

Burghof-Klinik Bad Nauheim



Qualitätsbericht

Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V

für das

BERICHTSJAHR 2004

BURGHOF-KLINIK
Bad Nauheim
Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie
Burgallee 22, 61231 Bad Nauheim
Telefon 0 60 32 – 60 32
FAX 0 60 32 – 92 10 27
mail@burghof-klinik.com
www.burghof-klinik.com

Geschäftsführung: Geschäftsführer
Herr G. Stein

Krankenhausleitung:

Ärztliche Leitung	Herr Dr. med. M. Boß
Pflegedienstleitung	Frau Hofmann
Verwaltungsleitung	Herr G. Stein

August 2005

Inhaltsverzeichnis

LEITBILD	Seite 3
Basisteil	
A. Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses A-1.1 - A-2.1.2	Seite 4 - 6
B. Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses B-1.1 - B 2.5	Seite 7 - 10
C. Qualitätssicherung	Seite 11 - 17
Systemteil	
D. Qualitätspolitik	Seite 18 - 21
E. Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	Seite 22 - 25
F. Qualitätsmanagement im Berichtszeitraum	Seite 26 - 27
G. Weitergehende Informationen	Seite 28

BURGHOF-KLINIK BAD NAUHEIM

LEITBILD

Unter Berücksichtigung der begrenzenden Realität bietet die Burghof-Klinik allen Patienten für die Zeit ihres stationären Aufenthaltes in einem sicheren Rahmen und familienähnlichen Milieu (BURG) einen neuen Er-Lebens-Raum (HOF) mit professioneller Hilfe (KLINIK).

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses
(Anschrift, e-Mail-Adresse, Internetadresse)
Burghof-Klinik Bad Nauheim, Burgallee 22, 61231 Bad Nauheim
mail@burghof-klinik.com
www.burghof-klinik.com

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?
260611942

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?
Burghof-Klinik Bad Nauheim GmbH & Co. KG

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)
52

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten:

Ambulante Patienten:

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...	Psychiatrie.....	52	390	HA	N

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

Entfällt, da Fachgebiet Psychiatrie

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1			
2			

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

- Psychiatrie
- Psychotherapie
- Akutpsychiatrische Regelbehandlung
- Fachpsychotherapeutische Behandlung

Ein breites Angebot vielfältiger Therapiemöglichkeiten wird vorgehalten. Die Behandlungsplanung wird einzeln mit dem Patienten besprochen. Die Patienten werden je nach Störungsbild entweder dem allgemeinpsychiatrisch orientierten oder fachpsychotherapeutischen Behandlungsprogramm zugeordnet. Durch die Informations-, Aufklärungs-, Überzeugungs- und Motivationsarbeit der Mitarbeiter wird mit den Patienten ein Behandlungsbündnis geschlossen und ein Krankheitsverständnis entwickelt.

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?

- ja X nein

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

Entfällt

A-2.0 Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?

Entfällt

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

	Vorhanden		Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	
Computertomographie (CT)		Nein	Ja *	
Magnetresonanztomographie (MRT)		Nein	Ja *	
Herzkatheterlabor		Nein		Nein
Szintigraphie		Nein	Ja *	
Positronenemissionstomographie (PET)		Nein		Nein
Elektroenzephalogramm (EEG)		Nein	Ja *	
Angiographie		Nein		Nein
Schlaflabor		Nein		Nein

* in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Einrichtungen

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

	Vorhanden	
Physiotherapie	Ja	
Dialyse		Nein *
Logopädie		Nein *
Ergotherapie	Ja	
Schmerztherapie		Nein *
Eigenblutspende		Nein *
Gruppenpsychotherapie	Ja	
Einzelpsychotherapie	Ja	
Psychoedukation	Ja	
Thrombolyse		Nein *
Bestrahlung		Nein *
Musiktherapie	Ja	
Familientherapie	Ja	

* entfällt wegen Psychiatrie und Psychotherapie

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Psychiatrie
 Psychotherapie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:
 (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Bei unserer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der Patienten bedienen wir uns der Mittel moderner psychiatrischer Diagnostik und Therapie:
 Pharmakotherapie, Psychotherapie, Sozio-, Ergo-, Bewegungs- und Musiktherapie, Bezugspflege, Bäder, Massagen, Bestrahlungen.

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Depressive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Somatoforme Störungen, Anpassungsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Fußpflege, Fahrdienst, Hof- und Bringdienste.

