

Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V
für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

Krankenhaus: **Altscherbitz**
Anschrift: Leipziger Str. 59
 04435 Schkeuditz

Berichtsjahr: **2004**

Inhaltsverzeichnis

Basisteil	3
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	3
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	9
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	13
C Qualitätssicherung	16
C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	16
C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	17
C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)	18
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V	19
Systemteil	20
D Qualitätspolitik	20
E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	23
F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	27
G Weitergehende Informationen	29

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

Leipziger Str. 59
04435 Schkeuditz
poststelle@skhal.sms.sachsen.de
www.SKH-Altscherbitz.de

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

261400994

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Sächsisches Ministerium für Soziales Dresden

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)

255

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten:

4700

Ambulante Patienten:

5500

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)
2800	Neurologie	50		ha	Ja
2900	Allgemeine Psychiatrie	175		ha	Ja
2960	Allg. P./Tagesklin. (f. teilstat. Pfleges.)	40		ha	Ja

* 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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	B76	Anfälle mit oder ohne Langzeit-EEG	212
2	B71	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit oder ohne komplexe Diagnose	198
3	B67	Degenerative Krankheiten des Nervensystems bei oder außer Morbus Parkinson	172
4	I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich	108
5	B70	Apoplexie mit oder ohne schwere CC	91
6	B68	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit oder ohne schwere CC	88
7	B63	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion mit oder ohne äußerst schwere CC	50
8	Z64	Anderer Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	43
9	U65	Angststörungen	31
10	U63	Schwere affektive Störungen	28
11	U64	Anderer affektive und somatoforme Störungen und oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	26
12	B69	Transitorische ischämische Attacke und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit oder ohne äußerst schwere CC	26
13	B77	Kopfschmerzen	26
14	B81	Anderer Erkrankungen des Nervensystems mit oder ohne schwere CC	23
15	B66	Neubildung des Nervensystems mit oder ohne Strahlentherapie	14
16	F73	Synkope und Kollaps, Alter>55 Jahre und CC oder Alter<56 Jahre oder ohne CC	11
17	D61	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel)	10
18	B60	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie (ein Belegungstag)	8
19	C61	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges	8
20	B64	Delirium mit oder ohne äußerst schwere CC	6
21	B78	Intrakranielle Verletzung mit oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	6
22	F67	Hypertonie mit oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	6
23	B06	Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie mit oder ohne äußerst schwere CC	5
24	B72	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis Alter >80 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC, Alter <81 Jahre ohne äußerst schwere ohne schwere CC	5

25	K60	Diabetes mellitus mit oder ohne äußerst schwere CC	5
26	U61	Schizophrene Störungen	5
27	V60	Alkoholintoxikation und -entzug mit oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	5
28	K64	Endokrinopathien mit oder ohne komplexe Diagnose, mit oder ohne äußerst schwere CC	4
29	U66	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen	4
30	X62	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen mit oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	4

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

Neurologie: Schlaganfall, Epilepsie, Parkinsonsyndrom, Multiple Sklerose, Schmerztherapie,
 Psychiatrie: Behandlung von psychisch kranken Müttern mit Kleinstkindern in Rooming In Einheit,
 Sonderstation junger Erwachsener,
 Psychoedukation für Psychose-Patienten u. a. psychische Störungen (Depression und Angst),
 Gerontopsychiatrische Station mit speziellem psycho- und soziotherapeutischem Angebot,
 Therapiekette ambulant, teilstationär und stationär,
 umfangreiches Ergotherapieangebot mit Gärtnerei und Holzwerkstatt,
 computergestütztes Gedächtnistraining sowie psychologische Diagnostik am PC

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)

