Optimierung des Serviceverhaltens“ im Rahmen von Workshops für MA aller Bereiche eingeführt. Darüber hinaus findet eine Schulungsreihe für Pflege-MA statt zum Thema: "Service-Verhalten in der Pflege - Kommunikation mit Patienten und Angehörigen".

Die durchgeführten Maßnahmen des QM bezüglich der Optimierung der Prozesse werden bei Bedarf einem Check unterzogen und gegebenenfalls verändert. Durch tägliche Stationsteambesprechungen, wöchentliche Rehasiten und die

entsprechende Dokumentation kann jederzeit die kontinuierliche Entwicklung des Rehaprozesses des Pat./Rehabilitanden nachvollzogen werden. Durch die Eingangs- und Entlassdokumentation sowohl der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Bereiche kann diese ebenfalls überprüft werden.

Je eine MA des Sozialdienstes der BDH-Klinik ist an der MHH bzw. am Nordstadt Krankenhaus stationiert, um den reibungsloseren Ablauf der weiteren Rehabilitation zu gewährleisten.

Als akademisches Lehrkrankenhaus finden regelmäßige Treffen mit dem Präsidium der MHH statt. Der ärztliche Dienst der BDH-Klinik hält engen persönlichen Kontakt zum Chefarzt der MHH.

Nach Gesprächen mit unseren Kostenträgern, z. B. der Deutschen Rentenversicherung, stellen wir uns zwingend dem Ziel, an uns konkret gestellte Forderungen noch besser umzusetzen.

Die BDH-Klinik meldet die Daten der Stroke Unit-Patienten i. R. eines externen Qualitätsnachweises an das Schlaganfallregister Nordwestdeutschland.

Rundschreiben verschiedener Organisationen z.B. Niedersächsische Krankenhausgesellschaft erreichen die QMB, so dass deren Erhebungen in die Arbeit des QM nach Absprache mit der Klinikleitung einfließen können z.B. Projekt Dekubitus-Dokumentation.

Patienten-/Rehabilitanden-Befragungen

Es findet regelmäßig eine Pat./Rehabilitandenzufriedenheitsbefragung statt. Seit 2004 bis 2008 erfolgte sie stichprobenartig einmal jährlich auf ausgewählten Stationen, seit 2008 erfolgt sie regelmäßig kurz vor Entlassung bei allen Pat./Rehabilitanden.

Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Befragung werden von einem QZ umgesetzt. Die Klinikleitung initiierte diese Studie zur Zufriedenheit und wird kontinuierlich über den aktuellen Stand informiert. Die MA erhalten durch Plakate und über das Intranet Informationen über alle Ergebnisse. Die Befragung und Ergebnisse können jederzeit bei der QMB und im Intranet eingesehen werden.

Der Fragebogen zur Zufriedenheitsstudie wurde unter empirischen Gesichtspunkten durch dafür qualifizierte MA der Einrichtung erstellt.

Als Kriterien bei der Erstellung des Fragebogens für unser Klientel wurden festgelegt:

1. ein begrenzter Frageumfang
2. klare, einfache und verständliche Fragen
3. leicht verständliche Bewertungsskalen, seit 2008 bessere Verständlichkeit durch Einfügen von Piktogrammen (Smilies)
4. Durchführung der Befragung auf allen Stationen, aber zusätzliche Erstellung von Fragebögen für Angehörige, wenn der Pat./Rehabilitand nicht in der Lage ist, diesen eigenständig zu beantworten
5. die Verteilung erfolgt über Pflege-MA kurz vor der Entlassung des Pat./Rehabilitanden. Die Befragung erfolgt anonym, die Station ist jedoch codiert.

Themenschwerpunkte der Befragung: Organisation, Räumlichkeiten, Ausstattung, Essen und Trinken, Personal (getrennt nach Ärzten und Pflegepersonal), Therapie, Sozialdienst, Servicecenter/Anmeldung, Persönliches, Allgemeine Zufriedenheit.

Aus den Ergebnissen der Studie werden neue QM-Projekte ins Leben gerufen, die die Klinikleitung unterstützt bzw. werden abteilungsrelevante Verbesserungen abgeleitet.

Die Zufriedenheitsbefragung wird zweimal jährlich ausgewertet, um auf Kritik schneller eingehen und daraus resultierende Verbesserungen umsetzen zu können. Bei der Befragung orientieren wir uns an den KTQ- Richtlinien.

Die Ergebnisse der halbjährlichen Auswertung werden im Internet bzw. im Gesetzlichen Qualitätsbericht veröffentlicht.

[Siehe Anlage1 - Fragebogen Patienten](#)

[Siehe Anlage2 - Fragebogen Angehörige](#)

Mitarbeiterbefragungen

MA-Befragungen werden von den QZ projektbezogen durchgeführt.

Jeder MA kann im Rahmen des Innerbetrieblichen Vorschlagswesens Verbesserungsvorschläge und Wünsche einbringen. Ein Formular dazu steht im Intranet bereit, das der QMB ausgefüllt übermittelt wird. Die Vorschläge und Wünsche werden in einer Statistik zusammengestellt, nach ihrer Realisierbarkeit beurteilt, in den QZ diskutiert und gegebenenfalls an die Klinikleitung weitergeleitet. Damit verbunden ist auch eine jährliche Honorierung der besten 3 MA-Vorschläge.

MA suchen die QZ- Mitglieder und die QMB als direkten Ansprechpartner für ihre Belange auf.

Auch in Workshops, die unsere Multiplikatoren anbieten, können die MA ihre Wünsche und Probleme äußern.

Außerdem haben unsere MA die Möglichkeit, Supervisionen mit einer externen Fachkraft durchzuführen.

Neue MA werden vom Bereichs-/Abteilungsleiter/Mentor betreut, ein Austausch zwischen dem neuen MA und dem Abteilungsleiter/Mentor finden abteilungsintern regelmäßig statt. In Jahresmitarbeitergesprächen zwischen Führungskräften und MA werden Wünsche und Probleme vertraulich und abteilungsintern auf freiwilliger Basis erörtert.

Die Klinikleitung bietet Sprechzeiten für vertrauliche Gespräche für alle MA an.

MA-Wünsche werden teils bei der QMB gesammelt bzw. an den Betriebsrat herangetragen, je nach Gewichtung und welche Bereiche betroffen sind (Organisatorisches oder Arbeitszeitrechtliches, etc.).

Allgemeine MA-Befragungen werden in unregelmäßigen Abständen vom Betriebsrat erarbeitet und durchgeführt (zuletzt 2010).

Einweiserbefragungen

Niedergelassene Ärzte und Zuweiser können jederzeit telefonisch mit dem Ärztlichen Dienst Kontakt aufnehmen.

Der Anregungs- und Kritikbogen steht über das Internet z.B. niedergelassenen Ärzten, Zuweisern und Lieferanten zur Verfügung.

Maßnahmen zur Pat./Rehabilitanden-Information und Aufklärung

Alle Informationen über die Einrichtung können weitestgehend im Voraus auf unserer Homepage abgerufen werden bzw. stehen zum Download zur Verfügung, z.B. Prospekt, Bilder der Einrichtung, Informationsbroschüre „Wichtiges von A-Z“, etc.

Um eine aktuelle Informationsvermittlung für Pat./Rehabilitanden und Besucher sicherzustellen, gibt es eine Information (Zentrale) im Haupteingangsbereich. Die administrative Aufnahme unserer Pat./Rehabilitanden findet in separaten Räumlichkeiten in ruhiger Atmosphäre durch geschulte MA des ServiceCenters statt.

Im Außenbereich unserer Einrichtung sind Übersichtstafeln mit Darstellung der Einrichtung und Schilder zur Kennzeichnung der einzelnen Gebäude angebracht. Zur Gewährleistung der Orientierung befindet sich eine umfassende Übersichtstafel mit

allen Gebäuden, aufgenommenen Suchbegriffen, Etagenmarkierungen und dem Lageplan im Informationsbereich. Übersichtstafeln befinden sich zusätzlich im Therapiezentrum sowie an den Fahrstühlen. Die interne Beschilderung erfolgt nach dem Ampelprinzip mit entsprechend farblicher Kennzeichnung der Etagen.

In den Fahrstühlen wurden zusätzlich die farblichen Markierungen entsprechend der Etagen vorgenommen. Die Stationsbezeichnungen sind den Etagen angepasst. Auf den Therapiekarten erfolgt zusätzlich die farbliche Markierung der verschiedenen Therapien entsprechend ihrer Lokalisation. Für sprachbeeinträchtigte oder fremdsprachliche Pat./Rehabilitanden dienen die auffälligen Ampelfarben, Pfeile und Piktogramme dem besseren Verständnis. Zudem sind die Stationen durch Farbbalken an den Wänden markiert, z. T. gibt es mehrsprachige Aushänge.