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Entfällt Fachgebiet Psychiatrie

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1			
2			

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

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	F 32.2	103	Schwere depressive Erkrankung
2	F 33.2	90	Wiederkehrende schwere Depression
3	F 32.1	36	Mittelgradige depressive Erkrankung
4	F 33.1	29	Wiederkehrende mittelgradige Depression
5	F 60.3	14	Gefühlslabile Persönlichkeitsstörung
6	F 43.2	14	Depressive Reaktion als Folge einer Anpassungsstörung
7	F 41.0	11	Angststörung
8	F 43.1	9	Posttraumatische Belastungsstörung
9	F 32.3	6	Schwere psychotische Depression
10	F45.0	6	Vielseitige psychosomatische Störung

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

Entfällt, da Fachgebiet Psychiatrie

Rang	OPS- 301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1			
2			

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

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

Entfällt da Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie

	EBM-Nummer (vollständig)	In umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
1			

* Sofern keine Unterteilung nach Fachabteilungen vorhanden, Auflistung über das Gesamtkrankenhaus

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

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V) 0

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V) 0

Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V) 0

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
2900	Psychiatrie...	8	0	4
...				
	Gesamt	8	0	4

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 0

Weiterbildungsbefugnis beantragt am 02.02.2004 bei der Landesärztekammer Hessen. Zur Zeit institutsorganisierte Fortbildung.

Der Chefarzt hat an einem zertifizierten zweijährigen externen Kurs für Krankenhausmanagement und Qualitätssicherung teilgenommen und diesen mit Erfolg abgeschlossen. (Themen: 1. Ökonomisches Management, 2. Führungsmanagement, 3. Qualitätsmanagement). Der Chefarzt ist als anerkannter Moderator der Landesärztekammer in Hessen Leiter des Qualitätszirkels.

Der Oberarzt hat mit Erfolg einen 2jährigen Fernstudiengang „Total Quality Management“ an der Universität Kaiserslautern absolviert.

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

	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)
2900 ...	Psychiatrie...	20	65	5	30
	Gesamt	20	65	5	30

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:

Entfällt, da Fachgebiet Psychiatrie.

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitätssicherung		Dokumentationsrate	
		Ja	Nein	Ja	Nein	Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	Cholezystektomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	Gynäkologische Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	Herzschrittmacher-Revision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7	Herztransplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrocantäre Frakturen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10	Karotis-Rekonstruktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14	Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15	Koronarchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16	Mammachirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17	Perinatalmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitätssicherung		Dokumentationsrate	
		Ja	Nein	Ja	Nein	Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
19	Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20	Gesamt	-	-	-	-		

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.
- 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:

-
- **C-2 bis C-4 entfällt, Fachgebiet Psychiatrie**
- **In unserem Hause werden psychiatrietytische Qualitätssicherungsmaßnahmen wie Supervision, Fallbesprechung, Pflegeteambesprechung durchgeführt.**

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

Entfällt, da die Burghof-Klinik ein Psychiatrisches Krankenhaus ist und keine Mindestmengenvereinbarung vorliegt.

Leistung ¹	OPS der einbezogenen Leistungen ¹	Mindestmenge ¹ (pro Jahr) pro KH/ pro Arzt ²	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH (4a)/ pro Arzt (4b) ²		
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Lebertransplantation		10				
	5-503.0					
	5-503.1					
	5-503.2					
	5-503.3					
	5-503.x					
	5-503.y					
	5-504.0					
	5-504.1					
	5-504.2					
	5-504.x					
	5-504.y					
	5-502.0					
	5-502.1					
	5-502.2					
	5-502.3					
	5-502.5					
5-502.x						
5-502.y						
Nierentransplantation		20				
	5-555.0					
	5-555.1					
	5-555.2					
	5-555.3					
	5-555.4					
	5-555.5					
	5-555.x					
5-555.y						

¹ Jeweils entsprechend der im Berichtsjahr geltenden Anlage 1 zur Vereinbarung über Mindestmengen nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V.

² Angabe jeweils bezogen auf den Arzt/ Operateur, der diese Leistung erbringt.

Leistung ¹	OPS der einbezogenen Leistungen ³	Mindestmenge ¹ (pro Jahr) pro KH / pro Arzt ⁴	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH (4a)/ pro Arzt (4b) ²		
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus		5/5				
	5-420.00					
	5-420.01					
	5-420.10					
	5-420.11					
	5-423.0					
	5-423.1					
	5-423.2					
	5-423.3					
	5-423.x					
	5-423.y					
	5-424.0					
	5-424.1					
	5-424.2					
	5-424.x					
	5-424.y					
	5-425.0					
	5-425.1					
	5-425.2					
	5-425.x					
	5-425.y					
	5-426.0**					
	5-426.1**					
	5-426.2**					
	5-426.x**					
	5-426.y					
	5-427.0**					
	5-427.1**					
	5-427.2**					
	5-427.x**					
5-427.y						
5-429.2						
5-438.0**						
5-438.1**						
5-438.x**						

³ Jeweils entsprechend der im Berichtsjahr geltenden Anlage 1 zur Vereinbarung über Mindestmengen nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V.

