

Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V

für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

Krankenhaus: **Klinik Marienheide**

Anschrift: Leppestraße 65-67
51709 Marienheide

Berichtsjahr: **2004**

Inhaltsverzeichnis

Basisteil	3
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	3
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	6
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	7
C Qualitätssicherung	9
C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	9
C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	10
C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)	10
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V	10
Systemteil	11
D Qualitätspolitik	11
E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	13
F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	15
G Weitergehende Informationen	16

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses (Anschrift, E-Mail, Internetadresse)

Lepepestraße 65-67
51709 Marienheide

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

260531091

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Kreiskrankenhaus Gummersbach GmbH

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

ja nein

A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

133

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten:

2007

Ambulante Patienten:

674

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)
2900	Allgemeine Psychiatrie	38	340	ha	Ja
2930	Allg. Psych./SP Kinder-/Jugendpsych.	8	233	ha	Ja
2950	Allg. Psych./SP Suchtbehandlung	62	1436	ha	Ja
2951	Allg. Psych./SP Gerontopsychiatrie	25	58	ha	Ja
2960	Allg. P./Tagesklin. (f. teilstat. Pfleges.)		67	ha	

* Nicht bettenführende Abteilung mit fachlich nicht weisungsgebundener Leitung nb eintragen

A-1.7 B Mindestens Top-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr

Entfällt, da in der Psychiatrie weiterhin nach der Bundespflegegesetzverordnung abgerechnet wird.

A-1.8 Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen? (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Pflichtversorgungsauftrag für den Oberbergischen Kreis (bei der Suchtkrankenbehandlung auch für den Rheinisch-Bergischen Kreis), Wiedereingliederungshilfe (Langzeitbetreuung), Teilstationäre Arbeitstherapie, Gerontopsychiatrische Tagesklinik

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung
 ja nein

A-1.9 Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Institutsambulanz

A-2.0 Welche Abteilungen haben die 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	Apparategemeinschaft
Computertomographie	Nein		
Magnetresonanztomographie	Nein		
Herzkatheterlabor	Nein		
Szintigraphie	Nein		
Positronenemissionstomographie	Nein		
Elektronenzephalogramm	Ja	Ja	
Angiographie	Nein		
Schlaflabor	Nein		

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

	Vorhanden	Apparategemeinschaft
Physiotherapie	Ja	
Dialyse	Nein	
Logopädie	Ja	
Ergotherapie	Ja	
Schmerztherapie	Nein	
Eigenblutspende	Nein	
Gruppenpsychotherapie	Ja	
Einzelpsychotherapie	Ja	
Psychoedukation	Ja	
Thrombolyse	Nein	
Bestrahlung	Nein	

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Allgemeine Psychiatrie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

In der Klinik Marienheide werden alle psychiatrischen Krankheitsbilder behandelt. Darüber hinaus erfolgt eine qualifizierte Suchtkrankenbehandlung für Erwachsene, Kinder und Jugendliche.

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Pflichtversorgungsauftrag für den Oberbergischen Kreis, bei der Suchtkrankenbehandlung auch für den Rheinisch-Bergischen Kreis

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Betreutes Wohnen, Teilstationäre Arbeitstherapie, ambulante Ergotherapie

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	Diagnose
1	F10	982	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
2	F20	269	Schizophrenie
3	F11	221	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiate
4	F32	143	Depressionen
5	F19	87	Psychische und Verhaltensstörungen durch die Einnahme mehrerer Substanzen
6	F12	42	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabis
7	F25	40	Schizoaffektive Störungen
8	F43	32	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
9	F33	29	Wiederkehrende depressive Störungen
10	F60	26	Persönlichkeitsstörungen

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V Gesamtzahl (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr:

Entfällt.

B-2.2 Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilungen im Berichtsjahr

Entfällt.

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl für das Berichtsjahr)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)	
Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)	1970
Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)	

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12.2004)

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl der Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl der Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
2900	Allgemeine Psychiatrie	19	12	7
	Gesamt	19	12	7

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

1

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 Krankenpfleger/ in (1 Jahr)
2900	Allgemeine Psychiatrie	101	75	7	6
	Gesamt	101,00	75,00	7,00	6,00

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:

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht	Teilnahme an der externen Qualitätssicherung	Dokumentationsrate	
				Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie	Nein	Nein		
2	Cholezystektomie	Nein	Nein		
3	Gynäkologische Operationen	Nein	Nein		
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation	Nein	Nein		
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Nein	Nein		
6	Herzschrittmacher-Revision	Nein	Nein		
7	Herztransplantation	Nein	Nein		
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	Nein	Nein		
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	Nein	Nein		
10	Karotis-Rekonstruktion	Nein	Nein		
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	Nein	Nein		
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	Nein	Nein		
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie	Nein	Nein		
14	Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	Nein	Nein		
15	Koronarchirurgie	Nein	Nein		
16	Mammachirurgie	Nein	Nein		
17	Perinatalmedizin	Nein	Nein		
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	Nein	Nein		
19	Totalendoprothese(TEP bei Koxarthrose)	Nein	Nein		
20	Gesamt				

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

- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.
- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

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

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

Entfällt.