Eine ständig aktualisierte Liste von dolmetschenden MA steht fremdsprachlichen Pat./Rehabilitanden bei Verständigungsschwierigkeiten zur Verfügung.

Zur besseren Orientierung dienen die Fotowände unserer MA auf den Stationen (Stationsteams) und in den Abteilungen/Bereichen.

Zur Begrüßung erhalten die Pat./Rehabilitanden bei der Aufnahme neben mündlichen Informationen eine Mappe mit allen wichtigen Angaben und dem Lageplan der Einrichtung.

Durch Einrichtung einer zentralen Informationsfläche auf den jeweiligen Stationen ist die Informationsvermittlung gewährleistet. Das Infomaterial, Broschüren und Flyer werden bei Bedarf aktualisiert.

Auch durch mündliche Information der MA und durch ausliegende Infobögen, Aushänge, Flyer zu unterschiedlichen Themen auf jeder Station unterstützen wir die Orientierung des Pat./Rehabilitanden. Die Namen der MA, ihre Abteilungs- und Etagenbezeichnung sind zudem auf den Therapiekarten und Namensschildern angeführt.

Neben dem ärztlichen/pflegerischen Aufnahmegespräch erhalten die Pat./Rehabilitanden Informationen durch Reha-Team- und Pflegevisiten, ärztliche Informationsgespräche über medizinische Versorgungsabläufe und Formblätter für einwilligungspflichtige Untersuchungen.

Vor Eingriffen/Untersuchungen wird ärztlich/pflegerisch individuell und durch genormte Aufklärungsbögen über Risiken und Ziele aufgeklärt.

Therapeutische Versorgungsabläufe werden bei dem Aufnahmegespräch in den Abteilungen und bei der Reha-Visite besprochen.

Sozialarbeiter informieren Pat./Rehabilitanden/Angehörige über Maßnahmen im beruflichen, schulischen und häuslichen Bereich.

Über einen Kontaktaufnahmebogen ist es den Angehörigen möglich, das Gespräch mit MA des Hauses zu suchen.

Die Speisewochenpläne sind unseren Pat./Rehabilitanden durch Aushang im Schaukasten und Auslegen im Speisesaal zugänglich, ggf. werden sie auch mündlich vom Pflegedienst informiert und die Menüauswahl mit ihnen gemeinsam abgestimmt.

Siehe Anlage4 - Kontaktaufnahmebogen

Wartezeitenmanagement

Durch die Einführung von Stationsteams wurden die Arbeitsabläufe und die Therapieplanung verbessert, so dass die Koordinierung bei der Aufnahme deutlich zügiger ablaufen kann und nicht gewollte Pausenzeiten noch verringert werden konnten. Falls bei Zusatzuntersuchungen doch einmal Wartezeiten auftreten, gibt es gesonderte Wartebereiche mit ausreichenden Sitzmöglichkeiten, Lesematerial und Getränkeautomaten.

Hygienemanagement

Über die Belange der Hygiene wacht die Hygienekommission, sie setzt sich zusammen aus der Klinik-, Pflegedienstleitung (PDL), dem hygienebeauftragten Arzt, einer externen Hygienefachkraft und einer externen Fachkraft-Mikrobiologin aus Hameln.

Die Hygienekommission deckt alle Bereiche der Klinik ab. Alle MA der verschiedenen Bereiche können sich an das entsprechende Mitglied der Hygienekommission wenden. Im Bereich der Pflege wird zunächst die PDL informiert, die ihrerseits den hygienebeauftragten Arzt und dann die Hygienekommission informiert. Im ärztlichen und therapeutischen Bereich ist der hygienebeauftragte Arzt der Klinik erster Ansprechpartner. Grundsätzlich erfolgt die Informationsübermittlung direkt.

Dienst- und Verfahrensanweisungen sind i. R. eines Hygieneplans in allen Bereichen und im Intranet hinterlegt.

Alle Hygieneplanungen werden bei den quartalsweise stattfindenden Hygienekommission-Sitzungen überprüft, bei Bedarf

aktualisiert und die geänderten Teile des Hygieneplans in den genannten Bereichen ausgetauscht.

Die Notwendigkeit der einzelnen Hygienerichtlinien werden den MA sowohl in halbjährlich stattfindenden Hygienefortbildungen sowie in regelmäßigen Abständen stattfindenden Hygieneansprechpartnersitzungen vermittelt.

Darüber hinaus wird es interessierten MA ermöglicht, an externen Fortbildungen zu diesem Thema teilzunehmen.

Die Infektionsstatistik der BDH-Klinik wird 1x im Jahr durch das Gesundheitsamt Hameln überprüft, 1x jährlich findet eine Begehung des Gesundheitsamtes Hameln statt.

Durch den Einsatz von 8 Multiplikatoren werden die Einhaltung und Umsetzung von Hygienerichtlinien in allen Bereichen unterstützt, kontrolliert und verbessert.

D-5 Qualitätsmanagementprojekte

QM-Projekt: Bildung von interdisziplinären Stationsteams

Die Stationsteams bestehen aus Arzt, Pflegedienst, Therapeuten verschiedener Bereiche, MA des Sozialdienstes, Stationssekretärinnen.

Der Patient steht bei uns im Mittelpunkt des Handelns!

Erhöhung der Patienten-/Rehabilitandenzufriedenheit

Aufgrund von Rückmeldungen der Patienten/Rehabilitanden wurde deutlich, dass die Kommunikation, die Organisation und der Informationsfluss sowie die Orientierungsmöglichkeiten weiter verbessert werden können. Daraus ergab sich in der weiteren Entwicklung die

Vereinheitlichung der Patiententafeln

zur besseren Orientierung der Stationsteammitglieder

- Verwendung einheitlicher Magnettafeln auf allen Stationen
- einheitliche Farben für die jeweiligen Therapieabteilungen gleichermaßen auf jeder Station
- zusätzliche Piktogramme für Patienten-/Rehabilitandentransport

Überarbeitung der Frühbesprechung

Teilnehmer:

- pro Station eine Pflegekraft
- alle den Stationsteams zugeordneten Therapeuten bzw. mind. 1 Therapeut pro Abteilung
- pro Station nach Möglichkeit mindestens ein Stationsarzt
- im Bedarfsfall ein MA des Sozialdienstes
- ein MA der Klinischen Neuropsychologie

Bei der morgendlichen interdisziplinären Stationsteambesprechung werden wichtige Informationen wie die Vorstellung neu aufgenommener Patienten-/Rehabilitanden, Therapieergänzungen oder Beendigung einer Maßnahme, Untersuchungen, geplante Entlassungen, Phasenwechsel, Sozialdiensttermine, anstehende Verlängerungen, Gesundheitstraining, Gesprächstermine, Angehörigenhospitationen etc. weitergegeben. Ebenfalls wird über Auffälligkeiten und Besonderheiten bei Patienten/Rehabilitanden gesprochen. Dadurch konnten der Informationsfluss und die Organisationsabläufe für den Patienten/Rehabilitanden, Pflege und Therapeuten optimaler gestaltet werden.