Psychiatrisch-psychotherapeutische ambulante Behandlung in Institutsambulanz in speziellen Fachsprechstunden (Kinder- und Jugendpsychiatrische, -psychotherapeutische Sprechstunde, gerontopsychiatrische, -psychotherapeutische Spezialsprechstunde, suchtspezifische Spezialsprechstunde, psychotherapeutische Vorschaltambulanz, psychoonkologische Spezialsprechstunde, Psychoedukation, Psychosen, spezielle Angstgruppen, Depressionsgruppe, Angehörigengruppe für depressive Patienten, schizophrene, gerontopsychiatrische (Demenz) Patienten, Entspannungsverfahren (Autogenes Training, PMR) in 2 verschiedenen Gruppen, 2 Gruppen

Ernährungsberatung, Ambulante Ergotherapie und Arbeitstherapie (Gärtnerei, Holzwerkstatt), kognitives Training am Computer (ambulante Gruppe), Lichttherapie, Sauerstofftherapie, interaktionale Problemlösegruppe, Hausbesuche, Sozialarbeiter-Sprechstunde, ambulante Patienten-Clubs, cerebrale Gefäßsprechstunde, neuromuskuläre Sprechstunde

A-2.0

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

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

	Vorhanden	Verfügbarkeit 24 Stunden sicherge- stellt	Apparate- gemeinschaft
Computertomographie	Ja	Ja	
Magnetresonanztomographie	Ja	Ja	
Herzkatheterlabor	Nein	Nein	
Szintigraphie	Nein	Nein	
Positronenemissionstomographie	Nein	Nein	
Elektronenzephalogramm	Ja	Nein	
Angiographie	Ja	Nein	
Schlaflabor	Nein	Nein	
Kernspin	Ja	Ja	
Röntgen	Ja	Ja	

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

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

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Neurologie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

alle akutneurologischen Erkrankungen, Schmerztherapie

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Epilepsie, Parkinson-Syndrom, Multiple Sklerose

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Cerebrale Gefäßsprechstunde, neuromuskuläre Sprechstunde,

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	B76	einfache und komplizierte Anfälle mit oder ohne Langzeit-EEG	212
2	B71	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit oder ohne komplexe Diagnose	198
3	B67	abbauende Krankheiten des Nervensystems bei oder außer Morbus Parkinson	172
4	I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich	108
5	B70	Schlaganfall mit oder ohne schwere Komplikationen	91
6	B68	Multiple Sklerose und kleinhirnbedingte Bewegungsunsicherheit mit und ohne äußerst schwere Komplikationen	88
7	B63	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion mit oder ohne äußerst schwere Komplikationen	50
8	Z64	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	43
9	U65	Angststörungen	31
10	U63	Schwere affektive Störungen	28

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

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	G40	196	Epilepsie
2	G35	84	Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata)
3	G20	80	Primäres Parkinson-Syndrom
4	I63	75	Hirnfarkt
5	E11	67	Polyneuropathien bei Diabetes mellitus
6	G62	50	Sonstige Polyneuropathien
7	M54	50	Rückenschmerzen
8	M51	48	Bandscheibenschäden
9	Z03	43	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen
10	F45	40	Somatoforme Störungen

B-1.1 **Allgemeine Psychiatrie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Abt. Suchtkrankh./ Gerontopsych./ Akutpsych./ Soziotherapie, Psych. bei Frauen u. Rooming-In-Einheit/ Abt. Psychotherapie/Tageskl./ Institutamb./ volle Ausbildungsermächtigung/ Ergotherapie / Pat.klubs, Soziotherapie

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Qualifizierte Entgiftung und Suchtbehandlung in Suchtabteilung, gerontopsychotherapeutische Behandlung (Stat. PG3), Behandlung junge Erwachsene mit psychiatrischen Erkrankungen auf besonderer Teilstation und eigenem Setting, Rooming-in-Einheit (psychisch kranke Mütter, postpartal und Säugling), stationäre / teilstationäre / ambulante übergreifende Gruppentherapien (Entspannungsverfahren, Psychoedukation, Depressionsgruppe, Angstgruppe, Ernährungsberatung mit Diätassistentin,

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Psychische Therapie mit Haustieren (Katze, Hund, Zwergkaninchen),sehr ausgedehnte Arbeitstherapie mit Werkstätten, eigener Gärtnerei und Beschäftigungstherapie, Therapie von nicht stoffgebundenen Süchten (Spiel-, Kaufsucht ...)