⁴ Angabe jeweils bezogen auf den Arzt/ Operateur, der diese Leistung erbringt.

Leistung ¹	OPS der einbezogenen Leistungen ⁵	Mindestmenge ¹ (pro Jahr) pro KH / pro Arzt ⁶	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH (4a)/ pro Arzt (4b) ²		
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas		5/5				
	5-521.0					
	5-521.1					
	5-521.2					
	5-523.2					
	5-523.x					
	5-524					
	5-524.0					
	5-524.1					
	5-524.2					
	5-524.3					
	5-524.x					
	5-525.0					
	5-525.1					
	5-525.2					
	5-525.3					
5-525.4						
5-525.x						
Stammzelltransplantation		12+/- 2 [10-14]				
	5-411.00					
	5-411.01					
	5-411.20					
	5-411.21					
	5-411.30					
	5-411.31					
	5-411.40					
	5-411.41					
	5-411.50					
5-411.51						

⁵ Jeweils entsprechend der im Berichtsjahr geltenden Anlage 1 zur Vereinbarung über Mindestmengen nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V.

⁶ Angabe jeweils bezogen auf den Arzt/ Operateur, der diese Leistung erbringt.

Leistung ¹	OPS der einbezogenen Leistungen ⁷	Mindestmenge ¹ (pro Jahr) pro KH / pro.Arzt ⁸	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH (4a)/ pro Arzt (4b) ²		
1a	1b	2	3	4a	4b	5
	5-411.x					
	5-411.y					
	8-805.00					
	8-805.01					
	8-805.20					
	8-805.21					
	8-805.30					
	8-805.31					
	8-805.40					
	8-805.41					
	8-805.50					
	8-805.51					
	8-805.x					
	8-805.y					

(Schwarz unterlegte Felder sind nicht auszufüllen)

⁷ Jeweils entsprechend der im Berichtsjahr geltenden Anlage 1 zur Vereinbarung über Mindestmengen nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V.

⁸ Angabe jeweils bezogen auf den Arzt/ Operateur, der diese Leistung erbringt.

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

Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung, die erbracht werden, obwohl das Krankenhaus/der Arzt die dafür vereinbarten Mindestmengen unterschreitet, sind an dieser Stelle unter Angabe des jeweiligen Berechtigungsgrundes zu benennen (Ausnahmetatbestände gem. Anlage 2 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V, Votum der Landesbehörde auf Antrag nach § 137 Abs. 1 S. 5 SGB V).

Für diese Leistungen ist hier gem. § 6 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 jeweils auch darzustellen, mit welchen ergänzenden Maßnahmen die Versorgungsqualität sichergestellt wird.

(Das Folgende ist für jede Leistung aus Spalte 1a der obigen Tabelle darzustellen, für die die im Vertrag vereinbarte Mindestmenge in diesem Krankenhaus im Berichtsjahr unterschritten wurde.)

Leistung (aus Spalte 1a der Tabelle unter C-5.1)
<hr/> <u>Nicht zutreffend, erfragte Leistungen werden nicht erbracht</u> <hr/>
Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand
<hr/> <u>Nicht zutreffend, erfragte Leistungen werden nicht erbracht</u> <hr/>
Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung
<hr/> <u>Nicht zutreffend, erfragte Leistungen werden nicht erbracht</u> <hr/>