Überarbeitung des Konzepts der Reha-Visite

dadurch

- mehr Zeit für die Patienten/Rehabilitanden
- geringerer Personalaufwand - Patient/Rehabilitand ist in mündlichen Informationsaustausch eingebunden
- interdisziplinäre Gespräche mit Patienten/Rehabilitanden
- höherer Informationsgewinn für Patienten/Rehabilitanden und Angehörige - Erhöhung der Patienten-/Rehabilitandenzufriedenheit
- höherer Informationsaustausch der Stationsteammitglieder - dadurch Verbesserung des Rehaprozesses für Patienten/Rehabilitanden möglich
- Therapeuten haben uneingeschränkte Einsicht in die Dokumentation der Patienten/Rehabilitanden
- durch Einbindung der Stationssekretärin in das Stationsteam, die das Erstellen der Visitenliste in Absprache mit dem Arzt vornimmt, ist den Therapeuten eine verbesserte Vorbereitung auf die Reha-Visite möglich

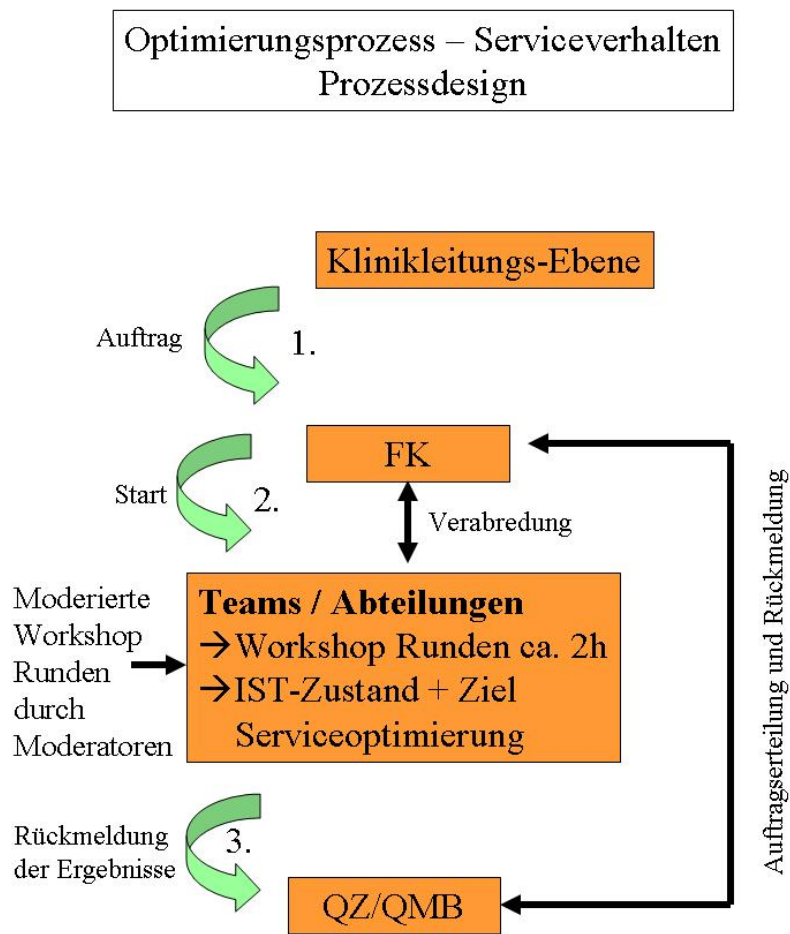
QM-Projekt: Optimierungsprozess - Serviceverhalten

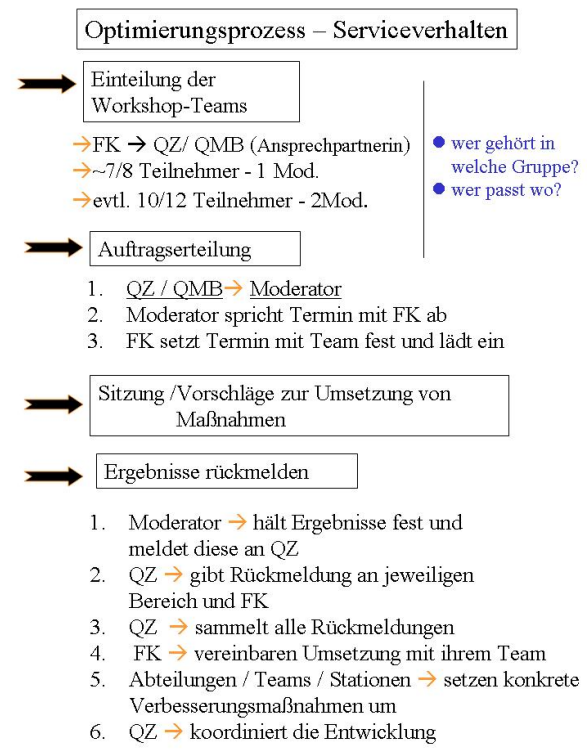
Durch eine externe Kommunikationstrainerin wurden für diesen Prozess Mitarbeiter der Einrichtung zu Moderatoren

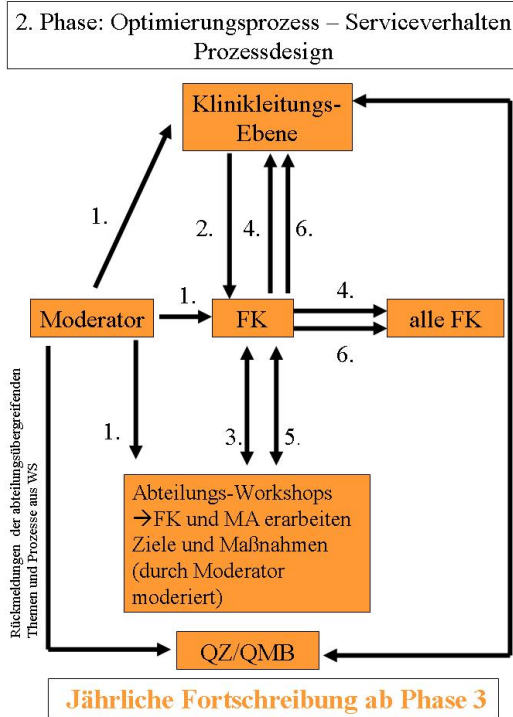
ausgebildet. Parallel dazu wurden die Führungskräfte (FK) durch die externe Trainerin geschult und ein Prozess entwickelt.

In der 2. Phase des Optimierungsprozesses Serviceverhalten wurden die FK in den Mittelpunkt gerückt. Die Moderatoren unterstützen den Prozess durch Moderation der abteilungsinternen Workshops.

Die 3. Phase verlangt die jährliche Zusammenarbeit der jeweiligen FK und deren MA zur Zielsetzung und -erreicherung.







2. Phase : Optimierungsprozess – Serviceverhalten

1. Moderator → Rückmeldung aus WS über Ergebnisse der 1. Phase und Informationen über die Weiterführung des Optimierungsprozesses
 - Klinikleitung Febr. 2009 Abtl.-Sitzung
 - Abtl. Und Stationsleitungen Febr. 2009 Abtl.-Sitzung
 - alle Mitarbeiter in kurzer Infoveranstaltung März 2009
2. Klinikleitung → Auftrag an Führungskräfte, Workshops innerhalb der Abteilungen mit allen Mitarbeitern durchzuführen
 - Welche der von den Mitarbeitern erarbeiteten Vorschläge, Maßnahmen, Ziele wollen wir wie umsetzen?
 - Konkrete Verabredungen zwischen den Beteiligten, unterstützende Maßnahmen und Rahmen klären Febr. 2009
3. FK – MA → Durchführung des Abteilungsworkshops (moderiert durch Moderator)
 - Umsetzung welcher Ziele
 - Verabredung konkreter Umsetzungsmaßnahmen
 - Erreichung welcher Maßnahmen ab Frühjahr 2009 bis Mitte 2009
4. FK → Rückmeldung an Klinikleitung und alle FK in Abteilungsleitersitzung
 - Kurzpräsentation der Abteilungs-/Stationsleitungen:
 - Welche Maßnahmen zur Verbesserung der Servicequalität haben wir verabredet?
 - Welche Ziele sollen erreicht werden? Mitte 2009
5. FK – MA → Auswertung der Abteilung/Station in Abteilungsworkshops
 - An welchen Themen wurde erfolgreich gearbeitet, was ist erreicht?
 - Was ist nicht erreicht?
 - Wie soll der Prozess fortgeführt werden? Januar 2010
6. FK → Rückmeldung an Klinikleitung und Austausch unter den FK:
 - Welche Ziele sind in den Abtl./Stationen erreicht worden?
 - Was wurde in den jeweiligen Abteilungen umgesetzt?
 - Wie soll der Prozess insgesamt fortgesetzt werden? Anfang 2010

→ Jährliche Fortschreibung ab Phase 3

QM-Projekt: Taubsches Training

Konzept

Zielorientiertes aktives Funktionstraining der oberen Extremität auf der Basis der Taubschen Theorie

Warum?

Anhaltende, rasche, in den Alltag übertragbarere funktionelle Verbesserungen

Der gelernte Nicht-Gebrauch soll vermieden bzw. abgebaut werden!

Hintergrund

Übung!