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

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

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	F10	948	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Substanzmissbrauch
2	F03	324	Nicht näher bezeichnete Demenz
3	F19	301	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (Substanzmissbrauch)
4	F20	267	Schizophrenie
5	F32	235	Depressive Episode
6	F06	109	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
7	F33	98	Rezidivierende depressive Störung
8	F11	96	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
9	F43	90	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
10	F60	89	Spezifische Persönlichkeitsstörungen

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

0

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

	EBM-Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
1	0		

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

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)

Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)

5000

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

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl der Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
2800	Neurologie	7	3	4
2900	Allgemeine Psychiatrie	22	12	9
	Gesamt	29	15	13

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

3

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 Krankenschwestern/-pfleger/ in (1 Jahr)
2800	Neurologie	26	97	39	3
2900	Allgemeine Psychiatrie	118	75	18	18
	Gesamt	144,00	172,00	57,00	21,00

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

Leistung ¹	OPS der einbezogenen Leistungen ¹	Mindestmenge ¹ (pro Jahr) pro KH / pro gelistetem Operateur ²	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH (4a)/ pro gelistetem Operateur (4b) ²		
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Lebertransplantation		10	Nein			
Nierentransplantation		20	Nein			
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus		5/5	Nein			
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas		5/5	Nein			
Stammzelltransplantation		12+/- 2 [10-14]	Nein			

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

Systemteil

D Qualitätspolitik

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

Das Sächsische Krankenhaus Altscherbitz ist ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Neurologie und Forensische Psychiatrie und steht unter der Trägerschaft des Sächsischen Sozialministeriums.

Hauptanliegen ist uns die ganzheitliche Versorgung unserer Patienten. Für uns ist deshalb der Patient nicht nur psychiatrisch oder neurologisch krank und betroffen von einer ganz bestimmten Diagnose, sondern wir bemühen uns, das psychosoziale Umfeld, die Lebensgeschichte, die Gefühlslage und die nicht seltenen Begleiterkrankungen in unterschiedlichen Fachgebieten bei Untersuchungen, Behandlungen und Gesprächen mit den Patienten und ihren Angehörigen zu berücksichtigen. Dabei orientieren wir uns immer an den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen und medizinischen Leitlinien in Diagnostik und Behandlung. Es sind uns immer die individuellen Erfordernisse und Bedürfnisse jedes einzelnen Patienten Maßstab unseres Handelns. Wir orientieren uns nicht an dem Machbaren, sondern an dem Sinnvollen. Dies schließt auch den kritisch distanziernten Umgang mit intensivmedizinischer Behandlung sterbender oder dem Sterben naher Patienten ein.

Wir verstehen uns als ein Krankenhaus, das aufgrund einer fachlichen Ausrichtung und der Qualifikation der Mitarbeiter ganz bewusst die Brücke zwischen körperlichem und psychischem Leiden schlägt. Wir lehnen eine Zweiteilung von Psyche und Körper ab, da beide eine untrennbare Einheit bilden.

Insofern sehen wir Entwicklungen im Gesundheitswesen, die bei bestimmten Erkrankungen starre und vorwiegend auf statistischen Erhebungen beruhende Behandlungsleitlinien fordern, kritisch. Der kranke Mensch ist ein Individuum und nur sehr begrenzt mit statistischen Methoden zu erfassen.

Wir möchten außerdem ganz vehement Entwicklungen entgegentreten, die eine Einteilung in lukrative und weniger lukrative Patientengruppen Vorschub leisten. Für uns haben alle Kranken den gleichen uneingeschränkten Anspruch auf medizinische Versorgung und Hilfe.

