



# **Strukturierter Qualitätsbericht**

**für das Berichtsjahr 2004**

**für das Psychiatrische Krankenhaus Halle (Saale)**

**Version 1.1.**

**17. August 2005**

---

Herausgeber: Psychiatrisches Krankenhaus Halle (Saale)

---

## **Inhaltsverzeichnis**

Inhaltsverzeichnis	3
<b>Basisteil</b>	<b>5</b>
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	5
A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses	5
A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	5
A-1.3 Name des Krankenhausträgers	5
A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?	5
A-1.5 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108/109 SGB V	5
A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:	5
A- 1.7 A Fachabteilungen	6
A-1.7 B Mindestens Top 30 DRG	7
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?	8
A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten	9
A-2.1.1 Apparative Ausstattung	9
A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten	9
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	10
B-1.1 Name der Fachabteilung:	10
B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:	10
B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:	10
B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:	10
B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG	11
B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr	11
B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr	12

---

B-2	Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	13
B-2.1	Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V	13
B-2.2	Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen	13
B-2.3	Sonstige ambulante Leistungen	13
B-2.4	Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst	14
B-2.5	Personalqualifikation im Pflegedienst	15
C	Qualitätssicherung	16
C-1	Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	16
C-2	Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V	17
C-3	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	17
C-4	Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease - Management - Programmen (DMP)	17
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	18
C-5.2	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	21
	<b>Systemteil</b>	<b>22</b>
D	Qualitätspolitik	22
E	Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	29
E-1	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus	29
E-2	Qualitätsbewertung	29
E-3	Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	30
F	Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	31
G	Weitergehende Informationen	32

---

## **Basisteil**

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

#### **A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses**

Straße: Zscherbener Str. 11

PLZ und Ort: 06124 Halle (Saale)

Postfach:

Postfach-PLZ und Ort:

E-Mail-Adresse: info@pkh-halle.de

Internetadresse: www.pkh-halle.de

#### **A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses**

Institutionskennzeichen: 261500746

#### **A-1.3 Name des Krankenhausträgers**

Krankenhausträger: Stadt Halle (Saale)

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

Akad. Lehrkrankenhaus: ( Nein ) (bitte auswählen: Ja/Nein)

#### **A-1.5 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108/109 SGB V**

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

Anzahl Betten. 100

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

Stationäre Patienten: 1.383

Ambulante Patienten: 0

### A- 1.7 A Fachabteilungen

FA-Kode § 301 SGB V	Name der Fachabteilung	Zahl der Betten	Zahl der stationären Fälle	HA (Hauptabteilung) oder BA (Belegabteilung)	Poliklinik/ Ambulanz ja/nein
0100	Innere Medizin				
0200	Geriatrie				
0300	Kardiologie				
0400	Nephrologie				
0500	Hämatologie und inter- nistische Onkologie				
0600	Endokrinologie				
0700	Gastroenterologie				
0800	Pneumologie				
0900	Rheumatologie				
1000	Pädiatrie				
1100	Kinderkardiologie				
1200	Neonatologie				
1300	Kinderchirurgie				
1400	Lungen- und Bronchialheilkunde				
1500	Allgemeine Chirurgie				
1600	Unfallchirurgie				
1700	Neurochirurgie				
1800	Gefäßchirurgie				
1900	Plastische Chirurgie				
2000	Thoraxchirurgie				
2100	Herzchirurgie				
2200	Urologie				
2300	Orthopädie				
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe				
2425	Frauenheilkunde				
2500	Geburtshilfe				
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde				
2700	Augenheilkunde				
2800	Neurologie				
2900	Allgemeine Psychiatrie	100	1.383	HA	ja
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie				
3100	Psychosomatik/Psycho- therapie				
3200	Nuklearmedizin				
3300	Strahlenheilkunde				
3400	Dermatologie				
3500	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie				
3600	Intensivmedizin				
3700	Sonstige Fachabteilung				

### **A-1.7 B Mindestens Top 30 DRG**

(nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr

<b>Rang</b>	<b>DRG 3-stellig</b>	<b>Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)</b>	<b>Fallzahl</b>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

### **A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote**

(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Das Psychiatrische Krankenhaus Halle ist ein Krankenhaus der Spezialversorgung lt. Krankenhausplan Sachsen-Anhalt und nimmt an der bedarfsgerechten stationären, teilstationären und ambulanten psychiatrischen u. psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung der Stadt Halle u. des Saalkreises teil.