Systemteil

D **Qualitätspolitik**

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

Wir erfüllen das in uns gesetzte Vertrauen und erbringen bestmögliche Qualität und Leistung auf hohem Niveau. Dabei ist die kontinuierliche Verbesserung der Qualität unserer Arbeit ein vorrangiges Ziel der Burghof-Klinik und deren Mitarbeiter. Bei unserer Arbeit berücksichtigen wir die neuesten Erkenntnisse unseres Fachgebietes unter kritischer Würdigung der Wirksamkeit, Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen. Wir machen unsere Arbeit transparent und bedienen uns dabei einer verständlichen Sprache. Im Mittelpunkt unserer Arbeit stehen die Patienten sowie ihre Angehörigen. Wir begegnen allen Patienten mit Freundlichkeit, Respekt und Kompetenz, um ihnen unter den jeweiligen Umständen bestmögliche Hilfe anzubieten. Dabei achten wir auf das Selbstbestimmungsrecht der Patienten und beziehen ihr soziales Umfeld mit ein. Wir unterstützen die Wahrnehmung der Eigenverantwortlichkeit der Patienten. Fürsorge und Begleitung in schwierigen Lebenslagen sehen wir als Verpflichtung und einen besonders wichtigen Aspekt unserer Arbeit. Wir setzen uns mit den Patientenbedürfnissen auseinander und bemühen uns um deren Erfüllung und um individuelle Lösungen. Allen Mitarbeitern unseres Hauses ist bewusst, dass sie durch ihre spezifische Tätigkeit direkt oder indirekt an der Patientenversorgung beteiligt sind. Wir arbeiten kontinuierlich an der Optimierung der Bedingungen, die einen partnerschaftlichen und kooperativen Arbeits- und Führungsstil ermöglichen. Dies beinhaltet u.a., den Mitarbeitern ein möglichst hohes Maß an Kompetenzen zu übertragen, mit dem Ziel einer aktiven Mitgestaltung und Übernahme von Verantwortung. Wir fördern eine berufsgruppenübergreifende Teamarbeit, bei der sich unsere Fähigkeiten ergänzen. Wir sind ständig bestrebt die Motivation sowie die fachlichen und sozialen Kompetenzen der Mitarbeiter zu erhalten und zu fördern. Unser Umgang miteinander basiert auf Respekt, Rücksichtnahme, Offenheit und Ehrlichkeit. Wir sind Teil der Region und betrachten es als unsere Aufgabe, an der wirtschaftlichen Förderung sowie an der Erhaltung eines attraktiven und gesunden Lebensraumes aktiv mitzuwirken. Den stetigen Wandel der gesellschaftlichen, finanziellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen unserer Arbeit nehmen wir als Herausforderung an und sehen darin eine Chance zur Weiterentwicklung. Wir streben nach offener und zielgerichteter Kommunikation.

Die Burghof-Klinik ist ein kompetenter Ansprechpartner in Fragen der seelischen Gesundheit und Krankheit für die Menschen. Wir betrachten alle Ärzte, Kliniken, Unternehmen, Einrichtungen und Organisationen mit denen wir in Kontakt treten als unsere Partner. Die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Kliniken und anderen Organisationen des Gesundheitswesens wird weiter ausgebaut. Durch eine Vernetzung der Aktivitäten erreichen wir eine optimale Versorgung der Patienten. Wir erhoffen uns von unseren Patienten Anregungen und Kritik. Insbesondere die kritischen Äußerungen betrachten wir als wichtige Quelle um unsere Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen. Bei der Weiterentwicklung unserer Klinik orientieren wir uns wesentlich an den Patientenbedürfnissen und -wünschen.

Patientenorientierung bedeutet, dass

- die Patientenbedürfnisse von uns wahrgenommen und verstanden werden
- die Patientenbedürfnisse kommuniziert werden
- die Ziele des Krankenhauses und der Mitarbeiter auf die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten ausgerichtet werden
- die Zufriedenheit der Patienten erfasst wird (u.a. mittels Patientenbefragungen) und darauf reagiert wird.

Zentrale Aufgaben in den Bemühungen um die ständige Sicherstellung und Weiterentwicklung von Qualität nimmt die **Führung** des Krankenhauses wahr.

Die Krankenhausführung

- stellt den Mitarbeitern die notwendigen Rahmenbedingungen und Ressourcen zur Verfügung, damit diese ihrem Auftrag einer optimalen Patientenversorgung gerecht werden können
- sorgt dafür, dass auf allen Ebenen des Krankenhauses gemeinsame Werte etabliert und aufrecht erhalten werden
- arbeitet eng und vertrauensvoll mit den Mitarbeitern zusammen
- nimmt Vorschläge und Anregungen von Patienten und Mitarbeitern auf und versucht stetig Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen und Verbesserungen einzuleiten
- kommuniziert die Qualitätsziele regelmäßig mit den Mitarbeitern.

Die Mitarbeiter sind die tragenden Säulen unserer Klinik und sind unser wichtigstes Kapital.

? Mitarbeiterorientierung heißt für uns

- die Erfahrungen, Kompetenzen und Kenntnisse der Mitarbeiter werden systematisch genutzt, ergänzt und ausgebaut.
- die Leitung erfragt die persönlichen Zielstellungen der Mitarbeiter und versucht die Mitarbeiter bei deren Erreichen unter Berücksichtigung der Ziele unserer Klinik zu unterstützen
- die Mitarbeiter werden von der Leitung der Klinik in die Weiterentwicklung unserer Klinik einbezogen und sollen so die Wichtigkeit ihrer Beiträge für das Prosperieren unserer Klinik erkennen

Wir begreifen die Arbeitsabläufe in unserem Haus als Prozesse und sehen daher Prozessorientierung als wichtiges Instrument der Qualitätssicherung an.

Prozessorientierung findet auf allen Ebenen der Klinik statt.