Als Qualitätskriterium unserer Arbeit dient uns die Bewertung und Beurteilung durch unsere Patienten und die ärztlichen Partner in den niedergelassenen Praxen und anderen Krankenhäusern. Die Erfassung geschieht über Fragebögen und das persönliche Gespräch mit den Patienten, aber auch mit den niedergelassenen Ärzten. Darüber hinaus entwickeln wir Beurteilungskriterien nicht nur für die subjektive, sondern auch für die objektiv erreichte Behandlungsqualität unserer Patienten während ihres stationären Aufenthaltes, aber auch für die darüber hinaus gehende Phase. Wir engagieren uns in der systematischen Aufklärung (Psychoedukation) von Patienten bei Ersterkrankung einer chronisch verlaufenden Erkrankung, weil wir wissen, dass aufgeklärte Patienten in einer Behandlungspartnerschaft einen günstigeren Verlauf ihrer Erkrankung aufweisen. Wir beziehen alle

einen günstigeren Verlauf ihrer Erkrankung aufweisen. Wir beziehen alle Mitarbeiter/innen in diese Aufklärung und in die ganzheitliche individuelle Patientenbetreuung ein.

Wir schätzen die Fachkompetenz jedes einzelnen Mitarbeiters an seinem Arbeitsplatz hoch ein. Die Mitarbeiter sind aufgefordert, sich fortlaufend in die Diskussion um Veränderungen, Perspektiven und Ziele einzubringen und hierzu Verantwortung zu übernehmen. Wir bemühen uns um einen partnerschaftlichen und kooperativen Führungsstil. Ein gemeinsames Leitbild, das von allen Mitarbeitern verstanden und gelebt wird, ist uns sehr wichtig und wird derzeit erstellt. Hierbei ist uns auch die Mitarbeit aller Beschäftigten bei der Zielplanung und Zielverwirklichung unseres Krankenhauses ein Anliegen. Wir fordern von allen Mitarbeitern hohes Engagement, das immer den Patienten in den Mittelpunkt des Interesses stellt. Dort, wo ein solches Engagement fehlt oder verloren geht, treten wir energisch entgegen. Die kontinuierliche Weiterbildung aller Mitarbeiter ist für uns unabdingbar für eine fortlaufend hohe Qualität der Patientenversorgung und auch Kriterium für Engagement und Kompetenz jedes einzelnen Mitarbeiters.

Wir führen fortlaufende Informationen der niedergelassenen Ärzte und der Öffentlichkeit über unsere Behandlungsinhalte und -schwerpunkte durch. Hierbei nutzen wir Informationsveranstaltungen, Flyer, Weiterbildungsveranstaltungen, Kliniktage und die Mitarbeit in regionalen und überregionalen Fachgremien und -ausschüssen.

Sehr dezidiert sind wir bemüht, neue Entwicklungen im Gesundheitssystem aufzugreifen und umzusetzen, die z. B. das Gesundheitsmodernisierungsgesetz bietet. Dabei ist uns insbesondere die Vernetzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ein spezielles Anliegen. Wir bereiten derzeit die Etablierung eines Medizinischen Versorgungszentrums im radiologischen und internistischen Bereich am Krankenhaus vor, wir befinden uns in der Planung integrierter Versorgungsmodelle mit niedergelassenen Nervenärzten und anderen Krankenhäusern.

Wir haben zum Jahreswechsel 2004/2005 ein Kooperations- und Versorgungskonzept von überregionaler Bedeutung erfolgreich etabliert, das Vorbildwirkung für andere Krankenhäuser und für die Zukunftsfähigkeit kleinerer Krankenhäuser hat. Wir sind eine umfassende Kooperation mit der Helios-Klinik Schkeuditz eingegangen. In einem modernen gemeinsamen Kliniksneubau sind alle medizinischen Fachbereiche der Helios-Klinik Schkeuditz (Chirurgie, innere Medizin und Gynäkologie sowie Intensivmedizin) gemeinsam mit der Neurologie unseres Krankenhauses untergebracht. Die Gerontopsychiatrie ist diesem Neubau mit einem eigenen Neubau mit Verbindungsbau angegliedert worden. Die Radiologische Abteilung mit Magnetresonanztomografie, Computertomografie und Mammografie, das Krankenhauslabor und die Physiotherapieabteilung unseres Krankenhauses sind ebenfalls in diesem gemeinsamen Neubau untergebracht worden. Sie stehen weiter unter der Leitung des Sächsischen Krankenhauses Altscherbitz und versorgen die Patienten der Helios-Klinik Schkeuditz mit. Fachlich-administrative Kooperationen haben sich zudem mit der Notaufnahme, in der Terminvergabe und -koordination, in der Patientenmeldung, aber auch in der Speisenversorgung etabliert. Es sollen gemeinsame fachübergreifende