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

Entfällt.

Systemteil

D Qualitätspolitik

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

Qualitätsphilosophie

Wer sich mit Gedanken zur Qualität im Bereich der Medizin auseinander setzt, stößt früher oder später auf die Tatsache, dass Forderungen nach entsprechenden Regelwerken für Diagnose, Therapie und Pflege keine Erfindung unserer Tage sind, sondern vielmehr eine lange Tradition haben. So findet sich Patientenzufriedenheit, eine der Leitideen des modernen Qualitätsmanagements, bereits im Namen des altägyptischen Arzt-Wesirs Imhotep (2800 v. Chr.), was übersetzt so viel wie "Jener, der Zufriedenheit bringt" bedeutet.

Nachdem In vielen Bereichen Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement schon seit vielen Jahren eine große Rolle spielen, kommt diesem Thema nunmehr auch im Gesundheitswesen eine stetig wachsende Bedeutung zu. So wurde mit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes 1989 die Qualitätssicherung erstmals als unverzichtbarer Bestandteil der ärztlichen Versorgung rechtsbindend verankert und in einem weiteren Schritt im Jahr 2000 die gesetzliche Verpflichtung zur Qualitätssicherung erheblich erweitert. Seither werden alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen für die Qualität der Leistungen und deren Sicherung in die Verantwortung genommen.

Die Qualität der Patientenversorgung auf einem möglichst hohen Niveau zu halten steht dabei im Zentrum aller Qualitätsbemühungen. Die dafür getroffenen Maßnahmen sind eine Dienstleistung zugunsten aller Patienten und Mitarbeiter und sollen vertrauensbildend und kommunikationsfördernd wirken.

Qualitätsziele

Gemäß unserem Leitbild streben wir für unsere Patienten die bestmögliche medizinische, pflegerische und administrative Betreuung an. Insofern steht die Qualität der medizinischen Leistungserbringung - mithin die Genesung unserer Patientinnen und Patienten - im Zentrum unseres Selbstverständnisses. Für Patienten wie auch für behandelnde Ärzte steht eine komplikationsarme sowie mit einem gutem kurz- und langfristigem Ergebnis behaftete Behandlung im Vordergrund. Um diesem Anspruch an eine hochwertige Patientenversorgung gerecht zu werden, kommen diverse Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Anwendung. Das Ziel ist eine bestmögliche Ergebnisqualität, die auch messbar ist.

Nur motivierte, gut ausgebildete und zufriedene Mitarbeiter sind in der Lage, qualitativ hochwertige Arbeit zu leisten, was direkt und unmittelbar der guten Betreuung von Patientinnen und Patienten zugute kommt. Die Mitarbeiterorientierung spielt daher in jedem Qualitätsmanagementsystem eine zentrale Rolle und hat sich zum Inbegriff eines zeitgemäßen Führungs- und Organisationskonzeptes entwickelt. Nach dem Motto "Betroffene zu Beteiligten machen" werden Mitarbeiter soweit als möglich in Gestaltungs-, Verbesserungs-, Innovations- und Entscheidungsprozesse einbezogen.

Darüber hinaus wird den Beschäftigten ein breit angelegtes Angebot an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zugänglich gemacht.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus stellt sich wie folgt dar:

Qualitätsmanagement wird von uns als umfassende Anstrengung verstanden, durch die Mitwirkung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Gesundheit unserer Patientinnen und Patienten bestmöglich zu unterstützen. Qualitätsmanagement beinhaltet aber auch einen fortwährenden Prozess, auf der Basis einer exakten Kenntnis des Ist-Status durch Eingriff und nachfolgende Messung des Qualitätsniveaus kontinuierlich Abläufe, und damit letztlich Ergebnisse, zu verbessern.

Die unterschiedlichen Qualitätsansprüche von Patienten, Mitarbeitern, Kostenträgern etc. durch ein systematisches Qualitätsmanagement in einen harmonischen Einklang zu bringen, ist originäre Führungsaufgabe. Die Betriebsleitung als oberstes Organ der Krankenhausführung zeichnet daher alle Qualitätsziele ab und ist somit verantwortlich eingebunden.

Um der hohen Bedeutung dieses Themas gerecht zu werden, wurde das Qualitätsmanagement in unserem Haus als Stabstelle organisiert und damit direkt der Geschäftsführung zugeordnet. Diese Stabsstelle ist mit einem Mediziner besetzt, der über jahrelange Erfahrung in der Qualitätssicherung verfügt. Er koordiniert und überwacht die vielfältigen Qualitätssicherungsmaßnahmen des Hauses. Darüber hinaus wurden diverse weitere Beauftragte für qualitätssichernde Maßnahmen benannt.

Zur Verbesserung der fachübergreifenden Zusammenarbeit und zur Standardisierung von Diagnostik und Behandlung wurde eine Leitlinien-Kommission etabliert, in der alle Fachdisziplinen des Hauses und die Pflegedienstleitung vertreten sind. Diese tagt mehrmals jährlich unter Vorsitz des Qualitätsmanagers.