- Prozesse werden so strukturiert, dass die zuvor definierten Ziele möglichst effizient erreicht werden
- die Abhängigkeiten verschiedener Prozesse voneinander werden identifiziert und transparent gemacht
- die Prozesse werden optimiert und aufeinander abgestimmt

Ständige Verbesserung erreichen wir durch

- eine permanente Auseinandersetzung der Leitungsebene sowie den Mitarbeitern mit dem Streben nach optimaler Qualität unserer Arbeitsabläufe und Ergebnisse
- zeitnahe und unbürokratische Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen und –möglichkeiten

Zielorientierung und Flexibilität

- Von der Leitungsebene werden Ziele der Klinik erstellt und bis auf die Ebene des einzelnen Mitarbeiters heruntergebrochen.
- Das Handeln aller Mitarbeiter soll zielorientiert sein, was regelmäßig in Gesprächen neu festgelegt wird.
- Ziele werden nicht starr formuliert sondern werden bei sich ändernden Rahmenbedingungen angepasst.
- Ein hohes Maß an Flexibilität zeichnet unsere Klinik aus. Entscheidungen werden von der Leitung rasch getroffen und ständig den aktuellen Erfordernissen angepasst. Die Umsetzung von getroffenen Entscheidungen erfolgt zeitnah.

Nach unserem Verständnis von Qualität sind Fehler und der **Umgang mit Fehlern** Anlass und Chance zur Verbesserung.

- Das Vermeiden von Fehlern gehört zu unseren vordringlichsten Bemühungen und wird in den Teams kommuniziert.
- Wir legen Wert auf einen offenen Umgang mit Fehlern. Aus Fehlern lernen wir und lassen die Ergebnisse unserer Fehleranalysen ständig in die Optimierung unserer Prozesse einfließen.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

- E-1 Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in unserer Klinik stellt sich wie folgt dar:

Die Organisationsstruktur des Krankenhauses ist schriftlich unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten festgelegt.

Die aktuelle Organisationsstruktur ist im Detail jederzeit dem fortlaufend angepassten Klinikkonzept zu entnehmen und allen Mitarbeitern zugänglich.

Um einen zielgerichteten Informationsfluss und eine Abstimmung mit den einzelnen Bereichen zu gewährleisten, ist ein strukturiertes Besprechungswesen in der Klinik eingerichtet (siehe Seite 24 Organisationsstruktur).