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? ( Ja ) (bitte auswählen: Ja / Nein)

### **A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Es besteht eine Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 Abs. 1 SBG V.

### **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

Leistungsbereich	Vorhanden		Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	
	JA	NEIN	JA	NEIN
Computertomographie		X		
Magnetresonanztherapie (MRT)		X		
Herzkatheterlabor		X		
Szintigraphie		X		
Positronenemissionstomographie (PET)		X		
Elektroenzephalogramm (EEG)	X			X
Angiographie		X		
Schlaflabor		X		
EKG	X		X	

### A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Leistungsbereich	Vorhanden	
	JA	NEIN
Physiotherapie	X	
Ergotherapie	X	
Gruppenpsychotherapie	X	
Einzelpsychotherapie	X	
Psychoedukation	X	
Thrombolyse		X
Bestrahlung		X
Sport- und Bewegungstherapie	X	
Tanztherapie	X	
kommunikative Bewegungstherapie	X	
Elektrokrampftherapie (EKT)	X	
Lichttherapie	X	
Sozialtherapie	X	
Sozialarbeit in der Psychiatrie	X	
Suchtsozialtherapie	X	

## **B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**

### ***B-1.1 Name der Fachabteilung:***

Psychiatrie

### ***B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:***

(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Akutbehandlung sämtlicher Erkrankungen des psychiatrischen Fachgebiets, Aufnahme von Patienten mit Unterbringung nach dem Landesgesetz über die Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (PsychKG LSA), Entgiftung von Alkohol und illegalen Drogen, Depressionsstation, Therapie endogener Psychosen, Gerontopsychiatrie, Therapie von Angsterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen

### ***B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:***

Psychiatrische Tagesklinik mit multimodalem gruppentherapeutischem Behandlungskonzept; indikationsbezogene Gruppen mit tiefenpsychologischem bzw. verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt bzw. Gruppe zum Training sozialer Kompetenz mit Schwerpunkt Psychoedukation

### ***B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:***

Suchttherapie mit Entgiftung von illegalen Drogen, auch substitutionsgestützt, nach Vermittlung durch niedergelassene Ärzte oder Beratungsstellen

Alkoholentgiftung mit Informations- u. Motivationsgruppen, Kontakt zu Selbsthilfegruppen in der Klinik

Institutsambulanz mit Behandlung schwer u. chronisch Kranker

**B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG**

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, 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**

Rang	ICD-10 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	151
2	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	119
3	F20.0	Paranoide Schizophrenie	91
4	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	88
5	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	70
6	F43.2	Anpassungsstörungen	67
7	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	55
8	F10.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	45
9	F43.0	Akute Belastungsreaktion	34
10	F06.8	Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	30

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

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

<b>Rang</b>	<b>OPS (4-stellig)</b>	<b>Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)</b>	<b>Fallzahl</b>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

## **B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**

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

Gesamtzahl im Berichtsjahr: 0

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

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung\* im Berichtsjahr

<b>Rang</b>	<b>EBM- Nummer 4-stellig</b>	<b>Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)</b>	<b>Fallzahl</b>
1			
2			
3			
4			
5			

Sofern keine Unterteilung nach Fachabteilungen vorhanden ist, erfolgt die Auflistung über das Gesamt-Krankenhaus.

