



Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Klinik für Neurologie und Neuropsychiatrie

Standorte

Heiligenhafen

Preetz und

Kiel-Elmschenhagen

Qualitätsbericht

Inhaltsverzeichnis 3

Basisteil 2

A *Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses* **4**

A-1.1	Allgemeine Merkmale des Krankenhauses	4
A-1.2	Institutskennzeichen des Krankenhauses	4
A-1.3	Name des Krankenhauses	4
A-1.4	Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?	4
A-1.5	Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108/109 SGB V	4
A-1.6	Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten	4
A-1.7 A	Fachabteilungen	5
A-1.7 B	Top-30 DRG	6
A-1.8	Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote	8
A-1.9	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	8
A-2.0	Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	9
A-2.1	Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten	9
A-2.1.1	Apparative Ausstattung	9
A-2.1.2	Therapeutische Möglichkeiten	10

B *Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses* **11**

B-1.1.1	Name der Fachabteilung	11
B-1.1.2	Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung	11
B-1.1.3	Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung	12
B-1.1.4	Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung	12
B-1.1.5	Mindestens die Top-10 DRG	13
B-1.1.6	Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr	13
B-1.1.7	Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr	13
B-1.2.1	Name der Fachabteilung	14
B-1.2.2	Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung	14
B-1.2.3	Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung	14
B-1.2.4	Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung	14
B-1.2.5	Top-10 DRG	14
B-1.2.6	Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr	14
B-1.2.7	Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr	15
B-1.3.1	Name der Fachabteilung	16
B-1.3.2	Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung	16

B-1.3.3	Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung	16
B-1.3.4	Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung	16
B-1.3.5	Top-10 DRG	17
B.1.3.6	Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr	18
B-1.3.7	Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr	19
B-1.4.1	Name der Fachabteilung	20
B-1.4.2	Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung	20
B-1.4.3	Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung	20
B-1.4.4	Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung	20
B-1.4.5	Top-10 DRG	21
B.1.4.6	Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr	21
B-1.4.7	Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr	22
B-2	Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	23
B-2.1	Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V	23
B-2.2	Top-5 der ambulanten Operationen	23
B-2.3	Sonstige ambulante Leistungen	23
B-2.4	Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst	24
B-2.5	Personalqualifikation im Pflegedienst	24
C	Qualitätssicherung	25
C-1	Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	25
C-2	Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V	25
C-3	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	25
C-4	Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)	25
C-5.1	Umfang der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	25
C-5.2	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	25
Systemteil		26
D	Qualitätspolitik	26
E	Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	28
E-1	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	28
E-2	Qualitätsbewertung	32
E-3	Ergebnisse der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	35
F	Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	36
F-1	Qualitätsbericht Fortbildung	36
F-2	Qualitätsbericht Diätberatung	37
F-3	Qualitätsbericht Stellenbeschreibung	37
F-4	Qualitätsbericht Unfallmeldung	38
G	Weitergehende Informationen	39

Basisteil

A *Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses*

A-1.1 *Allgemeine Merkmale des Krankenhauses*

Straße: Friedrich-Ebert-Str. 100
PLZ und Ort: 23774 Heiligenhafen
Postfach: ohne Nummer
Postfach und Ort: 23771 Heiligenhafen
E-Mail-Adresse: info@psychatrium.de
Internetadressen: www.psychatrium.de; www.ameos.de

A-1.2 *Institutionskennzeichen des Krankenhauses*

Institutionskennzeichen: 260100660

A-1.3 *Name des Krankenhausträgers*

Krankenhausträger:
2004: [psychatrium](http://www.psychatrium.de) GRUPPE AöR
2005: [psychatrium](http://www.psychatrium.de) GRUPPE gGmbH, ein Unternehmen der AMEOS Gruppe

A-1.4 *Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?*

Nein

A-1.5 *Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12.2004)*

Anzahl Betten: 317

A-1.6 *Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:*

Stationäre Patienten: 4.691
Ambulante Patienten: 1.045

A-1.7 A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik:	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)	Poliklinik/ Ambulanz ja (j) / nein(n)
1500	Chirurgie	5	224	BA	n
2800	Klinik für Neurologie und Neuropsychiatrie	36	737	HA	n
2900	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	232	3379	HA	j
2960	Psychiatrische Tagesklinik	15	166	HA	j



A-1.7 B Mindestens Top 30 DRG

(nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr 2004

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	I68	Nicht operativ behandelte Krankheiten oder Verletzungen im Wirbelsäulenbereich (z. B. Lenden- und Kreuzschmerzen)	179
2	B70	Schlaganfall	130
3	B76	Anfälle	124
4	B68	Chronische entzündliche Erkrankung des Zentralnervensystems (= Multiple Sklerose) oder Erkrankung des Kleinhirns mit Störungen des Bewegungsablaufs in Rumpf und Gliedmaßen	85
5	B67	Chronische Krankheiten mit Funktionsverlust und Zerstörung von Nervenzellen (v. a. Parkinsonsche Krankheit)	70
6	I18	Sonstige Operationen an Kniegelenk, Ellenbogengelenk oder Unterarm	68
7	B69	Kurzzeitige (bis 24 Stunden) Nervenfunktionsausfälle aufgrund einer Hirndurchblutungsstörung oder Durchblutungsstörungen am Hals (z. B. Halsschlagader)	58
8	B71	Krankheiten der Hirnnerven oder Nervenkrankheiten außerhalb des Gehirns und Rückenmarks	56
9	D61	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel)	34
10	I16	Sonstige Operationen am Schultergelenk (z. B. Schlüssellochoperation am Dach des Schultergelenks)	27
11	I69	Knochen- und Gelenkkrankheiten (z. B. Polyarthrit, Hüft- oder Kniearthrose)	19
12	B81	Sonstige Krankheiten des Nervensystems (z. B. Stürze unklarer Ursache, Sprachstörungen, Störung der Bewegungsabläufe etc.)	12
12	B66	Krebserkrankung des Gehirns, Rückenmarks oder sonstiger Nerven	12
14	G09	Operationen von Eingeweidebrüchen (= Hernien), die am Leisten- oder Schenkelkanalband austreten	11
14	B77	Kopfschmerzen	11
14	B63	Altersschwachsinn (= Demenz, Alzheimer) oder sonstige chronische Krankheiten der Hirnfunktion	11
17	I30	Komplexe Operationen am Kniegelenk (z. B. Schlüssellochoperation bei Meniskusschäden)	10
17	G08	Operationen von Eingeweidebrüchen (= Hernien), die an Bauchwand oder Nabel austreten	10
17	B80	Sonstige Kopfverletzungen (z. B. Gehirnerschütterung)	10
20	B74	Meist psychisch bedingter Starrezustand oder Koma, nicht durch Unfall verursacht	8

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
21	U65	Angststörungen	7
21	G11	Sonstige Operation am After	7
23	I20	Operationen am Fuß	6
23	F73	kurzdauernde Bewusstlosigkeit, Ohnmacht	6
23	B60	Vorbestehende Lähmung von Armen und Beinen	6
26	I62	Oberschenkelhals- oder Beckenbruch	5
26	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	5
28	I71	Muskel oder Sehnenkrankheiten (z. B. Rheuma)	4
28	I65	Bindegewebskrebs, einschließlich Bruch eines erkrankten Knochens ohne Gewalteinwirkung	4
28	D68	Krankheiten an Ohr, Nase, Mund oder Hals, ein Belegungstag	4

A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote

(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

- Depressionen (alle Schweregrade)
- Schizophrenie
- Angststörungen
- qualifizierter Entzug von Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten
- stationäre und tagesklinische Entwöhnungsbehandlung nach Kurzzeitkonzept
- ambulante fachpsychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Altersschwachsinn (Demenz, Alzheimer) oder sonstige chronische Krankheiten der Hirnfunktion
- allgemeine neurologische Notfallversorgung
- Schlaganfallbehandlung
- Chronisch entzündliche Erkrankungen des Nervensystems (Multiple-Sklerose-Behandlung)
- Neurologische Schmerzbehandlungen
- Veitstanz (Chorea-Huntington-Spezialstation)
- Diagnostik und Behandlung des gesamten Spektrums seelischer Erkrankungen