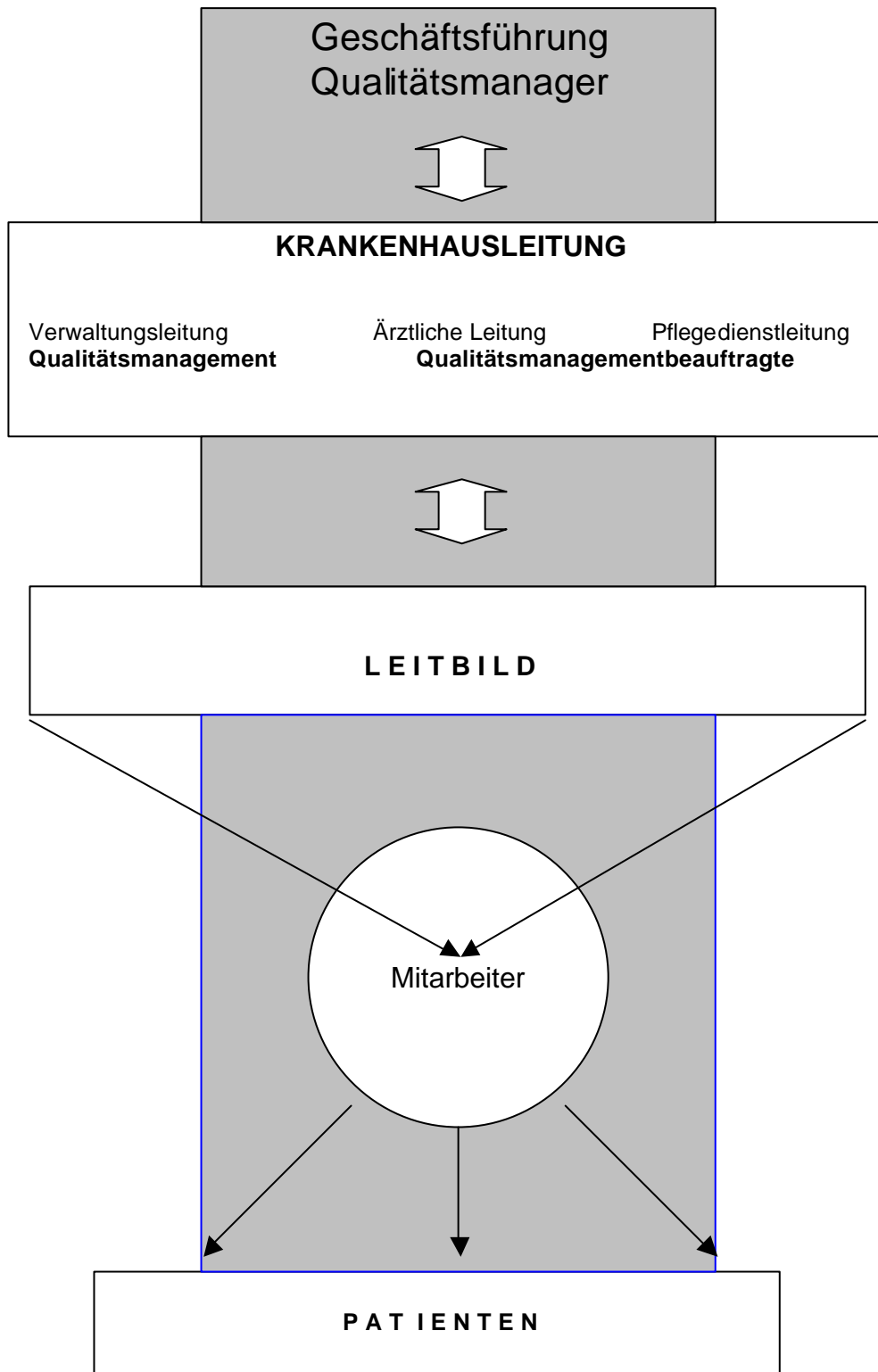
- E-2 Qualitätsbewertung

Qualitätsbewertung erfolgt im Rahmen von Supervision, Fallbesprechung, Visiten sowie Stations-, Team- und Fallbesprechungen.

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

Entfällt, da psychiatrisches Krankenhaus.

Organisationsstruktur der Burghofklinik



Zuständigkeiten, Kompetenzen und Aufgaben der Krankenhausleitung sind über die Geschäftsordnung klar geregelt. Das duale Leitungsprinzip im ärztlich-pflegerischen Bereich wird durch ein gemeinsames Auftreten des Ärztlichen Leiters und der Pflegedienstleitung repräsentiert. Es finden regelmäßige Sitzungen der Krankenhausleitung zur effektiven Kommunikation und Entscheidung statt. Die Krankenhausleitung informiert sich auf vielfältige Weise über die Entwicklung und Vorgänge im Krankenhaus. Befragungsergebnisse sowie Einzelberichte über besondere Vorkommnisse werden herangezogen. Aufgrund dieser Daten werden Verbesserungsmaßnahmen entwickelt und umgesetzt.

Zentrale Auskunfts- und Anlaufstelle für alle Patienten, Anrufer und Besucher ist die Klinikzentrale. Die Burghof-Klinik informiert über Angebot und Struktur der Klinik auf der Internet-Homepage ([www. burghof-klinik.com](http://www.burghof-klinik.com)).

Für die Planung von Diagnostik und Therapie sind Vorbefunde ein wichtiger Bestandteil. Diese fordern wir von den einweisenden Ärzten an. Während Befunde von früheren Behandlungen in der Klinik über das elektronisches Krankenblattarchiv jederzeit einsehbar sind. Die Nutzung des Krankenblattarchives ist nur durch zugangsberechtigte Mitarbeiter möglich, wodurch Datenschutz in hohem Maße gewährleistet ist.

Alle zur Behandlung relevanten Maßnahmen werden zeitnah in dem einheitlichen Dokumentationssystem (Optiplan) dokumentiert. Die Dokumentation erfolgt berufsgruppenübergreifend direkt vor Ort durch die an der Behandlung beteiligten Mitarbeiter. Die patientenbezogenen Informationen werden in der Krankenakte und in mehrmals täglich stattfindenden Teambesprechungen zusammengeführt. Entsprechende Leitlinien sind schriftlich fixiert.

Die Steuerung des Behandlungsprozesses erfolgt in Visiten, Stations-, Team- und Fallbesprechungen sowie Supervisionen.

Jeder Patient erhält am Entlassungstag einen Kurzarztbrief mit der Auflistung der verordneten Medikamente mit Diagnose und durchgeführter Therapie sowie Behandlungsempfehlung. Das interne Arztbriefcontrolling gibt vor, den abschließenden Entlassungsbrief spätestens 10 Tage nach Entlassung abzusenden.

Der Personalbedarf wird nach Berufsgruppen bzw. Fachgebieten anhand leistungsbezogener Kennzahlen erhoben. Z.B. therapeutische Mitarbeiter nach Psychiatrie-Personalversorgung (Psych-PV).

In der Arbeit mit psychisch Kranken ist ein vertrauens- und respektvoller Umgang unter allen Mitarbeitern von hoher Bedeutung. Die Krankenhausleitung fördert unterschiedliche Maßnahmen, in deren Planung die Mitarbeiter mit einbezogen sind. Diese reichen von fachbezogenen Angeboten wie regelmäßigen Supervisionen, Teamentwicklungsprozessen, über jährliche Mitarbeitergespräche bis hin zu sozialen Aktivitäten

Die Burghof-Klinik bietet interne und externe Fort- und Weiterbildungen an.