der Speisenversorgung etabliert. Es sollen gemeinsame fachübergreifende Konzepte für die Versorgung spezieller Krankheitsgruppen etabliert werden. Hier resultieren Synergieeffekte im medizinisch-fachlichen, administrativen und wirtschaftlichen Bereich.

Zudem ist die Tatsache nicht zu unterschätzen, dass eine erfolgreiche derartige Kooperation zwischen einem öffentlich-rechtlichen Krankenhaus und einem Privatkrankenhaus Vorbildcharakter haben kann für zukünftige Modelle kooperativer Beziehungen unterschiedlicher Leistungsanbieter und Krankenhäuser, denn nur dadurch ist einerseits eine Trägervielfalt zu bewahren und andererseits die Patientenversorgung bei hoher Qualität auch zukünftig wirtschaftlich zu sichern.

Die Zukunftsfähigkeit unseres Krankenhauses misst sich am Umfang der Investitionen für die Aus- und Weiterbildung sowie Spezialisierung der Mitarbeiter, wobei die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, wie beispielsweise Vereinbarkeit von Beruf und Familie, beachtet werden muss.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

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

Seit Beginn des Jahres 2001 wurde mit der Einführung eines Qualitätsmanagment-Systems aktiv begonnen. Als Grundlage dient der KTQ - Manual. Es wurde der Lenkungsausschuss QM bestehend aus der KH-Leitung, Chefärzten, Oberärzten, Mitarbeitern des Pflegedienstes und Stabsstellen gebildet. Nach Umsetzung ausgewählter Projekte starteten wir 2003 mit der Selbstbewertung nach PDCA Schritten laut KTQ um einen vollständigen und koordinierten Überblick zur Umsetzung des Qualitätsmanagements zu erlangen und somit ein krankenhaushumfassendes Konzept zur Weiterentwicklung des QM zu erstellen.

Der Lenkungsausschuss ist interdisziplinär besetzt. Mitarbeiter aller Leitungsebenen angefangen von der KH-Leitung über die Chefärzte, Oberärzte bis hin zu den Stationspflegern arbeiten im Ausschuss mit. Bei der Bildung der Projektteams wird diese Besetzungsvariante durch den Ausschuss weiter fortgeführt. In den Projektteams werden qualitätsrelevante Prozesse bewertet und bei Notwendigkeit umgestaltet. Dokumentationen und Prozessänderungen werden den zuständigen Bereichen nach Zustimmung des Lenkungsausschusses zur Verfügung gestellt und Arbeitsablaufstandards als Handlungsvorlage veröffentlicht.

Die Planung, Erstellung von Konzepten, Festlegung der Ziele und Durchführung bestimmter Projekte des QM erfolgt ausgehend vom Lenkungsausschuss. Dabei wird auf die Einbeziehung aller Berufsgruppen geachtet. Durch die feste Etablierung des Lenkungsausschusses in alle Krankenhausabläufe laufen alle Maßnahmen und Entscheidungen des QM generell zentral über den Ausschuss und werden von dort in alle Ebenen zurück geleitet.