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? Ja

A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

- ambulante Entwöhnungsbehandlungen (Alkohol, Medikamente, illegale Drogen)
- ambulante Drogensubstitutionsbehandlungen (Methadon)
- ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung
- Ambulante Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen einer psychiatrisch – psychotherapeutischen Institutsambulanz
- Neurophysiologische Untersuchungen
- Beratung von Patienten und ihren Angehörigen mit Veitstanzerkrankungen (Chorea Huntington)

A-2.0 *Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?*

keine

A-2.1 *Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten*

A-2.1.1 *Apparative Ausstattung*

	Vorhanden		Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Computertomographie (CT)	Ja		Ja	
Magnetresonanztomographie (MRT)		Nein		Nein
Herzkatheterlabor		Nein		Nein
Szintigraphie		Nein		Nein
Positronenemissionstomographie (PET)		Nein		Nein
Elektroenzephalogramm (EEG)	Ja		Ja	
Angiographie		Nein		Nein
Schlaflabor		Nein		Nein
Elektroneurographie (ENG)	Ja			Nein
Elektromyographie (EMG)	Ja			Nein
Registrierung evozierter Potenziale	Ja			Nein
Farbduplex-Sonographie	Ja			Nein
Doppler-Sonographie	Ja			Nein
Sonographie	Ja			Nein
Elektrokardiogramm (EKG)	Ja		Ja	
Gastroskopie	Ja			Nein

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

	Vorhanden	
Physiotherapie	Ja	
Dialyse		Nein
Logopädie	Ja	
Ergotherapie	Ja	
Schmerztherapie	Ja	
Eigenblutspende		Nein
Gruppenpsychotherapie	Ja	
Einzelpsychotherapie	Ja	
Psychoedukation	Ja	
Thrombolyse		Nein
Bestrahlung		Nein
Familientherapie	Ja	
Psychiatrisch-ärztliche Behandlung	Ja	
Entspannungsverfahren	Ja*	
Lichttherapie	Ja*	

* Preetz



B-1.1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1.1 Name der Fachabteilung

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Kompetenzzentrum für Menschen mit geistigen Behinderungen

Psychiatrisch-Psychotherapeutische Station am Standort Preetz

Klinik für Abhängigkeitserkrankungen Kiel-Elmschenhagen

B-1.1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Allgemein- und Sozialpsychiatrie:

- Umfassende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten für das Gesamtgebiet seelischer Störungen und Erkrankungen
- Körperlich-seelische Behandlungsverfahren (medikamentöse Therapie, Licht- und Wachtherapie)

Psychotherapeutische Medizin:

- Psychotherapieverfahren [tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie, ggf. dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)]
- Entspannungsverfahren (autogenes Training, progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen, respiratorisches Feedback)
- Gerontopsychiatrie und geriatrische Erkrankungen
- Kompetenzzentrum für Menschen mit geistiger Behinderung:
- Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen mit akuten Erkrankungen
- Abteilungsübergreifend werden Ergotherapie, Beschäftigungstherapie, Musiktherapie, Logopädie, Sporttherapie, Physiotherapie und Therapie mit Pferden (Hippotherapie) angeboten.

Standort Kiel-Elmschenhagen

- ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung von abhängigkeiterkrankten Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren (Alkohol, Medikamente, illegale Drogen)

Standort Preetz

- Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Prävention psychischer Erkrankungen des gesamten Spektrums der Allgemein- und Gerontopsychiatrie (Standort Preetz)

B-1.1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

- Spezialisierung auf die Behandlung depressiv erkrankter Menschen
- Aufnahme von seelisch erkrankten Wöchnerinnen zusammen mit ihren Säuglingen (Mutter-Kind-Projekt)
- Behandlung von komplex-traumatisierten Personen
- Behandlung von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Aufnahme von drogenabhängigen Eltern bzw. alleinerziehenden Personen zusammen mit ihren Kindern (Julia-Projekt)
- Substitutionsbehandlung von drogenabhängigen Patientinnen und Patienten (Kiel)
- ambulante Nachsorge im Anschluss an stationäre Behandlung (Kiel)
- Psychiatrisch - Psychotherapeutische Institutsambulanz und Nachsorge im Anschluss an stationäre Behandlungen (Preetz)

B-1.1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

- Nachbehandlung nach Operation, sofern die Patientinnen und Patienten aufgrund geistiger Behinderung und Problemen mit der Therapietreue (Compliance) im Krankenhaus der Regelversorgung nicht zu versorgen sind

12

Standort Kiel Elmschenhagen

- psychiatrisch-psychotherapeutische Institutsambulanz mit allgemeinspsychiatrischen und suchtmmedizinischen Schwerpunkten

Standort Preetz:

- Institutsambulanz
- Hausbesuche
- Sozialdienst
- Angehörigenarbeit

B-1.1.5 Mindestens die Top-10 DRG

Die Leistungen in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie werden nicht nach DRG ausgewiesen und abgerechnet.

B-1.1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr 2004

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	F10	937	Seelische Störungen und Verhaltensstörungen durch Alkohol
2	F19	535	Seelische Störungen und Verhaltensstörungen durch mehrere Substanzen und Konsum anderer Substanzen, die die Seele beeinflussen
3	F20	332	Schizophrenie
4	F32	262	Depressive Episode
5	F05	245	seelische Störung mit körperlicher Ursache (Delir)
6	F33	188	wiederholte depressive Störung
7	F11	127	Seelische Störungen und Verhaltensstörungen durch starke Schmerzmittel (Opioide)
8	F60	112	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
9	F43	80	Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
10	F06	63	Hirnfunktionsstörung als Folge einer anderen Erkrankung (Organische affektive Störungen)
11	F25	59	Kombination von schizophrenen und manisch-depressiven Krankheitszeichen (Schizoaffektive Störung)
12	F31	57	Manisch-depressive Erkrankung
13	F23	39	Akute psychotische Störung
14	F41	35	Panikstörung

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierichtlinien.

B-1.1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr 2004

In der Klinik für Psychiatrie werden keine Operationen bzw. Eingriffe durchgeführt.

B-1.2 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.2.1 Name der Fachabteilung

Psychiatrische Tagesklinik

B-1.2.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Therapieprogramm für Patientinnen und Patienten mit schizophrenen Erkrankungen, Depressionen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.

Öffnungszeiten: Montag bis Freitag von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr

B-1.2.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

keine

B-1.2.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Eine psychiatrische Institutsambulanz ist der Tagesklinik angegliedert.

B-1.2.5 Mindestens die Top-10 DRG

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr 2004

Die Leistungen in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie werden nicht nach DRG ausgewiesen und abgerechnet.

B-1.2.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr 2004

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	F32	34	Depressive Episode
2	F33	28	wiederholte depressive Störung
3	F41	13	Panikstörung
4	F31	8	Manisch-depressive Erkrankung
5	F43	7	Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
6	F20	6	Schizophrenie
6	F25	6	Kombination von schizophrenen und manisch-depressiven Krankheitszeichen (Schizoaffektive Störung)
8	F60	5	Persönlichkeitsstörungen

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
9	F12	3	Psychische und Verhaltensstörung durch Haschisch
10	F23	2	Akute psychotische Störung
11	F40	2	Phobie

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.2.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr 2004

In der Klinik für Psychotherapie werden keine Operationen bzw. Eingriffe durchgeführt.