Aktive Teilnahme, ADL Training

Rückmeldung und Motivation

Aufgaben, Ziele und Problemlösung

Neuroplastizität, Reorganisation

Einschlusskriterien Voraussetzungen

1. Zustand nach Apoplex oder SHT, Patient/Rehabilitand muss es kognitiv verarbeiten können und muss mit dieser Therapieform einverstanden sein!
2. Der Patient/Rehabilitand ist stabil und vom Arzt befürwortet
3. motorische Kriterien : d.h. aktive 10° Handgelenksexension und 10° HG-Flexion
 - der Arm muss mind. bis Bauchnabelhöhe angehoben werden können - 90° aktive SG Flexion und 10 ° Abduktion, aktives Greifen von Gegenständen ist möglich, der Patient/Rehabilitand soll sicher sitzen und gehen können
4. Sensorische Defizite sind zugelassen, Patient/Rehabilitand sollte Schutzsensibilität aufweisen
5. Neglect ist kein Ausschluss, insofern sich der Patient/Rehabilitand lenken lässt

Der gesunde Arm „sollte“ ausgeschlossen werden, indem Therapeuten auf den Einsatz der betroffenen Hand achten. Außerdem kann sich der Patient/Rehabilitand die gesunde Hand unter den Oberschenkel schieben.

Tests:

Wolf Motor Funktion Test, Nine Hole Peg Test

Eingangstest sowie Tests während und nach dem Program. Die dabei entstehenden Daten könnten therapiebegleitend beobachtet bzw. wissenschaftlich ausgewertet werden.

Tätigkeiten :

Es gibt mehrere Hauptkategorien mit Unteraufgaben

z.B. Vorbereitung der Mahlzeit, Hausarbeit, Spiele, Hobbies, Essen, Ankleiden usw.

Die Übungssituation richtet sich nach den motorischen Fähigkeiten des Patienten/Rehabilitanden und unterliegen Shaping-Prinzipien. Daher gibt es keinen vorgegeben Übungsplan.

Anamnesebogen	Taubches Training	Datum :
Name :	Vorname:	Geburtsdatum:
Was sind Sie von Beruf ?		
Sind Sie gegenwärtig berufstätig ?		
War Ihr Schlaganfall\Ihre Hirnverletzung der Grund für Ihre derzeitige Berufsunfähigkeit?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein		
Leben Sie mit einem Partner zusammen oder leben Sie allein ?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wann hatten Sie ihre Hirnverletzung\Schlaganfall ?		
Wie viele Schlaganfälle hatten Sie insgesamt ?		
Wie schnell haben Sie medizinische Hilfe erhalten ?		
Unter welchen Folgen Ihres Schlaganfalls\Hirnverletzung leiden Sie noch gegenwärtig ?		
Paretische Seite :		
Wie versuchen Sie den Ausfall Ihres gelähmten Armes bei der Bewältigung verschiedener Tätigkeiten zu kompensieren?		

Nehmen Sie augenblicklich Medikamente?

nein

ja, welche :
Anamnesebogen Teil 2

Leiden Sie gegenwärtig unter körperlichen Problemen, die nichts mit Ihrem Schlaganfall oder Ihrer Hirnverletzung zu tun haben ?

nein

Herzkreislauferkrankungen Diabetes

Bluthochdruck Epilepsie

Migräne Kopfschmerzen

anderes :

Haben Sie irgendwelche Bedenken gegen die Therapie?

Weitere Vereinbarungen\ Bemerkungen\ Terminabsprachen :

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Erstellt:

Brigitte Nagel, Ergotherapie

Christian Schnepfer, Physiotherapie

15.5.2008

Übersichtstabelle für Teilnehmer des Taubschen Trainings

Übersichtstabelle für Teilnehmer des Taubschen Trainings

Name des Patienten	Zeitraum der Teilnahme	Test	Datum \Ergebnis Anfangstest	Datum \Ergebnis Zwischentest	Datum \Ergebnis Endtest
		WMFT			
		NHPT			

Bemerkungen:

Nine Hole Peg Test ----- Fingergeschicklichkeit

Nine Hole Peg Test

Name des Patienten :

Name des Beurteilers :

Testdatum	Zeit	Betroffene Seite	Bemerkungen

Wolf Motor Function Test ----- Arm-Handfunktion

Wolf Motor Function Test

Name des Patienten: _____

Name des Beurteilers: _____

Datum : _____

Anfangstest

Zwischentest

Endtest

Aufgabe	Zeit in sec.	funktionelle Fähigkeit
1. Unterarm auf Tisch		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
2. Unterarm auf Kiste		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
3. Ellenbogen Extension		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
4. Ellenbogen Extension mit Gewicht		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
5. Hand auf Tisch		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
6. Hand auf Kiste		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
7. Flexion Ellenbogen mit Gewicht		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
8. Dose zum Mund		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
9. Stift greifen		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
10. Büroklammer greifen		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
11. Spielsteine stapeln		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
12. Spielkarten umdrehen		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
13. Schlüssel drehen		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
14. Handtuch falten		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
15. Korb hochheben		0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
16. Einen Kreis zeichnen oder eine Unterschrift		
Totalpunktzahl		√75

Name des Patienten :

Station :

Datum	Zeit in min	Kurzbeschreibung der Übung und Ziel

Auswertung des mod. Trainings nach Taub

Betrachtungszeitraum von Mai 2008- Juli 2009

Insgesamt 51 Patienten

davon

24 Pat. 4-6 wöchige reguläre Teilnahme

27 Pat. unter 3 wöchiger Teilnahme

Gründe : u.a. spontane Entlassung, Verweigerung der weiteren Teilnahme (2), Schmerzen im SG (1), schnellste Remission

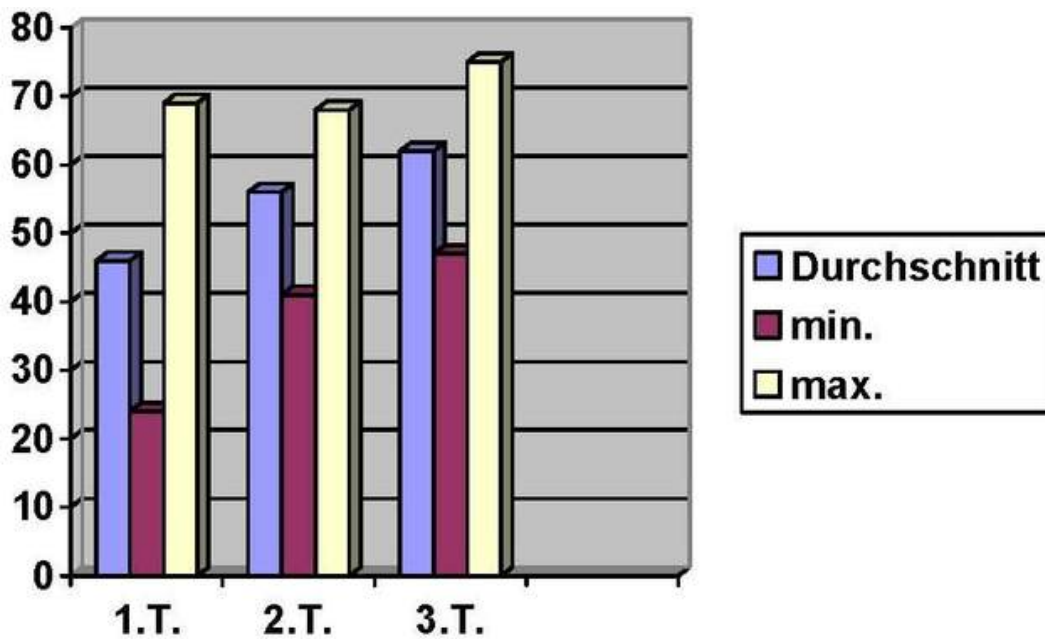
Diagnosen der Patienten

n= 35

Diagnosen	Anzahl
Mediainfarkt links	10
Ponsinfarkt	4
Stammganglienblutung	4
Hirnfarkt (nicht näher bezeichnet)	4
ICB	3
Mediainfarkt rechts	3
Hirnstamminfarkt	2
SHT	2
SAB	1
MS	1
Meningiom	1

Diagramm: Wolf Motor Function Test

n=24



Entscheidend ist der blaue Balken:

1.Test : 46 Punkte

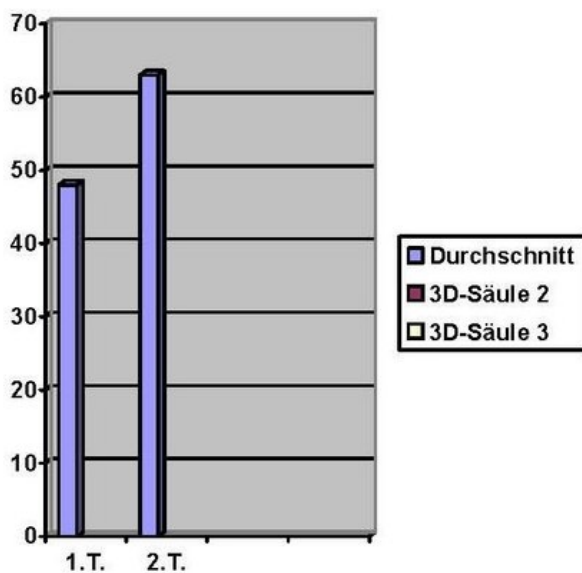
2.Test : 56 Punkte

3.Test : 62 Punkte

Der Abstand zwischen den jeweiligen Tests betrug 2\3Wochen.