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet. Bei Arbeitsbeginn erhält er alle wichtigen Informationen mündlich und schriftlich in Form der vorliegenden Organisationsstruktur der Klinik. Die Einarbeitung in den Arbeitsbereich wird mit verantwortlichen Ansprechpartnern geplant und nach Abschluss der Einarbeitungsphase werden regelmäßige Rückmeldungsgespräche durchgeführt.

Das Krankenhaus hat einen externen Sicherheitsingenieur, einen haus-eigenen Sicherheitsbeauftragten, diese erstellen Prüfberichte auf deren Basis fortlaufend Verbesserungen vorgenommen werden. Außerdem ist ein externer Betriebsarzt bestellt, der regelmäßig Personaluntersuchungen durchführt und die Mitarbeiter berät.

Für den Brandfall ist das Haus auf vielfältige Weise gerüstet: Das Gebäude ist mit Rettungs- und Fluchtwegen und mit Feuerlöschern sowie modernen überprüften Brandmeldern ausgestattet.

Für die Organisation der Hygiene ist in der Burghof-Klinik die erforderliche Struktur geschaffen: Der Chefarzt der Klinik als Hygienebeauftragter. Es finden regelmäßig Hygienekommissionssitzungen statt, anfallende Themen werden besprochen, evtl. verbessert und umgesetzt. Hygieneprotokolle werden angefertigt. Hygieneordner liegen auf allen Stationen/Bereichen vor u.a. mit Hygiene- und Desinfektionsplänen und Arbeitsanweisungen. Außerdem gibt es regelmäßige Begehungen mit protokollierten Ergebnissen und Mitarbeiterschulungen.

Die Küche arbeitet bei Zubereitung und Verteilung der Verpflegung nach strengen Hygienerichtlinien. Unangemeldete Begehungen durch das zuständige Gesundheitsamt finden statt. Die angefertigten Protokolle bestätigen hervorragende Ergebnisse. Regelmäßig dokumentierte Schulungen sind selbstverständlich.

Die Arzneimittelkommission ist interdisziplinär besetzt, tagt regelmäßig und hat das Ziel, Qualität und Wirtschaftlichkeit unter Berücksichtigung der anwenderspezifischen Anforderungen zu optimieren.

Die Apotheke liefert aktuelle Richtlinien zur sachgerechten Lagerung und Überprüfung aller Medikamente und stellt die Einhaltung durch Begehung auf den Fachabteilungen sicher. Sie hält u. a. umfassende Informationen über Arzneimittel und deren Wechselwirkung vor und führt regelmäßig protokollierte Stationsbegehungen durch. Spezielle organisatorische Maßnahmen stellen im Übrigen sicher, dass auch selten benötigte Medikamente jederzeit verfügbar sind.

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

In der Burghof-Klinik sind folgende Projekte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum durchgeführt worden:

1. Seit 1992 steht die Burghof-Klinik im engen Kontakt mit dem Hessischen Ministerium für Gesundheit, Jugend und Familie und hat für die Zukunft die Übernahme der psychiatrischen Pflichtversorgung im Wetteraukreis mit ihren 52 Betten zugesagt. Im Laufe der Jahre wurden immer wieder verschiedene Überlegungen vonseiten des Ministeriums angestellt, in die die Burghof-Klinik eingebunden wurde. Nach mehrmonatiger Vorbereitung wurde im Oktober 2003 eine konkrete Zielplanung zur Erlangung einer diesbezüglichen Nutzung, d. h. möglichen psychiatrischen Pflichtversorgung vonseiten der Burghof-Klinik bearbeitet und dem Hess. Ministerium vorgelegt. Es wurde mit Hilfe eines Soll-Ist-Vergleiches des Raumprogramms und einer detaillierten Bestandsbewertung differenzierte Baupläne erstellt. Anfang 2004 wurden durch die Geschäftsführung dementsprechend konkrete Ziele und Handlungen zur Umsetzung der Planung festgelegt. Sie wurden in der Leitungskonferenz besprochen und durch den Ärztlichen Leiter als Qualitätsmanagement-Beauftragter an das bestehende Klinikkonzept angepasst. Von allen Mitarbeitern wurde die Umsetzung der Zielplanung vorangetrieben. Das entsprechende Qualitätsmanagementprojekt erstreckte sich über den Zeitraum von Juni 2003 bis August 2004. Teilnehmer waren der Geschäftsführer, Chefarzt, Oberarzt und die Pflegedienstleitung.
2. Immer wieder auftretende Anregungen und Kritik von Patienten in der wöchentlich durchgeführten Großgruppe werden von der Pflegedienstleitung, den Oberärzten und dem Chefarzt in der wöchentlich stattfindenden Qualitätskonferenz der Klinik besprochen und gewürdigt. Daraus wurde z. B. der Wunsch der Patienten nach einem Sommerfest deutlich. Es wurde ein Organisationskomitee benannt und das Sommerfest innerhalb der nächsten Wochen durchgeführt.
3. Ein Qualitätszirkel für alle Therapeuten und Ärzte der Burghof-Klinik unter Einbeziehung von niedergelassenen Kollegen der Region wurde 2004 ins Leben gerufen. Projektanstoß waren Anfragen nach klinischer Austauschmöglichkeit von niedergelassenen Kollegen. Außerdem wurde in den Jahren zuvor immer wieder in der hausinternen Arbeitskreissitzung zu verschiedenen Themen und in der wöchentlich stattfindenden Therapeutenbesprechung das Projekt Qualitätszirkel und zertifizierte Fortbildung angeregt und schließlich ins Leben gerufen. Die Projektgruppe besteht aus allen ärztlichen und psychologischen Therapeuten der Klinik. Ziel sollte die Zertifizierung bisher schon laufender Klinikveranstaltungen sein, die entsprechend der Vorgaben optimiert werden sollten. Der Leitende Arzt ist als anerkannter Moderator der Landesärztekammer Hessen Leiter des Qualitätszirkels, der zu sieben festgelegten, zertifizierten Terminen im Jahr tagt. Im Qualitätszirkel werden als Grundelement eines fun-

dierten Qualitätsmanagements Problembereiche der Diagnostik, Störungsbilder, diagnostische und therapeutische Leitlinien usw. besprochen, die generalisierbare Lösungen hervorbringen und zukünftiges therapeutisches Handeln optimieren, insbesondere unter Berücksichtigung der stationären und ambulanten Sichtweisen. Folgende Themen wurden inzwischen protokolliert und zertifiziert:

- Konstituierende Sitzung (Klinikseinweisungsprocedere am Wochenende 24.11.04)

Bei der einmal monatlich stattfindenden hausinternen Fortbildung durch die akademischen Therapeuten der Burghof-Klinik wurden folgende Themen abgehandelt:

- Psychosomatik in der Psychiatrie
 - Schlafstörungen – neue Entwicklung in der Behandlung
 - Biofeedback, Herr Dr. Kopfreiter
 - EMDR - Traumatherapie
4. Eine ins Leben gerufene Arbeitsgruppe, bestehend aus Leitendem Arzt, Oberärzten, Assistenzarzt und nichtärztlichem Therapeuten beschäftigt sich seit 2004 mit der Verbesserung und Effektivierung ärztlicher und fachärztlicher nach außen gehender Berichte (Kostenverlängerungsanträge, Kurzarztbriefe und ausführliche Entlassungsberichte). Durch die enge Anbindung an den niedergelassenen Bereich und der stetigen Kommunikation, wurde die Arbeitsgruppe notwendig. Die Projektdauer ist für maximal 8 Monate vorgesehen.
 5. Eine Patientenbefragung wurde über acht Wochen durchgeführt. Sämtliche entlassenen Patienten erhielten einen anonymisierten Fragebogen. Der Rücklauf betrug nahezu 100 %. Die Fragen bezogen sich auf Patientenzufriedenheit mit Arzt, Therapeut, räumliche Unterbringung, Verpflegung, Bezugspflege, sonstiges Personal und allgemeiner Zufriedenheit mit der Behandlung. Es wurde Raum gelassen für besondere Wünsche und Verbesserungsvorschläge vonseiten der Patienten. Eine Auswertung der Fragebögen ergab eine hohe Zufriedenheit der Patienten mit sämtlichen abgefragten Kategorien. Die besonderen Wünsche und Verbesserungsvorschläge der Patienten wurden aufgenommen, kritisch gewürdigt und in der Leitungskonferenz besprochen sowie konkret umgesetzt.

G. Weitergehende Informationen

? Verantwortlicher für den Qualitätsbericht

Herr G. Stein (Geschäftsführer)

Aufgrund der Größe des Hauses besteht ein fester Arbeitskreis. Die Qualitätsmanagement-Gruppe besteht aus diesen Teilnehmern:

- Geschäftsführung
- Ärztliche Leitung
- Pflegedienstleitung

- Ansprechpartner

Qualitätsbeauftragter Ärztliche Leitung
Herr Dr. med. M. Boß (Chefarzt)

Qualitätsbeauftragte Pflegedienstleitung
Frau Hofmann

- Links

Homepage: www.burghof-klinik.com