B-1.3 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.3.1 Name der Fachabteilung

Klinik für Neurologie und Neuropsychiatrie

B-1.3.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

- Neurologische Diagnostik und Akuttherapie neurologischer Erkrankungen
- Liquordiagnostik
- Computertomographie

B-1.3.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

- Schmerzbehandlungen, insbesondere im Wirbelsäulenbereich
- Behandlung von Schlaganfällen
- Behandlung von chronisch entzündlichen Erkrankungen des Zentralnervensystems (Multiple Sklerose)
- alle gängigen physiotherapeutischen Verfahren

16

B-1.3.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

- Spezialstation für Menschen mit der Huntington Erkrankung
- neurologische Schmerztherapie
- farbliche Darstellung mit Ultraschall bei Erkrankungen von Gefäßen im Kopfbereich (extra- und intrakranielle Farbduplexsonographie)
- Behandlung neurologischer Störungen z. B. Epilepsie

B-1.3.5 Mindestens die Top-10 DRG

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr 2004

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	I68	Nicht operativ behandelte Krankheiten oder Verletzungen im Wirbelsäulenbereich (z. B. Lenden- und Kreuzschmerzen)	164
2	B70	Schlaganfall	130
3	B76	Anfälle	124
4	B68	Chronisch entzündliche Erkrankung des Zentralnervensystems (= Multiple Sklerose) oder Erkrankung des Kleinhirns mit Störungen des Bewegungsablaufs in Rumpf und Gliedmaßen	85
5	B67	Chronische Krankheiten mit Funktionsverlust und Zerstörung von Nervenzellen (z.B. Parkinsonsche Krankheit)	69
6	B69	Kurzzeitige (bis 24 Stunden) Nervenfunktionsausfälle aufgrund einer Hirndurchblutungsstörung oder Durchblutungsstörungen am Hals (z. B. Halsschlagader)	58
7	B71	Krankheiten der Hirnnerven oder Nervenkrankheiten außerhalb des Gehirns und Rückenmarks	56
8	D61	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel)	34
9	I69	Knochen- und Gelenkkrankheiten (z. B. Polyarthrit, Hüft- oder Kniearthrose)	15
10	B81	Sonstige Krankheiten des Nervensystems (z. B. Stürze unklarer Ursache, Sprachstörungen, Störung der Bewegungsabläufe etc.)	12
10	B66	Krebserkrankung des Gehirns, Rückenmarks oder sonstiger Nerven	12
12	B77	Kopfschmerzen	11
12	B63	Altersschwachsinn (= Demenz, Alzheimer) oder sonstige chronische Krankheiten der Hirnfunktion	11
14	B80	Sonstige Kopfverletzungen (z. B. Gehirnerschütterung)	8
14	B74	Meist psychisch bedingter Starrezustand oder Koma, nicht durch Unfall verursacht	8
16	U65	Angststörungen	7
17	F73	Kurzdauernde Bewusstlosigkeit, Ohnmacht	6
17	B60	Vorbestehende Lähmung von Armen und Beinen	6
19	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	5
19	B64	Bewusstseinsstörung mit starker Bewegungsunruhe	5
21	D68	Krankheiten an Ohr, Nase, Mund oder Hals, ein Belegungstag	4
21	B78	Verletzungen im Schädelinneren	4
21	B72	Infektion des Nervensystems, jedoch nicht: Entzündung der Hirnhäute durch Viren (= Virusmeningitis)	4

B-1.3.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr 2004

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	I63	111	Schlaganfall aufgrund eines Hirngefäßverschlusses
2	G40	111	Anfallsleiden (= Epilepsie)
3	G35	86	chronisch entzündliche Erkrankung des Gehirns (= Multiple Sklerose)
3	M51	86	Sonstige Bandscheibenschäden (v.a. im Lendenwirbelsäulenbereich)
5	M54	68	Rückenschmerzen
6	G45	57	Kurzzeitige, max. 24 Stunden andauernde Hirndurchblutungsstörung mit neurologischen Funktionsdefiziten
7	G10	44	Veitstanz (Chorea Huntington)
8	H81	27	Funktionsstörungen der Gleichgewichtsnerven, meist in Form von Gleichgewichtsstörungen
9	G20	27	Abbauerkrankung eines bestimmten Hirngebiets (= primäre Parkinson-Krankheit)
10	I67	23	Sonstige Erkrankungen der Blutgefäße des Gehirns

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.3.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr 2004

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolut Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	3-200	664	Röntgenaufnahme des Schädels in Schichten
2	1-207	597	Messung von Hirnströmen (EEG)
3	3-203	159	Röntgenaufnahme der Wirbelsäule und des Rückenmark in Schichten
4	1-208	118	Hirnstrommessung nach Stimulation
5	1-206	82	Aufzeichnung der Nervenleitgeschwindigkeit
6	1-205	70	Messung von Muskelströmen (EMG)
7	1-204	57	Untersuchung des Nervenwassers
8	8-810	53	Transfusion von Blutplasma, Blutplasmabestandteilen und/oder gentechnisch hergestellten Plasmaeiweißen
9	8-918	31	fachübergreifende Schmerztherapie mit mehreren Ansätzen
10	3-820	27	Schichtaufnahme des Schädels mittels magnetischer Felder und Kontrastmittel
11	3-802	18	Schichtaufnahme von Wirbelsäule und Rückenmark mittels magnetischer Felder
11	3-800	18	Schichtaufnahme des Schädels mittels magnetischer Felder
11	3-220	18	Röntgenaufnahme des Schädels in Schichten mit Kontrastmittel



B-1.4 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.4.1 Name der Fachabteilung

Klinik für Chirurgie

B-1.4.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

- ambulante und stationäre Behandlung von chirurgischen und orthopädischen Erkrankungen
- ambulante und stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten nach einem Unfall (Zulassung von der Berufsgenossenschaft liegt vor.)
- ambulante, tagesklinische und stationäre Operationen

B-1.4.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

- Operationen mit Hilfe eines Spezialinstruments (Arthroskopische Operationen)
- Operationen am Enddarm (proktologische Operationen)
- Operationen von Eingeweidebrüchen (Hernienchirurgie)
- Krampfaderchirurgie (Varizenchirurgie)
- Fußchirurgie

B-1.4.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

- Sämtliche Räumlichkeiten sind rollstuhlgerecht
- Röntgen
- Computertomographie
- Ultraschall
- Labor
- Chirotherapie
- Sportmedizin
- Rehawesen
- Magnetfeldtherapie
- Venentherapie (Phlebologie), einschließlich Verödung von Krampfadern
- physikalische Therapie
 - Streckbehandlung (Extensionsbehandlung)
 - Wärme- und Kältetherapie
 - Behandlung mit elektrisch geladenen Teilchen (Iontophorese)
 - Elektrotherapie mit Wechselströmen (Nemectrodynbehandlung)

B-1.4.5 Mindestens die Top-10 DRG

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr 2004

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	I18	Sonstige Operationen an Kniegelenk, Ellenbogengelenk oder Unterarm	67
2	I16	Sonstige Operationen am Schultergelenk (z. B. Schlüssellochoperation am Dach des Schultergelenks)	27
3	I68	Nicht operativ behandelte Krankheiten oder Verletzungen im Wirbelsäulenbereich (z. B. Lenden- und Kreuzschmerzen)	15
4	G09	Operationen von Eingeweidebrüchen (= Hernien), die am Leisten- oder Schenkelkanalband austreten	11
5	G08	Operationen von Eingeweidebrüchen (= Hernien), die an Bauchwand oder Nabel austreten	10
5	I30	Komplexe Operationen am Kniegelenk (z. B. Schlüssellochoperationen bei Meniskusschäden)	10
7	G11	Sonstige Operation am After	7
8	F20	Entfernung von Krampfadern	6
8	I20	Operationen am Fuß	6
10	I62	Oberschenkelhals- oder Beckenbruch	5

B-1.4.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr 2004

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klerschrift (deutsch)
1	M17	30	Nichtentzündliche, altersbedingte Kniegelenkserkrankung (Arthrose)
1	M75	30	Schulterläsionen
3	M23	17	Binnenschädigung des Kniegelenkes
4	M80	12	Knochenentkalkung mit Brüchen
5	K40	11	Leistenbruch
5	S83	11	Ausrenkung, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes
7	M48	10	Sonstige Wirbelabnutzungen

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
8	K43	8	Bauchbruch
8	S22	8	Bruch eines Brustwirbels
10	M22	7	Knorpelerweichung der Kniescheibe

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodier Richtlinien.