Neben den krankenhausesweiten existieren auch diverse Qualitätsprojekte auf Abteilungs- bzw. Bereichsebene. Exemplarisch kann hier die verbindliche Anwendung von Standard-Pflegeplänen genannt werden, die sich an Pflegetheorien orientieren und auf den jeweiligen Stationen verfügbar sind.

Da sich auch bei noch so sorgfältiger Arbeitsweise Beschwerden nicht vermeiden lassen, wurde eine unabhängige Patientenbeschwerdestelle eingerichtet. Diese besteht aus externen Mitgliedern und tagt mehrfach im Jahr. Aufgrund einer Beschwerde können offensichtlich gewordene Mängel beseitigt und damit zukünftige Beschwerden vermieden werden. Die Patientenbeschwerdestelle erstattet einen jährlichen Bericht an den Verwaltungsrat.

E-2 Qualitätsbewertung

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt (Selbst- oder Fremdbewertungen):

Die Klinik Marienheide hat sich bisher keiner Bewertung unterzogen. Dieses ist jedoch geplant.

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

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

Entfällt.

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

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

Suchturinkontrollen ohne Aufsicht

In Zusammenarbeit mit dem Labor Prof.Dr. Keller in Köln-Merheim führen wir seit April 2001 ein dort entwickeltes Verfahren zur Urinprobenmarkierung im Drogenbereich durch. Dieses wurde der Ethikkommission der Universität Köln vorgestellt und von dieser genehmigt. Mit dem Verfahren ist es möglich Urinproben eindeutig einem bestimmten Patienten zuzuordnen, wodurch die Beaufsichtigung bei der Gewinnung der Probe entfällt.

Wir haben nun die Möglichkeit, diesen für alle Beteiligten unangenehmen und auch entwürdigenden Teil entfallen zu lassen: Vor der Urinkontrolle trinken die Patienten eine Lösung aus Wasser oder Saft, in der sich zusätzlich bestimmte Kohlenhydrate befinden, die nachher im Urin nachweisbar sind. Damit lässt sich die Probe eindeutig zuordnen. Eindeutig daher, da uns eine Reihe leicht unterschiedlicher Kohlenhydrate zur Verfügung steht, die sich auch einzeln nachweisen lassen.

Benchmarking- Projekt „BeMotivATED“

Seit dem April 2004 nehmen wir am Benchmarking-Projekt „BeMotivATED“ unter Leitung von Prof. Dr. med. Scherbaum, Direktor der Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Universitätsklinikum/Rheinische Kliniken Essen teil. Ziel dieser Untersuchung ist es, Risikofaktoren für einen vorzeitigen Behandlungsabbruch zu identifizieren.

Fachverband Qualifizierte stationäre Entzugsbehandlung Drogenabhängiger e.V.

Der o.g. Fachverband repräsentiert den Zusammenschluss von Fachleuten aller Einrichtungen in NRW, die eine qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger durchführen.

Seit dem Februar 2003 nimmt die Abteilung an den vierteljährlichen Treffen teil und die Klinik ist seit dem Dezember 2003 auch Mitglied im Fachverband.

Arbeitskreis Drogenhilfe

Der Arbeitskreis Drogenhilfe ist ein multiprofessioneller Arbeitskreis, in dem sich Mitarbeiter der Drogenberatungsstellen, Bewährungshilfe, Schuldnerberatung, Betreuer, substituierende Ärzte und Mitarbeiter der Klinik (Ärzte, Pflegekräfte und Sozialdienst) vierteljährlich in der Klinik treffen. Für die ärztlichen Teilnehmer ist dieser Arbeitskreis als anerkannte Fortbildung zertifiziert.

Kooperation mit dem ambulanten Suchthilfesystem

Mitarbeiter der unterschiedlichen Berufsgruppen der Abteilung sind in verschiedenen Arbeitskreisen wie der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Sucht Oberberg, dem Arbeitskreis Sucht im Rahmen der Gesundheitskonferenz Rhein-Berg und im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) Oberberg vertreten, was die Vernetzung und Koordination der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe und somit die Qualität der Versorgung verbessert. Zudem finden präsentieren sich Fachkliniken für stationäre Entwöhnungsbehandlung regelmäßig in der Abteilung und Selbsthilfegruppen stellen ihre Arbeit vor.

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Dieser Qualitätsbericht wurde vom Qualitätsmanager des Kreiskrankenhauses Gummersbach erstellt und von der Geschäftsführung genehmigt.

Ansprechpartner (z.B. Qualitätsbeauftragter, Patientenfürsprecher, Pressereferent; Leitungskräfte verschiedener Hierarchieebenen):

Funktion	Name	Telefon
Geschäftsführer	Herr Wolfgang Brodesser	02261-171501
Ärztlicher Direktor	Herr Dr. Walter Schäfer	02261-171575
Pflegedienstleitung	Herr Rainer Drevermann	02261-171516
Qualitätsmanager	Herr Dr. Andreas Esser	02261-171533
Pressesprecher	Herr Patrick Hilbrenner	02261-171441

Links (z.B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage):

www.kkh-gummersbach.de