Diagramm: Wolf Motor Function Test

n=11(Patienten unter der regulären Zeit der Teilnahme)



1. Test : 48 Punkte

2. Test : 63 Punkte

Schlussfolgerungen und Verbesserungspotential

- genauere Dokumentation und Testung der Patienten/Rehabilitanden
- höhere Nutzung des Patienten-/Rehabilitandenpotentials, d.h. noch stärkeres Arbeiten an der Leistungsgrenze sowie schnellere Überleitung der Patienten/Rehabilitanden ins mod. TT
- Aufbau einer Gruppe mit rollstuhlpflichtigen Patienten/Rehabilitanden

Die Ergebnisse lassen auf eine erfolgreiche Etablierung des neuen Therapieangebotes schließen.

QM-Projekt: Serviceverhalten in der Pflege

Konzept: MA-Training „Service-Verhalten in der Pflege“

Ausgangssituation und Zielsetzung:

Im Rahmen des Qualitätsentwicklungsprozesses werden den Pflegedienst-MA praktische Trainings zur Förderung des Service-Verhaltens gegenüber Patienten/Rehabilitanden und deren Angehörigen durch eine externe Fachkraft angeboten. Dabei soll die Arbeit an konkreten Praxisfällen im Vordergrund stehen, so dass die MA im Austausch mit ihren Kollegen und durch gegenseitiges Feedback die Gelegenheit haben, ihr Verhalten zu überprüfen und alternative, serviceorientiertere Handlungsoptionen und Verhaltensweisen zu entwickeln und auszuprobieren.

Durchführung der Trainings, Gruppenbildung:

Alle Pflegedienst-MA werden stationsübergreifend auf einzelne, feste Trainingsgruppen mit 10-12 Teilnehmern verteilt. So ist gewährleistet, dass jeder einzelne MA einen konkreten Fall „durchspielen“ und bearbeiten kann.

Methodik

Der erste Teil dient vor allem dem Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbasis, sowohl zwischen den einzelnen MA als auch im Kontakt zwischen den Gruppenteilnehmern und der Leiterin. Im zweiten Teil steht dann die Arbeit an konkreten Praxisbeispielen im Vordergrund: Durch Rollenspiel, Perspektivwechsel, Reflexion und andere Techniken sollen die Teilnehmer lernen, ihr Handlungsspektrum zu erweitern. Die praktischen Phasen im Training werden gegebenenfalls ergänzt durch theoretische Inputs zu den Themen Kommunikation, Beschwerdemanagement, emotionale Phasen in Veränderungsprozessen, etc. Der Methodeneinsatz orientiert sich am jeweiligen Gruppen- und Lernprozess.

In einem 2. und 3. Zyklus wird dieses Training für weitere feste Trainingsgruppen à 12 Teilnehmer/innen stattfinden.

QM-Projekt: Patientenförderung durch Eigentaining und Einbeziehung Angehöriger

1. Zweck und Geltungsbereich

Unter Berücksichtigung der kognitiven Voraussetzungen und ausreichender Krankheitseinsicht des Patienten/Rehabilitanden:

- o werden Patienten/Rehabilitanden stärker gefördert
- o können Therapiezeiten ohne vermehrten Therapeuteneinsatz erhöht werden
- o wird ein zusätzliches dokumentierfähiges Angebot präsentiert

beteiligt sind: Ärztlicher Dienst, Therapeutische Abteilungen, Pflegedienst, Angehörige

2. Beschreibung/Vorgehensweise

Bedarf des Eigentrainings wird im Team besprochen, es ist für alle Bereiche möglich, die der Arzt verordnet hat.

Patienten/Rehabilitanden bekommen die Möglichkeit, die während der Therapie erarbeiteten Inhalte im Rahmen des Eigentrainings durch Wiederholung zu festigen.

Angehörige werden über die bisherigen Therapieinhalte bei der ersten Kontaktaufnahme informiert und bekommen bei Interesse entsprechende Formblätter mit detaillierten Anleitungen. Außerdem erhalten die Angehörigen Informationen über die Möglichkeit und die sinnvolle Frequenz weiterer Gespräche.

Erstellte Arbeitsblätter mit Anleitung werden dem Patienten mitgereicht bzw. entsprechende Materialien zur Verfügung gestellt und durch den behandelnden Therapeuten nach Rückgabe kontrolliert (gegebenenfalls bei isolierten Patienten/Rehabilitanden in dessen Zimmer).

Konzept für tiergestützte Therapien in der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf

1 Einleitung

Seit Anfang der 90er Jahre wird die tiergestützte Arbeit zunehmend qualifiziert, so hat sich in Deutschland das Bewusstsein gegenüber dem Tier bereits verändert.

Ein schriftliches Konzept für die tiergestützte Arbeit ist hierfür eine wichtige Arbeitsgrundlage und bietet eine wichtige Orientierung für die Besucher der Einrichtung.

2 Zielsetzung

In der Einrichtung soll ein achtsamer Kontakt zwischen Mensch und Tier angeboten werden.

3 Methodik

3.1 Zielgruppe

Patienten/Rehabilitanden

- mit Hemianopsie, Gesichtsfeldeinschränkungen, Gesichtsfeldausfall oder Neglect
- im Wachkoma
- mit Hemiparese
- mit Oberflächensensibilitätsstörungen
- die über andere Kanäle keinen Kontakt zu ihrer Umwelt aufnehmen können
- mit Depressionen oder die Hilfe bei der Krankheitsverarbeitung benötigen
- mit demenziellen Erkrankungen

3.2 Tiere

Auswahlkriterien der Tiere für bestimmte Förderformen bzw. -ziele der tiergestützten Intervention sind:

- Äußere Merkmale: Tierart, Rasse, Größe, Alter.
- Wesensart, Sozialverhalten: kontaktfreudig, freundlich, spielfreudig, anhänglich, ausgeglichen, sensibel, tolerant für Berührungen, körperlich und seelisch stabil, nicht schreckhaft.
- sinnvolle Ergänzung der Merkmale von Tier und Besucher: ähnliche Eigenschaften (z.B. Begleitung eines motorisch behinderten Besuchers durch ein ruhiges Tier), gegensätzliche Eigenschaften (z.B. Förderung eines antriebsarmen Besuchers durch ein lebhaftes Tier).

In unserer Einrichtung ist der Einsatz folgender Tiere im Behandlungsraum und auf den Stationen am Patienten-/Rehabilitandenbett geplant:

Siehe Anlage 5 - Konzept Tiertherapie

Name: Hanna

Tierart: Meerschweinchen Glatthaar

Geschlecht: weiblich

Geburtsdatum: Januar 2011

Tierärztliche Behandlungen: Siehe Tierbestandbuch Krankheiten aufführen

Herkunft: Unbekannt, Notstation

Name: Mumble

Tierart: Meerschweinchen Rosette - Angora

Geschlecht: weiblich

Geburtsdatum: April 2011

Tierärztliche Behandlungen:

Herkunft: Unbekannt, Notstation

Name: Tiff

Tierart: Meerschweinchen Sheltie

Geschlecht: weiblich

Geburtsdatum: April 2011

Tierärztliche Behandlungen:

Herkunft: Unbekannt, Notstation

Name: Yuki

Tierart: Meerschweinchen US Teddy

Geschlecht: weiblich

Geburtsdatum: Oktober 2009

Tierärztliche Behandlungen:

Herkunft: Unbekannt, Notstation

3.3 Planung und Durchführung der Mensch-Tier-Begegnung

Tiergestützte Therapie (TGT)

Interventionen in Zusammenhang mit Tieren, welche auf der Basis einer sorgfältigen Situations- und Problemanalyse sowohl das Therapieziel als auch den Therapieplan unter Einbezug des Tieres festlegen. Sie sind auf eine gezielte Einwirkung auf bestimmte Lebens- und/oder Persönlichkeitsbereiche, oder auf umfassende Be- und Verarbeitung von konfliktreichem Erleben ausgerichtet und werden durchgeführt von therapeutisch qualifizierten Personen im therapeutischen Bereich mit speziell trainierten Tieren.