B.-1.4.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr 2004

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolut Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5-812	78	Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken mit Hilfe eines Spezialinstruments (Arthroskop)
2	5-811	31	Operation an der Gelenkschmiere mit Hilfe eines Spezialinstruments (Arthroskop)
3	5-814	30	Operation des Schultergelenks mit Hilfe eines Spezialinstruments (Arthroskop)
4	5-530	12	Verschluss einer Leistenhernie
5	5-431	11	Legen einer Magensonde durch die Bauchdecke
6	5-804	10	Offen chirurgische Operation an der Kniescheibe
7	5-787	8	Entfernung von mechanischen Hilfsmitteln nach operativer Vereinigung der Knochenbruchenden
7	5-788	8	Operationen des Fußes
9	5-385	7	Unterbindung, Ausschneidung und Entfernung von Krampfadern
10	5-895	6	Radikale und ausgedehnte Ausschneidung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
10	5-536	6	Verschluss eines Narbenbruchs
11	5-813	5	Operation des Kniegelenks mit Hilfe eines Spezialinstruments (Arthroskop)
12	1-654	4	Diagnostische Darmspiegelung
12	5-493	4	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
12	5-865	4	Fußamputation
12	8-158	4	Therapeutische Punktion eines Gelenkes durch die Haut

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 *Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V*

Gesamtzahl im Berichtsjahr 2004: 0

B-2.2 *Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen*

Es wurden keine ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V durchgeführt.

B-2.3 *Sonstige ambulante Leistungen*

(Fallzahl für das Berichtsjahr 2004)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)	0 (Fälle)
Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)	546 Fälle
Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)	0 Fälle
Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)	0 Fälle



B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst

(Stichtag 31.12.2004)

Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
Neurologie	4	0	4
Allgemeine Psychiatrie	27	13	14
Gesamt	31	13	18

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 5

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst

(Stichtag 31.12.2004)

Abteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil der examinierten Krankenschwestern/ -pfleger (3 Jahre)	Prozentualer Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/ in (1 Jahr)
Neurologie	16	100%	0,0%	0,0%
Allgemeine Psychiatrie	150	73,3%	7,7%	19,0 %
Chirurgie	3	100%	0,0%	0,0%
Gesamt	169	76,4%	6,8%	16,8%

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Zugelassene Krankenhäuser sind gesetzlich zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Es werden keine Leistungen erbracht, für die eine externe Qualitätssicherung vorgeschrieben ist.

C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V

Eine Aufstellung der einbezogenen Leistungsbereiche findet im Qualitätsbericht im Jahr 2007 Berücksichtigung.

C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)

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

C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease - Management - Programmen (DMP)

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP - Qualitätssicherungsmaßnahmen teil:

Es werden keine Leistungen nach DMP erbracht.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs.1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Es werden keine Leistungen erbracht, die der Mindestmengenregelung unterliegen.

C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Entfällt

D Qualitätspolitik

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

Die *psychatrium* GRUPPE erfüllt Aufgaben der Versorgung der Bevölkerung mit psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosozialen, neurologischen sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen. Sie betreibt Krankenhäuser, Tageskliniken, Ambulanzen, Fachpflegeeinrichtungen, Eingliederungseinrichtungen und eine Klinik für forensische Psychiatrie. Zur Zeit ist die *psychatrium* GRUPPE an sieben Standorten in Schleswig-Holstein tätig. Ein achter Standort befindet sich im Aufbau.

Unsere Grundannahmen für die Entwicklung der Qualitätspolitik der *psychatrium* GRUPPE bestanden in folgenden Überlegungen:

- Qualitätsmanagement stellt die Menschen in den Mittelpunkt, insbesondere Patientinnen und Patienten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
- Qualitätsmanagement bedeutet einen Entwicklungsprozess langfristig und systematisch zu gestalten.
- Jedes erreichte Qualitätsniveau kann nur Ausgangspunkt für eine Weiterentwicklung sein. Dies wird unter dem Begriff kontinuierlicher Verbesserungsprozess zusammengefasst.
- Die Leistungen der *psychatrium* GRUPPE werden im Behandlungsteam erbracht. Daher muss das Qualitätsmanagement standort-, bereichs-, hierarchie- und berufsgruppenübergreifend ausgerichtet sein.
- Qualitätsziele werden auf der Basis der Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten festgelegt.
- Gerade in Dienstleistungsbereichen wie dem Gesundheitswesen kommt dem Qualitätsmanagement eine herausragende Bedeutung zu. Da die Qualitätsbewertung bei Dienstleistungen immer erst nach der eigentlichen Inanspruchnahme durchgeführt werden kann, ist uns das gewährte Vertrauen Aufgabe und Ansporn zugleich.

In einem aufwändigen Prozess haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der *psychatrium* GRUPPE eine gemeinsame Leitlinie entwickelt und kontinuierlich intern kommuniziert. Dieses Leitbild bildet die gemeinsame Wertegrundlage unserer Tätigkeiten. Auf sie bauen nicht nur unsere oben formulierten Grundannahmen auf, sondern auch unsere Zielsetzungen und Handlungsabläufe.

“Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, Menschen mit psychischen und neurologischen Erkrankungen sowie geistigen und seelischen Behinderungen umfassende und vielseitige Hilfen anzubieten. ... Unsere Vision ist, dass psychisch erkrankte und behinderte Menschen ein zufriedenes Leben führen können und ihnen alle Möglichkeiten offen stehen, die auch für andere selbstverständlich sind.”

So beginnt bzw. endet unser gemeinsames Leitbild. Es verbindet und ist verbindlich. Wir fassen unseren Versorgungsauftrag unter dem Satz

„professionelle Hilfen – einfach menschlich“

zusammen. Er beschreibt die Gleichwertigkeit und den Einklang von Fachlichkeit und Menschlichkeit.

In unserem Leitbild haben wir unsere gemeinsamen Ziele festgelegt:

- Wir bieten allen Patientinnen und Patienten eine auf die individuellen Bedürfnisse ausgerichtete Therapieform an.
- Wir begegnen den einzelnen Lebensgeschichten mit Würde. Freundlichkeit, Verständnis und Respekt sind uns dabei genauso wichtig wie ein vertrauensvolles Klima und der Einsatz für unsere Patientinnen und Patienten.
- Wir sind stolz auf unsere hohe fachliche und soziale Kompetenz und auf unsere Teamarbeit, die auf gegenseitiger Achtung und Akzeptanz beruht. Leitende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nehmen bei uns eine Vorbildfunktion ein. An Entscheidungsprozessen beteiligen wir möglichst viele in der *psychatrium* GRUPPE tätige Menschen.
- Wir nutzen den wissenschaftlichen Fortschritt und sind aufgeschlossen für neue Impulse.

Mit unserem gemeinsamen Leitbild können wir gewährleisten, dass wir alles in unserer Kraft stehende einsetzen, um die bestmöglichen Behandlungsergebnisse und das optimale Qualitätsniveau zu erreichen.



E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus

Die Leitung unseres zentralen Qualitätsmanagement haben wir organisatorisch direkt in der Geschäftsführung angesiedelt. Damit wollen wir die hohe Bedeutung, die wir diesem Bereich zu-messen, zeigen und sicherstellen.

Der Lenkungsausschuss der *psychatrium* GRUPPE ist das oberste Gremium. Ständige Mitglieder sind der Geschäftsführer, die Direktoren der vier Geschäftsbereiche *behandeln*, *pfllegen*, *einglie-dern* und *Forensik*, eine Vertretung aus dem Personalrat und die Leiter der Bereiche Qualitäts- und Projektmanagement, die eine fachlich beratende Funktion einnehmen.

Organisation:

1. Den Vorsitz führt der Geschäftsführer der *psychatrium* GRUPPE. Er lädt zu den Sitzungen un-ter Angabe der Agenda ein. Themenwünsche für die jeweiligen Sitzungen werden rechtzeitig vor dem Sitzungszeitpunkt eingereicht.
2. Von jeder Sitzung wird ein Ergebnisprotokoll erstellt. Das Protokoll erhalten alle Mitglieder des Lenkungsausschusses der *psychatrium* GRUPPE.
3. Die Leiter der Qualitätsausschüsse der *psychatrium* GRUPPE (s. Organisationsstruktur des Qualitätsmanagements) informieren ihre jeweiligen Mitglieder und verteilen gegebenenfalls die Protokolle des Lenkungsausschusses.