### **B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen**

(Fallzahl für das Berichtsjahr)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V) 0 (Fälle)

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V) 0 (Fälle)

Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V) 0 (Fälle)

## B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
0100	Innere Medizin			
0200	Geriatric			
0300	Kardiologie			
0400	Nephrologie			
0500	Hämatologie und internistische Onkologie			
0600	Endokrinologie			
0700	Gastroenterologie			
0800	Pneumologie			
0900	Rheumatologie			
1000	Pädiatrie			
1100	Kinderkardiologie			
1200	Neonatalogie			
1300	Kinderchirurgie			
1400	Lungen- und Bronchialheilkunde			
1500	Allgemeine Chirurgie			
1600	Unfallchirurgie			
1700	Neurochirurgie			
1800	Gefäßchirurgie			
1900	Plastische Chirurgie			
2000	Thoraxchirurgie			
2100	Herzchirurgie			
2200	Urologie			
2300	Orthopädie			
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe			
2425	Frauenheilkunde			
2500	Geburtshilfe			
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde			
2700	Augenheilkunde			
2800	Neurologie			
2900	Allgemeine Psychiatrie	16	6	10
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie			
3100	Psychosomatik/Psycho- therapie			
3200	Nuklearmedizin			
3300	Strahlenheilkunde			
3400	Dermatologie			
3500	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie			
3600	Intensivmedizin			
3700	Sonstige Fachabteilung			

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 2

## B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegerkräfte insgesamt	Prozentualer Anteil		
			Krankenschwestern-/pfleger		Krankenpflege- helfer/-in  (1 Jahr)
			examiniert  (3 Jahre)	mit entspr. Fach- weiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	
0100	Innere Medizin				
0200	Geriatrie				
0300	Kardiologie				
0400	Nephrologie				
0500	Hämatologie und inter- nistische Onkologie				
0600	Endokrinologie				
0700	Gastroenterologie				
0800	Pneumologie				
0900	Rheumatologie				
1000	Pädiatrie				
1100	Kinderkardiologie				
1200	Neonatologie				
1300	Kinderchirurgie				
1400	Lungen- und Bronchialheilkunde				
1500	Allgemeine Chirurgie				
1600	Unfallchirurgie				
1700	Neurochirurgie				
1800	Gefäßchirurgie				
1900	Plastische Chirurgie				
2000	Thoraxchirurgie				
2100	Herzchirurgie				
2200	Urologie				
2300	Orthopädie				
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe				
2425	Frauenheilkunde				
2500	Geburtshilfe				
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde				
2700	Augenheilkunde				
2800	Neurologie				
2900	Allgemeine Psychiatrie	73	77	12	11
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie				
3100	Psychosomatik/Psycho- therapie				
3200	Nuklearmedizin				
3300	Strahlenheilkunde				
3400	Dermatologie				
3500	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie				
3600	Intensivmedizin				
3700	Sonstige Fachabteilung				
	<b>Gesamt</b>	73	77	12	11

## 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	
	JA	NEIN	JA	NEIN	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 Aortenklappenchirurgie					
14	Koronarangiografie/ Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)					
15	Koronarchirurgie					
16	Mammchirurgie					
17	Perinatalmedizin					
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19					
19	Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose					
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-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V**

Leistung	OPS der einbezogenen Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH/ pro Arzt	Leistung wird vom Krankenhaus erbracht Ja/Nein	Erbrachte Menge		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH	pro Arzt	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
<b>Lebertransplantation</b>		<b>10</b>				
	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					
<b>Nierentransplantation</b>		<b>20</b>				
	5-555.0					
	5-555.1					
	5-555.2					
	5-555.3					
	5-555.4					
	5-555.5					
	5-555.x					
	5-555.y					

Leistung	OPS der einbezogenen Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH/ pro Arzt	Leistung wird vom Krankenhaus erbracht Ja/Nein	Erbrachte Menge		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH	pro Arzt	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komplexe Eingriff 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**					