Die Koordination der Ziele und Maßnahmen erfolgt monatlich in den Sitzungen des Lenkungsausschusses. Zur Veröffentlichung zentraler Anliegen wird die Krankenhauszeitung sowie das EDV-Netz des Krankenhauses genutzt. Die Dokumentation des QM erfolgt im KTQ-Doc (Software), welches allen Mitarbeitern zur Einsichtnahme oder Bearbeitung zur Verfügung steht.

Die Einführung des QM im SKH basierte vorerst ausschließlich auf der internen Qualitätsentwicklung. Es sollten Abläufe analysiert und umstrukturiert werden, um eine optimalere Patientenversorgung zu gewährleisten mit dem Ziel die interne Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Bereichen strukturierter und kostengünstiger zu gestalten. Dieser Aspekt steht im Mittelpunkt des QM und soll in den nächsten Jahren in Richtung Pathway's modifiziert werden.

Alle Festlegungen des QM werden in Protokollen dokumentiert, die Durchführung von Projekten werden in den monatlichen Sitzungen des Lenkungsausschusses durch verantwortliche Mitarbeiter vorgestellt und weitere Vorgehensweisen festgelegt und protokolliert. Erst nach vollständigem Abschluss eines Projektes und Festlegung der Verantwortlichkeiten zur

Aktualisierung erarbeiteter Dokumente oder Ablaufstandards wird das Projektteam aus seiner Verantwortung entlassen.

Das Ziel, die eigene Leistungsfähigkeit darzustellen, Verbesserungspotentiale zu erkennen und Abläufe optimaler zu gestalten, zeigt sich in der Durchführung sehr kompliziert. Nach kritischer Betrachtung durch den Lenkungsausschuss sind einige Versorgungsstrukturen nicht ausreichend beleuchtet worden. Um die eigene Sichtweise zu öffnen, möchten wir in Zusammenarbeit mit einem bereits zertifizierten Krankenhaus aus Bernburg die Herangehensweise nochmal beleuchten und zusätzlich andere Wege zur Verbesserung der Ablauforganisation der Patientenversorgung beschreiben.

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

Bereits im Vorfeld dieser Selbstbewertung wurde ein Lenkungsausschuss mit berufs- und hierarchieübergreifender Besetzung innerhalb des Krankenhauses gebildet, welcher sich mit allen wichtigen Arbeitsabläufen unter dem Gesichtspunkt des Qualitätsmanagements innerhalb des Krankenhauses beschäftigte. In von diesem eingesetzten Arbeitsgruppen wurden Arbeitsbereiche analysiert und bewertet, so dass in notwendigen Fällen eine Optimierung in den Arbeitsabläufen erfolgen konnte.

Seit zwei Jahren arbeitet dieser Lenkungsausschuss auf Basis des Manual 4 des KTQ-Katalogs. In monatlichen Beratungen werden die Arbeiten zur Selbstbewertung koordiniert und zusätzliche Arbeitsgruppen für einzelne Abschnitte dieses Katalogs eingesetzt.

Innerhalb dieses Katalogs werden alle Arbeitsabläufe auf den unterschiedlichen Ebenen in einem Krankenhaus in verschiedenen Kategorien zusammengefasst und bewertet.

So umfasst die erste Kategorie die unmittelbare medizinische Behandlung der Patienten, beginnend mit der Vorbereitung einer stationären Behandlung über die Aufnahme, erste Diagnostik, die unmittelbare Patientenversorgung auf Station bis hin zum Übergang in eine kontinuierliche Weiterbetreuung. Hier floss die Zuarbeit von mehreren berufsspezifischen Arbeitsgruppen mit ein, deren Mitglieder alle Kliniken der Einrichtung repräsentierten. Bezug nehmend auf einen optimal geplanten Arbeitsablauf wurden anhand einer Checkliste die konkreten Vorgehensweisen innerhalb des Hauses erfasst und verglichen. Dadurch wurden notwendige Verbesserungen und erforderliche Vereinheitlichungen innerhalb einzelner Bereiche sichtbar.