Aufgaben des Lenkungsausschuss:

1. Die Ausrichtung der Qualitätspolitik der *psychatrium* GRUPPE wird im Lenkungsausschuss übergreifend für alle Geschäftsbereiche an allen Standorten mit Blick auf Strategie und Politik des Unternehmens festgelegt.
2. Er legt die Aufbauorganisation des Qualitätsmanagements fest.
3. Er entscheidet über die Umsetzung strategischer Qualitätsmaßnahmen.
4. Er stellt alle notwendigen Ressourcen für die beschlossenen Qualitätsmaßnahmen zur Verfü-gung.
5. Er ruft bereichsübergreifende Qualitätszirkel ein.
6. Es finden regelmäßige Tagungen statt.
7. Die Protokolle werden an alle Mitglieder der Qualitätsausschüsse geschickt.

Dieser normativen Leitungsebene ist eine strategische Ebene nachgeordnet. Sie gliedert sich in insgesamt fünf Qualitätsausschüsse. Neben den vier Geschäftsbereichen haben wir auch einen Qualitätsausschuss für die Zentralen Dienste (Verwaltung, Service) eingerichtet. Sie werden jeweils von den Qualitätsbeauftragten geleitet und treffen sich regelmäßig. Sämtliche Sitzungen werden protokolliert. Dadurch kann der jeweilige Fortschritt gut dokumentiert werden.

Die Qualitätsbeauftragten sind alle für diese Tätigkeit ausgebildet worden. Sie kommen aus unterschiedlichen Berufsgruppen und haben diese zusätzliche Tätigkeit aus eigenem Interesse an einer hohen Qualität unserer Arbeit übernommen.

Aufgaben der Stabsstelle Qualitätsmanagement

Es wurde eingangs bereits erwähnt, dass die Leitung des Qualitätsmanagements direkt dem Geschäftsführer unterstellt ist. Zusammen mit dem Projektmanagement und dem Bereich Kommunikation/Marketing ist es ein wichtiger Teil des Stabsbereichs Unternehmensentwicklung. An diesem Begriff und der organisatorischen Zuordnung ist erkennbar, dass wir insbesondere der weiteren Steigerung unserer Qualität besondere Bedeutung beimessen.

Nach unserem Geschäftsverteilungsplan sind folgende Aufgaben im zentralen Qualitätsmanagement angesiedelt:

1. Unterstützung, Beratung und Information des Geschäftsführers und ggf. anderer Gremien bei sämtlichen Daten und Maßnahmen zu internen und externen Fragen des Qualitätsmanagements. Besondere Berücksichtigung gilt den jeweils aktuellen gesetzlichen Bestimmungen.
2. Einführung, Betreuung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Hierzu zählen beispielsweise Standardbeschreibungen von Arbeitsabläufen (z. B. Aufnahme- und Entlassungsverfahren, Wartezeiten bei Aufnahmen, Dauer der Arztbriefschreibung usw. mit Auswertung der Ergebnisse und Vorschlägen zur Optimierung), die ständige Erhebung der Zufriedenheit der Patienten ("Qualitätsmonitoring") mit vielschichtigen, auch internen Vergleichsanalysen, Erfassung, Auswertung und Verbesserung von verschiedenen Fragestellungen (Dekubitusmanagement, besondere Vorkommnisse, Erarbeitung von Behandlungspfaden) oder Arbeiten zur Optimierung des Dokumentationssystems.
3. Sämtliche Qualitätsmaßnahmen werden fachlich begleitet und gemeinsam mit dem Projektmanagement zentral koordiniert.
4. Darstellung der Qualitätsmanagementmaßnahmen gegenüber der Öffentlichkeit, z.B. in Form dieses strukturierten Qualitätsberichts.
5. Im Falle einer Zertifizierung der **psychatrium GRUPPE** werden diese Arbeiten zentral durch das Qualitätsmanagement geleitet.
6. Qualität beschränkt sich bei uns nicht nur auf den direkt vom Patienten wahrnehmbaren Bereich. So haben wir den Leiter des Qualitätsmanagements beispielsweise in datenschutzrechtlichen Fragen kontinuierlich geschult. In enger Zusammenarbeit mit dem Unabhängigen Landeszentrum für den Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD) nimmt er zusätzlich die Funktion des Datenschutzbeauftragten wahr, denn Datenschutz bedeutet für

uns Patientenschutz.

7. In einem Teilbereich unserer Klinik sind wir verpflichtet, nach einem pauschalierten Vergütungssystem abzurechnen. Da der Stelleninhaber des Qualitätsmanagements Mediziner ist, übernimmt er diese Aufgabe in Personalunion. Auch diese Bemühungen kommen indirekt wieder unseren Patienten zugute.

Aufgaben der Qualitätsausschüsse:

1. Sie setzen den Aufbau des Qualitätsmanagements in ihren Bereichen um.
2. Von ihnen werden Vorschläge für den Lenkungsausschuss erarbeitet, die sie in Form einer Projektstruktur darstellen.
3. Die notwendigen Ressourcen zur Umsetzung von Qualitätsmaßnahmen werden durch die Qualitätsausschüsse zur Verfügung gestellt.
4. Sie entscheiden über Umsetzungen innerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs
5. Sie berufen ihrerseits Qualitätszirkel und beauftragen Arbeits- oder Projektgruppen, deren Tätigkeit von ihnen auch überwacht wird.
6. Die Tagungen mit Protokollierung und Weitergabe an die anderen Ausschüsse finden regelmäßig statt.