Im Rahmen des hier beschriebenen Projektes erstrecken sich die Kontaktarten zwischen unseren Patienten/Rehabilitanten und den Tieren auf ein Zusammenspiel von passiven zu aktiven Verhaltensweisen:

- **Beobachten**
- **Nonverbale und lautliche Sprache der Tiere**
- **Körperkontakt (u. a. Streicheln, Halten)**
- **Bei der Versorgung helfen (Misten, Füttern, Striegeln/Pflegen)**
- **Verbesserung der Handlungsplanung**

Die Kontaktformen und -arten müssen auf die jeweiligen Patienten/Rehabilitanden und ihre Fähigkeiten zugeschnitten sein. Die Erarbeitung der individuellen Gestaltung der Therapie in der Einrichtung und im Kontakt zum Tier erfolgt allein durch den verantwortlichen Therapeuten. Er/sie bezieht die Wünsche des Patienten/Rehabilitanden mit ein, soweit sich diese mit dem tiergerechten Umgang und den individuellen Talenten der Tiere vereinbaren lassen. Auf Grund seiner professionellen Erfahrung im Bereich der Methodik macht der Therapeut auch Vorschläge und Angebote, die seiner Meinung nach den Wünschen des Patienten/Rehabilitanden entgegenkommen könnten.

Die Effektivität der Arbeit wird dokumentiert.

3.4 Zeitliche und räumliche Aspekte der tiergestützten Therapie

Zeitrahmen

Die Terminvergabe findet im Rahmen der Therapieplanung statt.

Für die Häufigkeit und Dauer der Tiergestützten Therapie gilt der Grundsatz: besser häufig kurz als selten lang. Die Dauer einer Einheit liegt, abhängig von der Belastbarkeit von Patient/Rehabilitand und Tier, bei 10 bis max. 30 Minuten (Bei reinen Beobachtungs- und Entspannungseinheiten kann diese Zeit auch in Einzelfällen bis zu 60 Minuten betragen, wenn die Tiere die Möglichkeit haben, sich bei Bedarf zu entfernen.) Ruhe- und Versorgungszeiten der Tiere werden berücksichtigt.

Die Begegnungsräume

Begegnungsräume

Beobachtungsraum

Kontaktraum

Rückzugsraum

Therapieraum

Patienten-/Rehabilitanzimmer

Flur

Im Sommer bietet sich die Therapie im Freien an

Im Therapieraum befinden sich ein dreistöckiges Gehege, ein Waschbecken, ein Kühlschrank, ein Behandlungstisch, sowie zwei Schränke für Heu, Streu etc.

4 Wesentliche Voraussetzungen

4.1 Hygiene

Folgende notwendige Maßnahmen zur Minimierung von gesundheitlichen Risiken werden anhand eines Hygieneplans (Tiere in der Einrichtung des Gesundheitsdienstes) durchgeführt.

1. Artgemäße Unterbringung, Ernährung und Pflege, tiergerechter Umgang
2. Ständige Aufsicht über die Tiere
3. Reinigung der Tiere
4. Regelmäßige tierärztliche Untersuchung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Tiere und sofortige Konsultation eines Tierarztes bei Anzeichen einer gesundheitlichen Störung des Tieres. Kein Einsatz eines Tieres bei Vorliegen von Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Beeinträchtigungen der Sinnesorgane.
5. Regelmäßige Floh- und Zeckenprophylaxe, Entwurmung und Kontrolle des Entwurmungserfolges, prophylaktische Diagnostik und Behandlung der Tiere bezüglich Zoonoseerregern halbjährlich.
6. Entsprechende tierärztliche Bestätigung der Tauglichkeit für den Einsatz als Therapiebegleittier
7. Sauberkeitsorientierte Vorbereitung, Durchführung und Beendigung des Tierkontakts
8. Dokumentation vom Gesundheitszustand der Tiere und ihre Einsätze, dadurch belegbarer Nachweis, dass keine kranken Tiere eingesetzt werden.

4.2 Tierschutz

Die Einhaltung des Tierschutzes wird gewährleistet zur Abwehr von Schaden bei den beteiligten Tieren.

4.3 Mitarbeiter

Für die Haltung, das Training und den Einsatz der Tiere sind in der Einrichtung die verantwortlichen Therapeuten zuständig, die Durchführung der Therapie wird vom behandelnden Arzt verordnet.

Für eine interne Mitarbeiterschulung arbeitet unsere Einrichtung mit Fachberatern zusammen.

4.4 Versicherung

Unsere Patienten/Rehabilitanden bzw. deren Angehörige werden mündlich und schriftlich über die Möglichkeit der Teilnahme an der Tiergestützten Therapie informiert und unterschreiben eine Einverständniserklärung für den Kontakt mit den Tieren. Die Verantwortung für die Teilnahme an der Tiergestützten Therapie trägt der Patient/Rehabilitand selber. Die Einrichtung ist für den Fall von Schäden, Verletzungen oder Infektionen durch Tiere zusätzlich über eine Betriebshaftpflichtversicherung abgesichert.

Bei akuter Infektion, Immunsuppression, Asthma, Neurodermitis, entgleistem Diabetes und Krebs können Einschränkungen im Umgang mit Tieren vorliegen (relative Kontraindikationen). Wenn der Patient/Rehabilitand den Wunsch nach Tierkontakt hat und sich kräftig genug dafür fühlt, werden nach Abwägung von körperlichen Risiken und seelischen Aspekten individuelle Entscheidungen auf eigene Verantwortung des Patienten/Rehabilitanden getroffen.

4.5 Finanzierung

Die Tiergestützte Therapie finanziert sich ausschließlich über die BDH-Klinik

4.6 Genehmigung durch Aufsichtsbehörden, zertifizierte Qualifikationen

Die Haltung der Tiere ist auf der Basis des aktuellen Tierschutzgesetzes von Seiten des Veterinäramts genehmigt worden.

Darüber hinaus haben wir folgende Qualifikationen erworben:

Fortbildung für Tiergestützte Therapie.

5 Zusammenfassung der Argumente für die Mensch-Tier-Begegnung

Nachhaltige Effekte der Mensch-Tier-Beziehung werden auf verschiedenen Ebenen erwartet:

Effekte der Mensch-Tier-Beziehung

(s. z.B. Otterstedt (2001, S. 23), Olbrich/Otterstedt (2003, S. 58))

Förderung der physischen Fähigkeiten

Förderung der unterschiedlichen cerebralen Bereiche

Verbesserung der grobmotorischen und feinmotorischen Fertigkeiten

Anbahnung von physiologischen Bewegungsabläufen

Verbesserung des taktilen Bereichs

Verbesserung des Umganges mit dem Neglect

Nicht genutzte motorische Fähigkeiten zu aktivieren

Erhalt der Gelenkbeweglichkeit

Tonusnormalisierung

Steigerung der allgemeinen Belastbarkeit

Kraftdosierung

Förderung der psychischen Fähigkeiten

Verbesserung des Umganges mit dem Neglect
Nicht genutzte motorische Fähigkeiten zu aktivieren
Exploration der Eigenwahrnehmung und/oder der Umwelt
Steigerung der Aufmerksamkeit/Konzentration

Förderung der mentalen Fähigkeiten

Förderung der unterschiedlichen cerebralen Bereiche
Exploration der Eigenwahrnehmung und/oder der Umwelt
Vermittlung von angenehmen Empfindungen und Erfolgserlebnissen
Finden einer Kommunikationsebene
Förderung der verbalen Fähigkeiten

Förderung der sozialen und kommunikativen Fähigkeiten

Vertrauensaufbau
Vermittlung von angenehmen Empfindungen und Erfolgserlebnissen
Finden einer Kommunikationsebene
Übernehmen von Verantwortung für sich und Dritte (Tier)
Förderung der Interaktion und Kommunikation zwischen den Patienten/Rehabilitanden
Übernehmen von Alltagstätigkeiten (Sicherung der Versorgung der eigenen Haustiere)

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Allgemeine Zertifizierungsverfahren

Der BDH-Klinik wurde im August 2006 das Zertifikat durch die KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) verliehen. Die BDH-Klinik ist die vierte Rehabilitationsklinik bundesweit, die das KTQ-Zertifikat für ihr Qualitätsmanagement erhalten hat. Bei der KTQ handelt es sich um eine von den Spitzenverbänden der Krankenkassen ins Leben gerufene Gesellschaft, die dem Qualitätsmanagement in deutschen Krankenhäusern verpflichtet ist. Das KTQ-Zertifikat ist in Deutschland das begehrteste Qualitätssiegel für Krankenhäuser. Die Rezertifizierung erfolgte 2009.