Ebenfalls wurde in diesen Schritt die Bewertung der Wirkungsweise und Effektivität von Kontrollinstrumenten einbezogen. Dadurch ist eine ständige Kontrolle von Qualität und entsprechend kurzfristige Maßnahmen zur Verbesserung in den Teilbereichen möglich.

Analog wurde mit weiteren Kategorien verfahren, welche die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit innerhalb des Krankenhauses, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement selbst umfassen.

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

Externe vergleichende Qualitätsmaßnahmen etablierten sich durch die Teilnahme an Krankenhausvergleichen z. B. an der jährlichen BAG Umfrage - der Träger psych. Krankenhäuser - und der daraus resultierenden Auswertungen oder durch die Einführung der Kostenträgerrechnung. Hiermit können Kostenstrukturen Fall- oder Diagnosebezogen im Vergleich zu den landesweit ermittelten Kostenstrukturen des INEK (Institutes) analysiert und ausgewertet werden.

Ab dem Jahr 2005 sind wir gesetzlich verpflichtet, nach § 10 Abs.1 der Vereinbarung über Maßnahmen der QS für nach § 108 SGB V zugelassenen KH an dem Verfahren zur Dokumentation von QS Maßnahmen teilzunehmen.

Es wurde die notwendige Software beschafft und ein beauftragter Arzt der Neurologie überwacht die Dokumentation. Mit der Pflicht zur Veröffentlichung des Qualitätsberichtes im Jahr 2005 wird ein offenes Podium für externe vergleichende Qualitätssicherung für alle KH geschaffen, an welchem wir gezielt teilnehmen .

Entsprechend § 137 SGB V werden im Rahmen der im Abstand von fünf Jahren zu erfüllender Fortbildungspflicht für Krankenhausärzte regelmäßige externe und interne Weiterbildungen mit Zertifizierung angeboten.

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

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

Das SKH Altscherbitz hat im Berichtszeitraum folgende Projekte erarbeitet und teilweise deren Ergebnisse umgesetzt:

Das Projektteam "Pflegeleitbild" wurde 2001 gegründet, um das Pflegeleitbild zu erarbeiten. Am 01.01.2002 konnte das Leitbild in Kraft gesetzt werden und hat noch seine volle Gültigkeit.

Mit Gründung des Lenkungsausschusses 2001 etablierten sich die AG's Verwaltung und Medizinischer Bereich, um im Rahmen des Qualitätsmanagement koordinierende Themen zu erfassen und Standards zu erarbeiten.

Seit 2002 arbeiten Mitarbeiter der Psychiatrie als Projektgruppe im Psychiatriebeirat der Stadt Leipzig mit. Ebenso ist ein Projektteam "Psychiatrie und Psychotherapie" der Gerontopsychiatrie in der PSAG (Psychiatrische Arbeitsgemeinschaft) der Stadt Leipzig etabliert. In diesen Gruppen werden alle aktuellen Fragen, Forderungen und Neuerungen thematisiert, um übergreifend für die Einrichtungen Standards und Umsetzungskriterien festzulegen.

Im Zeitraum 2002 und 2003 wurden durch Projektteams Projektarbeiten zur Erarbeitung von Ablauforganisationsstandards gegründet. Folgende Standards wurden erstellt und in Kraft gesetzt: "Patientenaufnahme", "Patientenorientierung", "Empfang/Pforte" und "Ergotherapie".

Im Bereich Neurologie wurden durch AG-Mitglieder Diagnoseleitlinien erarbeitet, um den Einstieg in das Optionsmodell 2003 zu garantieren.

2003 bildeten sich weitere kleinere Arbeitsgruppen

"Mitarbeiterorientierung" und "Sicherheit im Krankenhaus". Die resultierenden Ergebnisse wurden dem Lenkungsausschuss vorgestellt und durch diesen bestätigt und umgesetzt.

2003 wurde durch ein Projektteam die Abfallbewertung- und Abfallanalyseerfassung erarbeitet. Nach diesen Kriterien wird im SKH seit 2003 gearbeitet und es werden positive Ergebnisse bei der Abfallbilanzierung erreicht.