Leistung	OPS der einbezogenen Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH/ pro Arzt	Leistung wird vom Krankenhaus erbracht Ja/Nein	Erbrachte Menge		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH	pro Arzt	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komplexe Eingriff am Organsystem Pankreas	5-521.0	5/5				
	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					
	5-411.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						

(Grau unterlegte Felder sind nicht auszufüllen)

**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)

Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand

Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung

## Systemteil

### D Qualitätspolitik

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

Das Psychiatrische Krankenhaus Halle (PKH) nimmt als Krankenhaus der Spezialversorgung an der bedarfsgerechten stationären, teilstationären und ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung teil. Einzugsgebiete sind die Stadt Halle, der Saalkreis und umliegende Landkreise. Gemeinsam mit der Psychiatrischen Universitätsklinik nimmt das PKH die Aufgaben der regionalen Versorgungsverpflichtung wahr.

#### Sozialpsychiatrisches und wissenschaftliches Leitbild

Das PKH versteht seine Tätigkeit als sozialpsychiatrischen Auftrag. Das bedeutet, dass nicht nur der Aufenthalt des Patienten im Krankenhaus von Bedeutung ist, sondern stets auch seine sozialen Bezüge in der Zeit vor und nach der Erkrankung, sei es in der Familie, am Arbeitsplatz, im Wohnumfeld oder in einer Reha-Einrichtung. Enge Kontakte und Kooperationsbeziehungen zu niedergelassenen Haus- und Fachärzten, zu benachbarten Kliniken, zu Reha-Einrichtungen für psychisch Kranke und Suchtkranke, zu Wohnheimen, zu ambulanten Angeboten sowie zu anderen Leistungserbringern in der Region sind deshalb unverzichtbar und werden u. a. durch die kontinuierliche Mitarbeit des Krankenhauses in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Halle-Saalkreis gewährleistet.

Das Behandlungskonzept des Krankenhauses orientiert sich stets an den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen der Psychiatrie. Psychiatrische Behandlung umfasst deswegen immer eine Integration aus verschiedenen Behandlungsformen, die für jeden Patienten individuell zusammengestellt werden.

#### Innere Differenzierung

Dies gelingt im PKH durch eine Spezialisierung der fünf vorhandenen Stationen mit je 20 Betten, die sog. innere Differenzierung.

Station 1 steht als geschlossene psychiatrische Akutstation zur Behandlung akuter schwerer psychiatrischer Krankheiten zur Verfügung, zu Kriseninterventionen, wenn selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten auftritt, oder bei Orientierungslosigkeit. Es besteht die Möglichkeit zur Aufnahme von untergebrachten Patienten nach dem Landesgesetz über die Hilfen für psychisch Kranken und Schutzmaßnahmen (PsychKG LSA) und nach Betreuungsrecht. Entgiftungen von illegalen Drogen können nach vorheriger Anmeldung durch niedergelassene Ärzte oder Beratungsstellen durchgeführt werden.

Station 2 trägt das Profil einer Depressionsstation. Die Therapie von Menschen mit depressiven Erkrankungen erfolgt nach einem strukturierten Behandlungskonzept, welches psychiatrisch-psychotherapeutische Interventionen mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt, einzeln und in der Gruppe, Pharmakotherapie, Gestaltungstherapie, Sporttherapie, Physiotherapie, Musiktherapie, Kommunikative Bewegungstherapie u. a. im Sinne eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes umfasst.

Station 3 hat eine spezielle Ausrichtung auf die Behandlung schizophrener und anderer endogener Psychosen. Neben der medikamentösen Behandlung wird die Teilnahme an einer Psychoedukationsgruppe angeboten, besondere Verfahren der Ergotherapie, Bewegungstherapie (Fitnessraum), die Beratung zu und Vorbereitung von Rehabilitationsmaßnahmen oder zu Hilfen im Bereich des Wohnens.