Mit der Erfüllung der Ansprüche einer KTQ-Zertifizierung entsprachen wir auch den Ansprüchen der IQMG (Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen GmbH), deren Zertifikat wir im Dezember 2006 verliehen bekamen. Die Rezertifizierung erfolgte im Oktober 2009.



Die Selbst- und Fremdbewertung für die KTQ erstreckte sich über alle Abteilungen und Bereiche der Einrichtung. Die BDH-Klinik ist eine von zehn Pilotkliniken bei der Entwicklung einer Zertifizierung nach KTQ für den Bereich der Rehabilitation. Die Selbstbewertung hierfür bezog sich auf durch KTQ ausgewählte Kriterienpunkte und erfasste viele Bereiche unserer Einrichtung. Das Visitorenteam würdigte die aktive engagierte Arbeit aller Mitarbeiter bei der Umsetzung und Erreichung der von uns gestellten Ziele und die Durchdringung unseres Qualitätsmanagementsystems (QMS). Vom 10. bis 12. August 2009 stellten wir uns erneut einer Fremdbewertung durch KTQ-Visitoren. Die BDH-Klinik hat die Rezertifizierung durch KTQ erfolgreich absolviert und erneut das KTQ-Zertifikat verliehen bekommen. Die erneute Rezertifizierung erfolgt 2012.

KH-Spezifische Zertifizierungsverfahren

Eine Zertifizierung durch die DGNR (Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation) erfolgte bereits im August 2005. Bei einer Selbstbewertung wurden alle Strukturen und Prozesse unserer Einrichtung zusammengestellt und schriftlich niedergelegt. Bei einer Visitation durch die DGNR im August 2005 wurde die Übereinstimmung zwischen dem von uns Beschriebenen und dem bei der Überprüfung Vorgefundenen bewertet.

Das Zertifikat dieser Gesellschaft steht für: DGNR- geprüfte, qualifizierte, neurologische Rehabilitation und hatte seine Gültigkeit bis August 2009.



1. Zertifizierung durch DGNR im August 2005 bis 16. August 2009
2. Urkunde für die Mitgliedschaft im Netz Rauchfreier Krankenhäuser durch ENSH im März 2006 bis 2009
3. Zertifizierung durch KTQ im September 2006
4. Zertifizierung durch IQMG im Dezember 2006
5. Rezertifizierung durch KTQ im August 2009
6. Rezertifizierung durch IQMG im Oktober 2009
7. Zertifizierung der Stroke Unit durch die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft und die Deutsche Schlaganfall-Hilfe im April 2010

Peer Reviews

Im Rehabilitationsbereich durch QM-Verfahren der Deutschen Rentenversicherungen als Peer Review im Bereich der ärztlichen Entlassungsberichte.

Sonstige interne Selbstbewertungen

Bereits im März 2006, noch vor Einführung der gesetzlichen Regelung, ist die Einrichtung dem „Europäischen Netz rauchfreier Krankenhäuser“ beigetreten. Damit hat sich die BDH-Klinik dem Kodex des europäischen Netzwerks rauchfreier Krankenhäuser verpflichtet, vereinheitlichte Maßnahmen gegen den Tabakmissbrauch zu ergreifen.

Die Einrichtung hat nach eingereichter Selbstbewertung die erste, sogenannte Stufe „Bronze“, von insgesamt drei Stufen einer Zertifizierung durch die DNGfK erreicht und bekam die Bronze-Urkunde des Europäischen und Deutschen Netzwerkes Rauchfreier Krankenhäuser verliehen. Unsere Einrichtung ist „Rauchfreie Klinik“ und hat Rauchfreie Zonen eingerichtet. Für Raucher steht ein gesondert ausgewiesener Pavillon auf dem Gelände der Einrichtung zur Verfügung.

Fragebogen zur Zufriedenheit der Patienten und Rehabilitanden

**Sehr geehrte Patientin/Rehabilitandin,
sehr geehrter Patient/Rehabilitand,**

wir möchten gern erfahren, wie zufrieden Sie mit Ihrem Aufenthalt in unserer Einrichtung sind, und freuen uns über Ihre Teilnahme an unserer nachfolgenden Befragung. Ihre offene Meinung ist uns wichtig, und Verbesserungsvorschläge sowie Kritik nehmen wir gerne an. Ihre Antworten werden selbstverständlich anonym und vertraulich behandelt.

Die Beantwortung des Fragebogens wird einige Minuten in Anspruch nehmen. Nur eine vollständige und gewissenhafte Beantwortung gibt uns die Möglichkeit, die Qualität der Versorgung für alle Patienten und Rehabilitanden kontinuierlich zu steigern. Beantworten Sie bitte jede Frage ausgehend von Ihrer **derzeitigen, aktuellen Meinung** eigenständig, ohne die Hilfe anderer Personen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen **kurz vor Ihrer Entlassung** aus. Vergessen Sie auf der folgenden Seite bitte nicht die **Angabe der Station**, die Sie bewerten. Nur so können wir Ihren Anregungen auch gezielt nachgehen. Fragen Sie das Pflegepersonal nach weiteren Formularen, falls Sie mehrere Stationen beurteilen möchten.

Den ausgefüllten Fragebogen werfen Sie bitte in den
Briefkasten vor dem Stationszimmer.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen offen und spontan. Vergeben Sie Noten von 1 😊 (ja, sehr gut, sehr erträglich, trifft voll zu) bis 5 😞 (nein, mangelhaft, unerträglich, trifft überhaupt nicht zu). Bitte nur eine Bewertung pro Zeile!

A) Angaben zur Person

1. Wie alt sind Sie? _____ Jahre
2. Geschlecht: männlich weiblich
3. Ihre Behandlung bei uns erfolgt(e) stationär teilstationär/ambulant
4. Welche Station bewerten Sie? _____

B) Personal



5. Wie empfinden Sie die persönliche Zuwendung der Ärzte?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
6. Wie ist Ihr Eindruck vom fachlichen Können der Ärzte?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
7. Wie empfinden Sie die persönliche Zuwendung des Pflegepersonals?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
8. Wie ist Ihr Eindruck vom fachlichen Können des Pflegepersonals?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

C) Therapie

9. Wie beurteilen Sie die Qualität der einzelnen Therapien, an denen Sie teilgenommen haben?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 - Arbeitstherapie** (Technisches Zeichnen, Metall-, Holzwerkstatt)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
 - Ergotherapie**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
 - Ergotherapie/Hauswirtschaft** (Lehrküche, Therapiegarten)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
 - Klinische Neuropsychologie**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
 - Kognitive Frührehabilitation**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
 - Neuropädagogik** (kaufmännischer Bereich, EDV usw.)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
 - Pädagogische Freizeitbetreuung**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
 - Physikalische Therapie** (Badeabteilung)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
 - Physiotherapie** (Krankengymnastik)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
 - Sprachtherapie**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
10. Wie beurteilen Sie, dass für Sie am Samstag Therapien angeboten werden?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
11. Wie beurteilen Sie die Therapien insgesamt?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

D) Information, Service-Center/Anmeldung, Sozialdienst

12. Wie empfanden Sie – sofern ein Kontakt bestand – die
Zusammenarbeit mit

der Information?

dem Service-Center?

dem Sozialdienst?



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

E) Organisation

13. Wie beurteilen Sie die Organisation von Abläufen und Terminen
in unserer Einrichtung?
14. Wie empfanden Sie insgesamt die Wartezeiten, z. B. bei der
Aufnahme, Blutentnahmen, Untersuchungen etc.?
Wo sollten ggf. kürzere Wartezeiten erzielt werden? Geben Sie
einzelne Bereiche bitte auf der letzten Seite unter „negativ“ an!
15. Wie fühlen Sie sich über alle Sie betreffenden Dinge informiert?



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

F) Räumlichkeiten, Ausstattung, Orientierung

- Wie beurteilen Sie die
16. Ausstattung der Räume?
17. allgemeinen Aufenthaltsmöglichkeiten?
18. Sauberkeit in unserem Haus?
19. vorhandenen Orientierungshilfen?
20. Wie behindertengerecht würden Sie unsere Klinik beurteilen?