Seit 2003 werden durch die Instruktoren "Rückengerechter Patiententransfer", bestehend aus Pflegekräften der Neurologie und Psychiatrie regelmäßige Schulungen für alle Pflegenden vorgehalten. Die Instruktorenausbildung für diese benannten Mitarbeiter erfolgt in Zusammenarbeit mit der Unfallkasse Sachsen.

2004 erarbeitete die AG Ethik einen Ablaufstandard zum "Umgang mit Sterbefällen". Weiterhin wurde 2004 durch den ärztlichen Dienst der Standard zur "Einarbeitung neuer ärztlicher Mitarbeiter einschließlich gängiger Therapieleitlinien" für die Psychiatrie sowie für die Neurologie erarbeitet und in Kraft gesetzt.

Gemeinsam mit dem ärztlichen Dienst und dem Pflegedienst des SKH wurde 2004 eine Mitarbeiterin für das "Wundmanagement" verantwortlich gemacht.

1 x wöchentlich werden durch die Chefärztin Psychiatrie und die Wundmanagerin, Wundvisiten in den Bereichen durchgeführt und daraus resultierende Maßnahmen eingeleitet.

Laufende Projekte seit 2003 sind :

Erarbeitung der Ablauforganisation "Funktionsdiagnostik" mit dem Ziel, die

Anmeldeprozeduren und Bestellzeiten für Patienten und Mitarbeiter zu optimieren, um die Stationsablaufplanung im Sinne einer wirtschaftlichen Personaleinsatzplanung zu garantieren. Die Projektarbeit "Medizinprodukte" ist zur Zeit noch in der Erstellung. Ergebnisse hierzu werden 2005 erwartet. 2004 wurden folgende Projektarbeiten begonnen:

Die Erarbeitung des "Klinikleitbildes" und der Standard zur "Einarbeitung neuer Mitarbeiter im Pflegedienst" ist begonnen. Zielsetzung dieser Projekte ist die Umsetzung im Herbst 2005.

2005 wurde mit folgenden Projektvorbereitungen begonnen:

Gemeinsam mit der Unfallkasse Sachsen und dem Bildungszentrum des SMS werden für das SKH Mitarbeiter als Multiplikatoren ausgebildet, welche im Umgang mit schwierigen Patienten speziell geschult werden und sanfte Abwehr- sowie spezielle Gesprächstechniken erlernen. Nach erfolgter Ausbildung werden durch diese Multiplikatoren, regelmäßige Schulungen und Trainingsstunden für alle Mitarbeiter des AD und PD angeboten. Ziel 2. Halbjahr 2005.

Im November 2005 wird eine AG "Pflege- und Behandlungsstandards" gegründet. Das Ziel dieser AG wird sein, alle bisher gültigen Standards regelmäßig auf Aktualität zu prüfen, zu überarbeiten, neue Standards zu erarbeiten und diese gemeinsam mit der Ärztlichen sowie der Pflegedienstleitung umzusetzen.

Im Bereich Forensische Psychiatrie wurden 5 Mitarbeiter zu Erstsprechern durch das BZ Meißen und das LKA ausgebildet. Dieses Team wurde speziell zu "Ersten Maßnahmen bei Geiselnahmen und Übergriffen" geschult, um die Zeit bis zum Eintreffen von Amtshilfe professionell zu überbrücken. Die Erstsprecher übernehmen ab 06/05 diese Aufgabe für den MRV.

Für den Bereich der Psychiatrie soll dieses Projekt 2006 erweitert werden.

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Herr Lori, Verwaltungsleiter

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

Krankenhausleitung:

Herr Lori, Verwaltungsleiter

Herr Dr. Vetter, Ärztlicher Leiter

Frau Knietzsch, Pflegedienstleiterin

Frau Neu, Qualitätsbeauftragte

Herr Kaewel, Patientenfürsprecher

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

www.sms.sachsen.de

www.skh-altscherbitz.de