Station 4 hat sich auf die Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen und von Persönlichkeitsstörungen spezialisiert, soweit dies unter den Bedingungen eines psychiatrischen Akutkrankenhauses notwendig und möglich ist. Die Behandlung umfasst neben Medikamenten und Verhaltenstherapie auch kommunikative Bewegungstherapie, Ergotherapie, Sporttherapie.

Station 5 ist als gerontopsychiatrische Station auf die Behandlung psychischer Erkrankungen des höheren Lebensalters spezialisiert. Behandlung und Pflege berücksichtigen die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen, etwa Beeinträchtigungen des Gedächtnisses oder der Merkfähigkeit, körperliche Probleme und Krankheiten oder Probleme im sozialen Kontakt, auch im häuslichen Umfeld. Besondere Behandlungsformen sind neben der medikamentösen Therapie die Ergotherapie (Alltags- und Kompetenztraining), Gedächtnistraining und die Aktivierung vorhandener eigener Ressourcen in der Soziotherapie (Erinnerungskiste), um insbesondere alltagsrelevante Schwierigkeiten zu beheben. Physiotherapie und Musiktherapie werden eingesetzt.

Im Bereich der Tagesklinik wird mit vier Patientengruppen zu je 10 Patienten gearbeitet. Eine Gruppe hat einen tiefenpsychologischen Schwerpunkt, zwei Gruppen haben einen verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt, und eine Gruppe hat das Ziel des Trainings sozialer Kompetenz unter Einbeziehung der Psychoedukation. Neben der Gruppenpsychotherapie und der Pharmakotherapie stehen Kommunikative

Bewegungstherapie, Ergotherapie, Kunsttherapie, Sporttherapie und Physiotherapie zur Verfügung. Die Behandlung in der Tagesklinik hat das Ziel, die vorhandenen sozialen Bezüge der Patienten zu stärken, indem sie nur zur Therapie in die Klinik kommen, aber sonst in der häuslichen Umgebung bleiben.

Die Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gem. § 118 Abs. 1 SGB V ist auf diejenigen Patienten ausgerichtet, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung des Psychiatrischen Krankenhauses angewiesen sind. Die Behandlung in der PIA darf nur auf Überweisung von niedergelassenen Vertragsärzten erfolgen. Die PIA ist zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten ermächtigt. Die Leistungen der PIA umfassen das gesamte Spektrum psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie auf dem anerkannten Stand der Wissenschaft. Dazu gehören insbesondere psychopathologische Befunderhebung, psychologische Diagnostik, Psychopharmakotherapie, sozialtherapeutische einschließlich nachgehende Behandlung, Psychoedukation in indikativen Gruppen unter Einbezug von Angehörigen, Psychotherapie und Notfalldienst. Die sozialtherapeutische Behandlung umfasst auch das Angebot eines Patientenklubs.

#### Planung und Durchführung der Behandlung

Die stationäre oder teilstationäre Behandlung im Psychiatrischen Krankenhaus kann entweder mit einer Einweisung des Hausarztes oder Facharztes nach vorheriger Planung beginnen oder aber im Notfall kurzfristig erforderlich sein. In diesem Fall erfolgt die Einweisung durch den Rettungsdienst oder den kassenärztlichen Notdienst bzw. nach einer ambulanten Vorstellung im Krankenhaus. Bei Patienten, die bereits eine Absprache zur Behandlung abgeschlossen haben, werden persönliche Wünsche und Bedürfnisse in der vereinbarten Weise besonders berücksichtigt. Selbstverständlich werden Behandlungsverfügungen und Vorsorgevollmachten berücksichtigt.