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

G) Essen und Trinken

21. Wie beurteilen Sie insgesamt die Qualität der Verpflegung?



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

H) Ihre Zufriedenheit

22. Wie bewerten Sie Ihren Aufenthalt insgesamt?



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

23. Würden Sie unsere Einrichtung weiterempfehlen? Nein Ja

Falls ja:

Welcher Schulnote würde Ihre Empfehlung entsprechen?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Angehörigenfragebogen

*zur Verbesserung der Rehabilitationsqualität in der
BDH-Klinik Hessisch Oldendorf*

Sehr geehrte Angehörige,

wir sind ständig daran interessiert, die Qualität der Versorgung für alle Patienten und Rehabilitanden kontinuierlich zu steigern. Daher führen wir folgende Befragung durch.

Ihre offene Meinung ist uns wichtig, Verbesserungsvorschläge und Kritik nehmen wir gerne an. Ihre Antworten werden selbstverständlich anonym und vertraulich behandelt.

Die Beantwortung des Fragebogens wird einige Minuten in Anspruch nehmen. Beantworten Sie bitte jede Frage ausgehend von Ihrer **derzeitigen, aktuellen Meinung**.

Bitte füllen Sie den Fragebogen **kurz vor der Entlassung** Ihrer/s Angehörigen aus. Vergessen Sie auf der folgenden Seite nicht die **Angabe der Station**, die Sie bewerten. Nur so können wir Ihren Anregungen auch gezielt nachgehen. Fragen Sie das Pflegepersonal nach weiteren Formularen, falls Sie mehrere Stationen beurteilen möchten.

Den ausgefüllten Fragebogen werfen Sie bitte in den
Briefkasten vor dem Stationszimmer.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen offen und spontan. Vergeben Sie Noten von 1 😊 (ja, sehr gut, sehr erträglich, trifft voll zu) bis 5 😞 (nein, mangelhaft, unerträglich, trifft überhaupt nicht zu). Bitte nur eine Bewertung pro Zeile!

A) Angaben zur Person

1. Alter des Patienten/Rehabilitanden: _____ Jahre
2. Geschlecht des Patienten/Rehabilitanden: männlich weiblich
3. Welche Station bewerten Sie? _____

B) Personal



4. Wie empfinden Sie die persönliche Zuwendung der Ärzte?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
5. Wie ist Ihr Eindruck vom fachlichen Können der Ärzte?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
6. Wie empfinden Sie die persönliche Zuwendung des Pflegepersonals?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
7. Wie ist Ihr Eindruck vom fachlichen Können des Pflegepersonals?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

C) Therapeutisch-aktivierende Pflege/Therapie

8. Hätten Sie sich eine stärkere Einbeziehung in die therapeutisch-aktivierende Pflege gewünscht? Nein Ja
9. Fühlten Sie sich ausreichend über den ganzheitlichen Therapieansatz informiert? Nein Ja
10. Falls Sie an Therapien mit Ihrem Angehörigen teilgenommen haben: Wie beurteilen Sie diese?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Das Angebot war mir nicht bekannt.
 Das Angebot war mir bekannt, aber ich habe es nicht genutzt.
11. Wenn Sie teilgenommen haben: Empfanden Sie Information und Anleitung als
nützlich? Nein Ja
ausreichend? Nein Ja
12. Wie beurteilen Sie, dass für Ihren Angehörigen am Samstag
Therapien angeboten werden?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

D) Organisation

13. Wie empfanden Sie – sofern ein Kontakt bestand – die Zusammenarbeit mit



der Information?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

dem Service-Center?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

dem Sozialdienst?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14. Wie empfanden Sie insgesamt die Wartezeiten, z. B. bei der Aufnahme, Blutentnahmen, Untersuchungen etc.?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Wo sollten ggf. kürzere Wartezeiten erzielt werden? Geben Sie einzelne Bereiche bitte auf der letzten Seite unter „negativ“ an!

15. Wie fühlen Sie sich über alle Ihren Angehörigen betreffenden Dinge informiert?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

16. Wie hilfreich ist nach Ihrer Einschätzung unser schriftliches Informationsmaterial?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

E) Räumlichkeiten, Ausstattung, Orientierung

Wie beurteilen Sie die



17. Ausstattung der Räume?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18. allgemeinen Aufenthaltsmöglichkeiten?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

19. Sauberkeit in unserem Haus?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

20. vorhandenen Orientierungshilfen?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

21. Wie behindertengerecht würden Sie unsere Klinik beurteilen?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

F) Ihre Zufriedenheit

22. Würden Sie unsere Einrichtung weiterempfehlen? Nein Ja



Falls ja:

Welcher Schulnote würde Ihre Empfehlung entsprechen?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

09.02.2011

Anregungen, Kritik und Lob

Möchten Sie uns vielleicht Anregungen, Kritik oder ein Lob mitteilen, dann nutzen Sie dieses Formular. Damit helfen Sie uns, die Qualität in der Klinik weiter zu verbessern. Bitte geben Sie Ihre Personalien an, Sie haben aber auch die Möglichkeit, das Formular anonym auszufüllen. Werfen Sie den ausgefüllten Bogen in einen der Stationsbriefkästen hier in der Klinik oder geben Sie ihn bei der Information ab. Ihre Anregungen, Wünsche oder Kritik werden wir schnellstmöglich bearbeiten. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Es geht um (Name d. Patienten): _____ Auf der Station: _____

Mein Name: _____

Meine Telefonnummer für Rückfragen: _____

Meine Adresse: _____

Rückmeldung erwünscht: ja nein

Inhalt der Anregungen, der Kritik bzw. des Lobs (Stichpunkte):

Lösungserwartungen und/oder Lösungsvorschläge:

Hessisch Oldendorf, den _____

Das ausgefüllte Formular bitte an Frau Tümpel (QMB) weiterleiten

*Dieser Bereich wird von den Klinikmitarbeitern ausgefüllt und bearbeitet.
Welche Maßnahmen wurden von den Mitarbeitern ergriffen?*

Hessisch Oldendorf, den _____

Unterschrift

Unterschrift in Blockschrift

Zur Erledigung an _____ am _____ weitergeleitet

Kontaktaufnahmebogen – für Angehörige/ Betreuer

Gewünschter Kontakt:

- | | | | |
|--|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arzt | <input type="checkbox"/> Klinikseelsorge | <input type="checkbox"/> Pflegedienst | <input type="checkbox"/> Sozialdienst |
| <input type="checkbox"/> Arbeitstherapie (Techn. Zeichnen, Metall, Holz) | <input type="checkbox"/> Neuropädagogik | | |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie | <input type="checkbox"/> Physikalische Therapie/ Badeabteilung | | |
| <input type="checkbox"/> Hauswirtschaft / Lehrküche | <input type="checkbox"/> Physiotherapie/ Krankengymnastik | | |
| <input type="checkbox"/> Klinische Neuropsychologie | <input type="checkbox"/> Sprachtherapie | | |
| <input type="checkbox"/> Kognitive Frührehabilitation | | | |

Es geht um (Name d. Patienten): _____ Auf der Station: _____

Mein Name/Soz. Beziehung zum Pat.: _____

Ich bin tagsüber zu erreichen unter der Telefonnummer: _____

Meine Adresse:

Hessisch Oldendorf, den _____

Nachdem Sie diesen Bogen in den Briefkasten geworfen haben, rufen wir Sie schnellstmöglich an, um mit Ihnen einen Termin zu vereinbaren.

Dieser Bereich wird von den Klinikmitarbeitern ausgefüllt und bearbeitet.

Wann wurde zu dem Angehörigen Kontakt aufgenommen? _____

Wann fand das gewünschte Gespräch statt? _____

Inhalt des Gesprächs:


Hessisch Oldendorf, den _____


Unterschrift


Unterschrift in Blockschrift


Das ausgefüllte Formular bitte an Frau Tümpel (QMB) weiterleiten

Tiergestützte Therapie in der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf

Name	Hanna	
Tierart	Meerschweinchen Glatthaar	
Geschlecht	weiblich	
Geburtsdatum	Januar 2011	
Tierärztliche Behandlungen	Siehe Tierbestandbuch Krankheiten auflisten	
Herkunft	Unbekannt, Notstation	

Name	Mumble	
Tierart	Meerschweinchen Rosette - Angora	
Geschlecht	weiblich	
Geburtsdatum	April 2011	
Tierärztliche Behandlungen		
Herkunft	Unbekannt, Notstation	

Name	Tiff	
Tierart	Meerschweinchen Sheltie	
Geschlecht	weiblich	
Geburtsdatum	April 2011	
Tierärztliche Behandlungen		
Herkunft	Unbekannt, Notstation	

Name	Yuki	
Tierart	Meerschweinchen US Teddy	
Geschlecht	weiblich	
Geburtsdatum	Oktober 2009	
Tierärztliche Behandlungen		
Herkunft	Unbekannt, Notstation	