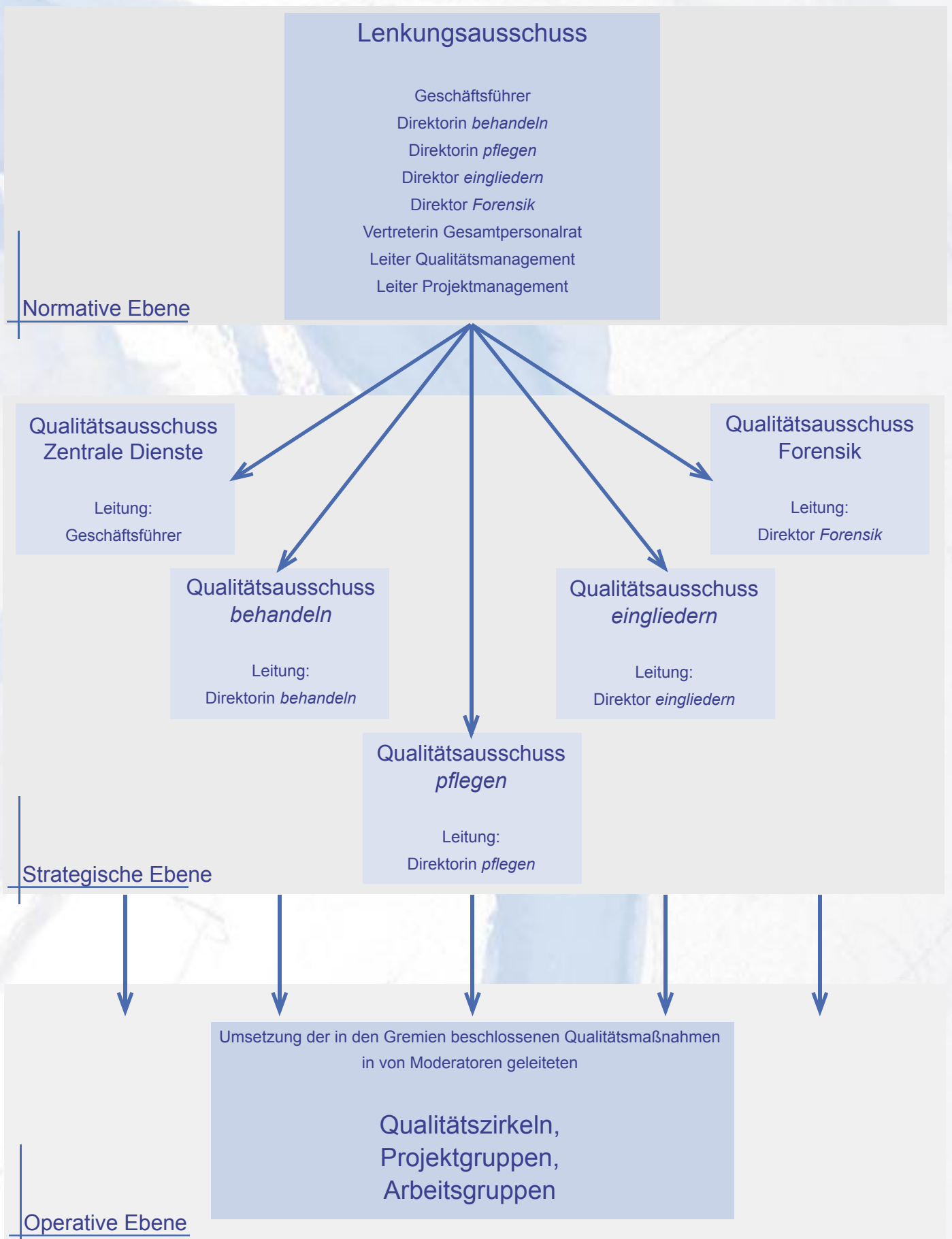
Ablaufstruktur

Werden in den Qualitätsausschüssen Vorhaben geplant, sollten sie zusammen mit den Mitarbeitern aus den Stabsstellen Qualitäts- und Projektmanagement für die weitere Umsetzung diskutiert werden.

1. Bei der Ausformulierung einer eindeutigen Arbeits- bzw. Projektstruktur müssen die folgenden Angaben vorhanden sein:
 - Wie sieht das angestrebte Ziel aus?
 - Wer muss an der Durchführung beteiligt sein?
 - Wie soll die Durchführung aussehen?
 - Welche ungefähren Kosten werden entstehen?
 - Wie soll die Zielerreichung gemessen werden?
 - In welchen Zeitabständen soll die Zielerreichung gemessen werden?
 - Wer ist für diese Messung verantwortlich?
 - In welcher Zeit soll das Gesamtziel erreicht sein?
 - In welchen Zeitabständen soll die Verbesserung gemessen werden?
 - In wessen Verantwortung liegt diese Auswertung?
2. Über bereichsinterne Projekte, Qualitätsarbeiten und Qualitätszirkel entscheidet jeder Qualitätsausschuss alleine.
3. Bereichsübergreifende Projekte werden dem Lenkungsausschuss zur Entscheidung vorgelegt.

Zusammenfassend soll folgender Organisationsaufbau die Struktur des Qualitätsmanagements zeigen:

Organisationsstruktur des Qualitätsmanagements



Die *psychatrium* GRUPPE gehört im Krankenhausbereich zu den größten Anbietern psychiatrisch-psychotherapeutischer, psychosozialer und kinder- und jugendpsychiatrischer Dienstleistungen in Schleswig-Holstein. Wir verspüren die damit verbundene soziale Verantwortung und möchten ihr durch eine konsequente Qualitätsverbesserung gerecht werden. Dazu bestimmen wir mit Hilfe verschiedener Maßnahmen zunächst das bestehende Niveau. Aus der Sicht unserer Patientinnen und Patienten beginnen wir anschließend mit der gedanklichen Weiterentwicklung, die wir dann auf unterschiedlichsten Feldern konsequent umsetzen.

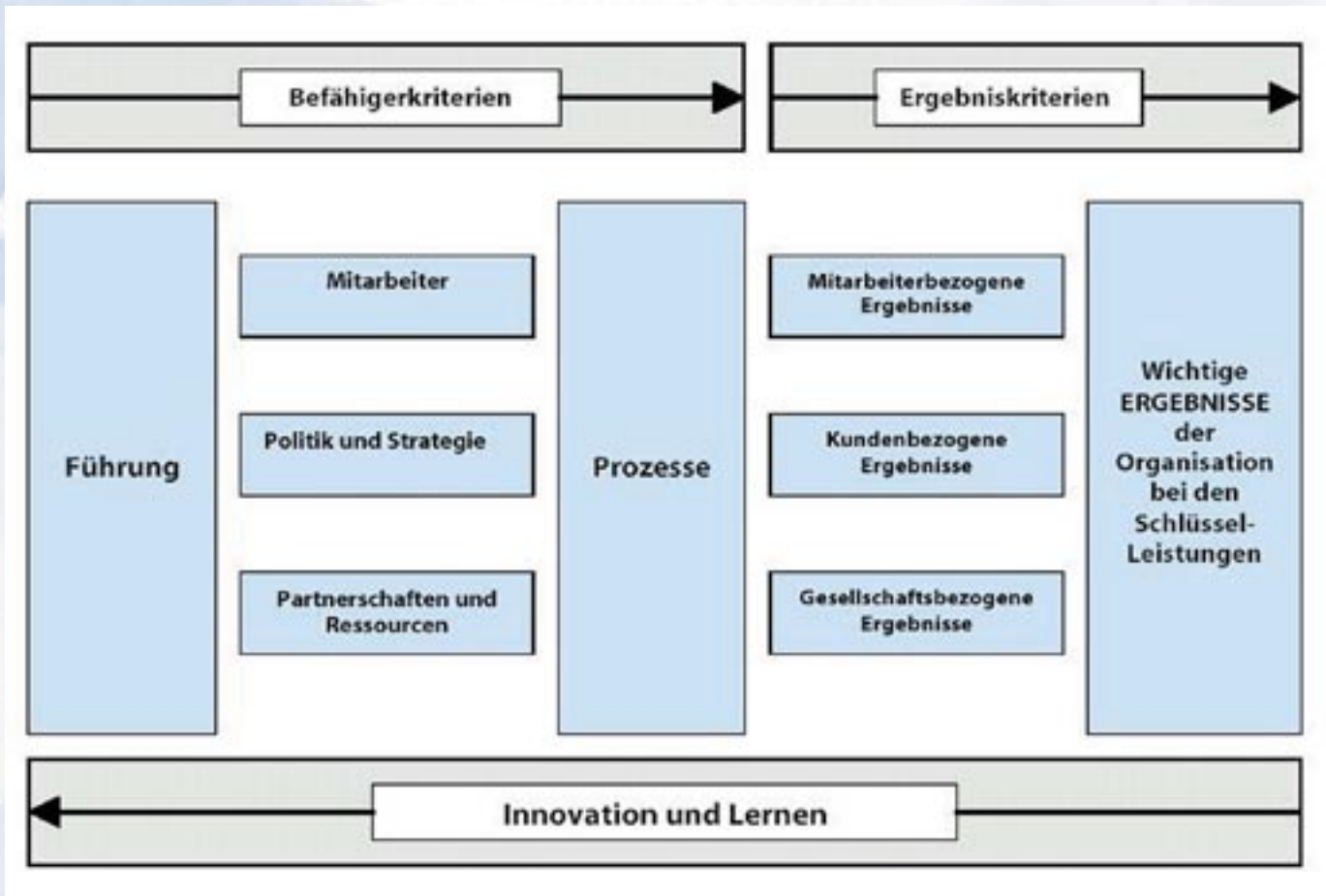
Im folgenden Abschnitt (siehe F) haben wir aus der Vielzahl unserer Qualitätsprojekte beispielhaft die Beschreibung einzelner Aktivitäten ausgewählt, die wir dort ausführlicher erläutert haben.

Grundlage unseres Ziels nach ständiger Verbesserung ist die Einführung und Umsetzung eines Qualitätsmodells. Wir haben für sämtliche Einrichtungen der *psychatrium* GRUPPE bereits im Jahr 2002 beschlossen, ein Qualitäts-Management-System nach den Prinzipien des TQM (Total Quality Management) auf der Basis der Vorgaben der EFQM (European Foundation for Quality Management) aufzubauen. Das System wird ständig aktualisiert und weiterentwickelt. Der Qualitätsansatz des Einrichtungsträgers ist kunden-, mitarbeiter- und prozess- und ergebnisbezogen.

Als Hauptziele des Systems sind zu nennen:

- durch regelmäßige Erhebungen die Ergebnisse zu verbessern,
- Fortschritte zu planen, umzusetzen und den Erfolg zu überprüfen,
- ein ständig lernendes Krankenhaus zu sein.

Ohne das Modell im Detail hier zu erläutern, sei nachfolgend der Grundaufbau dargestellt:



Es ist erkennbar, dass dieser Ansatz die Möglichkeit einer umfassenden Weiterentwicklung der Qualität bietet, da alle wichtigen Aspekte berücksichtigt werden.

Bei der Anwendung des EFQM-Qualitätsmodells werden die Leistungen der *psychatrium* GRUPPE bewertet. Dabei stehen neben der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen auch die einweisenden Ärztinnen und Ärzte, nachbetreuende Einrichtungen und auch die Kostenträger im Mittelpunkt. Dieses Ziel setzt viele Grundlagen voraus: Zufriedene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die gesellschaftliche Verantwortung der *psychatrium* GRUPPE sind ebenso wichtig, wie ein ausgereiftes Konzept, ein gemeinsames Leitbild und eine sehr gute und intensive Prozessorientierung. Unter diesen Voraussetzungen gelingt es der *psychatrium* GRUPPE, eine sehr gute medizinische und pflegerische Leistung anbieten zu können.

Die Informationsquellen zur Messung der Leistung sind vielfältig. Ausgehend von mehreren Befragungen unserer Patientinnen und Patienten zu einzelnen Fragestellungen oder umfassend zur Beurteilung der *psychatrium* GRUPPE, haben wir diesen Ansatz konsequent weiterentwickelt, indem wir unbefristet ein so genanntes Zufriedenheitsmonitoring durchführen. Hierunter verstehen wir die systematische Befragung aller Patientinnen und Patienten zum Entlassungszeitpunkt. Die Fragebögen werden ohne zwingende Namensnennung über verschiedene Wege dem zentralen Qualitätsmanagement zur weiteren Bearbeitung zugeleitet. Die Auswertung erfolgt alle drei Monate und wird der Geschäftsführung, dem Direktorium, der Personalvertretung und dem Qualitätsausschuss *behandeln* vorgelegt. Zusätzlich wird das Gesamtergebnis dem Ergebnis jeder einzelnen Station vergleichend gegenübergestellt. Durch dieses „interne Benchmarking“ können wir Unterschiede zwischen einzelnen Stationen und Standorten feststellen. Gleichzeitig stellt die Bewertung auch eine Rückmeldung an unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dar.

34

Im oben genannten Qualitätsausschuss *behandeln* werden bei Abweichungen vom gewünschten Niveau Maßnahmen beschlossen und Mittel zur Verfügung gestellt, um das angestrebte Ziel möglichst schnell zu erreichen. Auf diese Weise stellen wir sicher, dass sich unsere Leistungen an den Wünschen und Bedürfnissen unserer Patientinnen und Patienten orientieren.

Unterstützt wird dieser Ansatz durch ein Beschwerdewesen. Die *psychatrium* GRUPPE bewertet eine Beschwerde als konstruktive Kritik, die allen Beteiligten neue Chancen eröffnet. Mit diesem Instrument haben unsere Patientinnen und Patienten noch eine weitere Möglichkeit, uns auf Verbesserungspotentiale aufmerksam zu machen. Im Unterschied zum Fragebogen können die Patientinnen und Patienten hiermit viel individueller ihr Problem darstellen. Die Direktorin des Geschäftsbereichs *behandeln* küm-



mert sich um die inhaltliche Lösung der Probleme und nimmt schnellstmöglich Kontakt mit den Beschwerdeführern auf. Die weitere Auswertung erfolgt zentral im Qualitätsmanagement. Derzeit wird die Methode vom Qualitätsausschuss *behandeln* noch weiter optimiert. Bis zum Abschluss dieser Arbeiten bitten wir im Fragebogen um entsprechende Anregungen.

Es entspricht dem umfassenden Qualitätsanspruch des EFQM-Modells eine möglichst breit angelegte Informationsbasis aufzubauen. Dazu gehörten beispielsweise gesonderte Dokumentationen von Druckgeschwüren an der Haut (Dekubitus), die im Qualitätsmanagement ausgewertet wurden. Das Ziel solcher Erhebungen besteht natürlich in der Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Nachdem wir über einen zweijährigen Zeitraum feststellten, dass in der *psychatrium* GRUPPE keine Druckgeschwür entstanden sind, beendeten wir diese Untersuchung. Die von uns mitbehandelten Dekubitusfälle waren ausnahmslos bereits zum Aufnahmezeitpunkt vorhanden gewesen und wurden auch mit Hilfe von Fotos dokumentiert. Unser Pflege- management war an dieser Stelle offensichtlich nicht weiter zu optimieren.

Um auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der *psychatrium* GRUPPE in den ständigen Prozess der Qualitätsverbesserung mit einzubeziehen, entwickelten wir ein betriebliches Vorschlagswesen („Innovationsmanagement“). Die eingereichten Verbesserungsvorschläge werden - wenn möglich - umgesetzt. Anfangs unterstützten wir den Aufbau durch die öffentliche Prämierung des besten Vorschlags. Inzwischen ist der Gedanke der Qualitätsverbesserung für unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter so selbstverständlich geworden, dass wir keine gesonderten Anreize mehr setzen müssen.

Selbstverständlich werden auch Qualitätsbewertungen von externen Partnern durchgeführt. Im Geschäftsbereich *behandeln* beziehen wir unsere Medikamente beispielsweise von einer Versorgungsapotheke, die durch ein Gütesiegel ihre eigenen hohen Qualitätsansprüche dokumentiert. Alle sechs Monate erfolgt durch die Apotheke eine Begehung sämtlicher Stationen. Dabei werden systematisch alle Qualitätskriterien, wie beispielsweise Lagerung, Lagerort, Lagerungsbedingungen oder Beachtung der Gesetze der Arzneimittelsicherheit der hier vorhandenen Medikamente untersucht und schriftlich protokolliert. Die Auswertung erfolgt im zentralen Qualitätsmanagement. Auch hier ist im Ergebnis festzuhalten, dass keinerlei Beanstandungen auftreten. Diese Kontrollen werden auch zukünftig mit gleicher Regelmäßigkeit durchgeführt.

E-3 Ergebnisse der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

Das Krankenhaus kann hier Ergebnisse aus dem externen Qualitätssicherungsverfahren in tabellarischer Form darstellen.

Die Leistungsbereiche der externen Qualitätssicherung werden durch die *psychatrium* GRUPPE nicht erbracht.

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

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

F-1 Qualitätsbericht Fortbildung

Die Fortbildungsplanung erfolgt in Absprache mit den Verantwortlichen im Geschäftsbereich *behandeln*. Sie orientiert sich an den Wünschen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, der notwendigen Aktualisierung von Fachwissen, der Qualifizierung nach Personalentwicklungskonzepten und Förderung der eigenen Gesundheit. Absicht ist es, durch zielgerichtete, bedarfsgerechte Angebote die Qualität der Patientenbetreuung, die Mitarbeiterzufriedenheit und Motivation zu fördern. Die Eigeninitiative wird gestärkt durch Einbeziehung der internen Fachkräfte als Dozenten, um vorhandenes Fachwissen weiter zu geben. Das Fortbildungsprogramm steht allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung und wird auch an externe Einrichtungen verschickt. So findet in den Veranstaltungen ein fachlicher Austausch mit Kolleginnen und Kollegen aus anderen Häusern statt.

Durch die Schwerpunktsetzung im Programm wird die Auswahl erleichtert. Die Teilnahme an der Veranstaltung "Praxistraining Notfall" ist für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der *psychatrium GRUPPE* verpflichtend und muss alle 3 Jahre wiederholt werden. Über die Teilnahme erhält jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer eine Bescheinigung.

Alle zwei Jahre erfolgt eine Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie sammelt Informationen bezüglich gewünschter Fachbereiche, Verwendbarkeit der Angebote in der Praxis, persönliche Zufriedenheit, zeitlicher Gestaltung der Fortbildungen und den Rahmenbedingungen in unserem Fortbildungsinstitut. Über die durchgeführten Veranstaltungen erfolgt eine jährliche Auswertung: Teilnehmerzahlen aus den Geschäftsbereichen und Stationen, der externen Teilnehmerinnen und Teilnehmer und der geleisteten Fortbildungsstunden der internen Dozentinnen und Dozenten. Diese Auswertung wird mit den Pflegedienstleitungen und den Stationsleitungen besprochen. Die Ergebnisse finden bei der nächsten Fortbildungsplanung Berücksichtigung.

Bewährt hat sich die systematische Erfassung des internen Fortbildungsbedarfs durch die jeweils Beteiligten. Optimiert werden kann noch die Auslastung der Veranstaltungen, sowie die zeitliche Gestaltung an den Bedürfnissen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und ihren Dienstplanbelangen. Um den Fachdozentinnen und Fachdozenten ein zeitnahes Feedback geben zu können, wird im nächsten Jahr nach jeder Veranstaltung ein Fragebogen ausgeteilt. Die Auswertung ermöglicht auch die Erfassung des Bedarfs an aufbauenden Veranstaltungen.

F-2 Qualitätsbericht Diätberatung

Seit 1993 ist eine Diätassistentin im Geschäftsbereich *behandeln* der *psychatrium* GRUPPE beschäftigt. Ihre Aufgabe besteht in der Durchführung von Ernährungs- und Diätberatungen, Betreuung und Schulung von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen. Diese Beratungen erfolgen im Einzelkontakt oder in Gruppen. Die Tätigkeit wird ergänzt durch Schulungen des Pflegepersonals sowie der Ärztinnen und Ärzte zu ernährungsmedizinischen bzw. diätetischen Themen.

Über eine schriftliche Anforderung der Ärztinnen und Ärzte erfolgt eine Terminvereinbarung mit den Patientinnen und Patienten. In der ersten Beratungseinheit wird eine sogenannte Ernährungsanamnese erstellt. Es werden z. B. die Ernährungsgewohnheiten, der Lebensmittelverzehr, die persönlichen Kenntnisse über Koch- und Küchentechnik, die körperliche Bewegung etc. erfragt. Nach einer Auswertung der Anamnese werden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten die Ziele der Ernährungstherapie festgelegt.

Zur genaueren Erfassung der Ernährungsgewohnheiten kann in Einzelfällen auch das Führen von Ernährungstagebüchern hilfreich sein. Der Ist- und Sollzustand des Ernährungsverhaltens werden anhand eines PC-Programms miteinander verglichen. Die Abweichungen definieren dann die individuellen Beratungsinhalte. Das Führen solcher Protokolle dient aber auch zum schrittweisen Training des zu erreichenden Ernährungsverhaltens.

Die Informationen, die während der Beratungseinheiten vermittelt werden, werden den Patientinnen und Patienten in Form von Beratungsheften, -broschüren und Informationsblättern überreicht. Die meisten sind von der Diätassistentin entwickelt worden und können bei Bedarf auf die Persönlichkeit jedes Einzelnen abgestimmt werden. Gibt es neue Erkenntnisse oder aktuelle Änderungen in ernährungsmedizinischen Daten und Fakten, werden die Unterlagen aktualisiert.

Durch die erfolgreiche Teilnahme an unterschiedlichen zertifizierten Fortbildungen hat sich die Diätassistentin zusätzlich auf das Gebiet der künstlichen Ernährung (Trink- und Sondennahrung) spezialisiert. Sie ist befähigt, individuelle Ernährungspläne für die Betroffenen zu erstellen und bei Unverträglichkeiten die entsprechenden Maßnahmen einzuleiten. Zur Zeit nimmt die Diätassistentin an einer zweijährigen Weiterbildung zur Medizinischen Ernährungsberaterin an der Charité in Berlin teil.

F-3 Qualitätsbericht Stellenbeschreibungen

Im Geschäftsbereich *behandeln* am Standort Neustadt sind Stellenbeschreibungen eine wichtige Voraussetzung für die Einführung und Pflege eines modernen Qualitätsmanagementsystems und werden dementsprechend eingesetzt.

Eine eindeutige Umschreibung von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung in Form einer Stellenbeschreibung leistet wertvolle Dienste in der Ablauforganisation des Krankenhausalltags.

Die Stellenbeschreibungen sind Strukturstandards. Sie ordnen jeden einzelnen Arbeitsplatz in die Aufbauorganisation unserer Einrichtung ein und stellen Aufgaben, Zuständigkeiten / Verantwortlichkeiten und Kompetenzen dar. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhalten eine Stellenbeschreibung, die von ihnen und von den Mitgliedern der Krankenhausleitung unterzeichnet wird.

Klare Stellenbeschreibungen sind die Voraussetzung für ein qualitätsorientiertes Arbeiten:

- Die Gesamtziele der *psychatrium* GRUPPE werden noch einmal bewusst gemacht.
- Sie legen fest, welche persönlichen Ziele anzustreben sind.
- Die Aufgaben und Befugnisse werden genau abgegrenzt.
- Stellenbeschreibungen dienen der Zuordnung von Verantwortlichkeiten.
- Sie dienen der besseren Verständlichkeit einer Stellenausschreibung.

Bei der Führung und Organisation unseres Unternehmen gehören die Stellenbeschreibungen zu unseren wirkungsvollsten Instrumenten. Sie schaffen klare Handlungs- und Verantwortungsbe-
reiche, fördern die Initiative und erhöhen somit die Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbei-
ter. Sie sichern und fördern unternehmerisches Verhalten und effektive Zusammenarbeit in den
Teams über Abteilungsgrenzen hinweg, weil Leistungsbereitschaft und Motivation nicht in unklaren
Kompetenzen und Verantwortungsräumen verbleiben. Das Vorhandensein und Funktionieren
schriftlicher Stellenbeschreibungen in unserem modernen, kooperativ geführten Unternehmen ist
ein Indikator für eine gut entwickelte Organisations- und Führungskultur.

F-4 Qualitätsbericht Unfallmeldung

38

Im Geschäftsbereich *behandeln* werden Unfallmeldungen für Patienten verwendet, die ein wich-
tiger Bestandteil unseres Qualitäts- und Risikomanagements sind.

Mit ihrer Hilfe sollen die Ursachen der Unfälle aufgedeckt werden. Gleichzeitig wird die Qualität
der Pflege verbessert und das künftige Unfallrisiko verringert.

Die Unfallmeldungen sind Teil unserer Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Sie beinhalten eine
genaue Dokumentation des Unfallhergangs. Auch die Fragen nach dem „wann“, „wo“ und „wie“
sowie eventuelle Zeugen werden beschrieben. Selbstverständlich wird Art und Umfang einer
möglichen Verletzung und sich daraus ergebende Maßnahmen dokumentiert.

Die Unfallmeldungen werden statistisch ausgewertet und dienen den leitenden Mitarbeiterinnen
und Mitarbeitern und den Sicherheitsbeauftragten zur Einleitung von Maßnahmen der Unfallver-
hütung. Sie weisen einen Standard auf, dessen Ausprägung als sehr gut zu bezeichnen ist.

Die Unfallmeldungen sind praxis- und handlungsorientiert entwickelt. Dadurch ist gewährleistet,
dass alle leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des jeweiligen Bereiches gleichermaßen
über den Unfall in Kenntnis gesetzt werden.

Durch einheitliche und allgemeingültige Leit- und Richtlinien vereinfachen sie den Umgang mit
Unfällen in der *psychatrium* GRUPPE. Gleichzeitig sichern und fördern sie den reibungslosen
Ablauf unseres Risikomanagements über Abteilungsgrenzen und Geschäftsbereiche hinaus.
Die Unfallmeldungen werden in allen Bereichen der *psychatrium* GRUPPE eingesetzt und stellen
somit sicher, dass dieser Qualitätsstandard berufsübergreifend durch alle Mitarbeiterinnen und
Mitarbeiter einheitlich eingehalten werden kann.

G Weitergehende Informationen

Verantwortlicher für den Qualitätsbericht:

- Jörg Hemmersbach
Geschäftsführer
hemmersbach@psychatrium.de

Ansprechpartner:

- Dr. Holger Popp
Leitung Qualitätsmanagement
popp@psychatrium.de
- Dr. Angela Schürmann
Direktorin *behandeln*
schuermann@psychatrium.de

Weitere Informationen stehen auf unserer Internetseite bereit:

www.psychatrium.de

www.ameos.de