Die Behandlung hat stets mehrere Phasen, die für jeden Patienten individuell gestaltet werden und deshalb auch unterschiedlich lange dauern können. In der diagnostischen Phase erfolgt eine Aufnahmeuntersuchung durch den aufnehmenden Arzt, die Krankengeschichte und der psychopathologische Befund wird erhoben, es erfolgt eine körperliche Untersuchung. Notwendige Laboruntersuchungen, EKG, EEG, weitere Zusatzuntersuchungen wie Magnetresonanztomographie oder Computertomographie werden veranlasst. Angehörige haben die Möglichkeit, aus ihrer Sicht über die Erkrankung des Patienten zu berichten. Auch die Erhebung der aktuellen Daten zur Krankenversicherung gehört zur Aufnahme. Notwendige zusätzliche Untersuchungen oder die konsiliarische Mitbehandlung durch Fachärzte anderer Fachrichtungen werden eingeleitet. Hierzu existieren Konsiliarvereinbarungen mit den Fachabteilungen des Städtischen Krankenhauses Martha-Maria Halle Dölau und mit niedergelassenen Fachärzten. Am Ende dieser Behandlungsphase wird die Arbeitsdiagnose mit dem Patienten erörtert, und es erfolgt eine Aufklärung über die geplante Therapie. Die

besonderen Bedürfnisse jedes Patienten werden individuell in der Pflegeplanung berücksichtigt.

In der zweiten Behandlungsphase steht die individuelle Therapie ganz im Vordergrund. Nach fachärztlicher Einschätzung werden die geeigneten therapeutischen Mittel ausgewählt, Wünsche und Vorschläge des Patienten werden berücksichtigt, dazu gehören z. B. Medikamente, Psychotherapie einschl. Entspannung, Psychoedukation, Ergotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Physiotherapie, Tanztherapie, Sozialtherapie, Musiktherapie. Bedarfsweise besteht die Möglichkeit zu Lichttherapie und Elektrokrampftherapie. Mehrmals wöchentlich finden Visiten statt. Ein Arzt ist kontinuierlich in der Klinik anwesend, ein Facharzt ist kontinuierlich als Rufdienst erreichbar. Bei der Behandlung werden vorhandene Leitlinien der Fachgesellschaft (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) berücksichtigt. Bei der Klärung von Problemen im Bereich des Wohnens, der Wiedereingliederung, der Rehabilitation oder der finanziellen Situation steht die Beratung durch den Sozialdienst der Klinik zur Verfügung. Für Patienten mit Suchtkrankheiten werden regelmäßige Therapiegruppen und Einzelberatungen angeboten.

In der letzten Behandlungsphase steht die Entlassungsvorbereitung und das Training der Alltagsfertigkeiten im Vordergrund, um einen Rückfall der Erkrankung zu vermeiden. Hierzu gehört auch die Vermittlung einer ambulanten Weiterbehandlung bei niedergelassenen Fachärzten.

### Übergang in andere Versorgungsbereiche und Vernetzung

Zum frühestmöglichen Termin erfolgt die Entlassung aus der stationären Behandlung. Soweit im Einzelfall möglich und sinnvoll, kann die stationäre Behandlungsdauer durch Übergang in die Tagesklinik oder in die Psychiatrische Institutsambulanz verkürzt werden. Zu niedergelassenen Fachärzten besteht enger Kontakt. Der Kontakt zu sogenannten komplementären Einrichtungen, also niedrigschwelligen Kontakt- und Beratungsangeboten, betreuten Wohnformen oder auch Heimen, wird vermittelt. Über Kontakt- und Begegnungsstätten werden auch durch Schautafeln im Krankenhaus informiert.

Das Psychiatrische Krankenhaus ist als gemeindenaher Träger psychiatrischer Versorgung eng in die Tätigkeit der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Halle-Saalkreis eingebunden. Intensive Kooperationsbeziehungen bzw. -verträge existieren mit verschiedenen Einrichtungen, etwa mit der Psychiatrischen Universitätsklinik Halle, mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst oder mit spezialisierten Wohn- und Pflegeheimen.

### Bauliche Voraussetzungen

Das Krankenhaus verfügt über folgende Zimmerstruktur:

	Station 1	Station 2	Station 3	Station 4	Station 5
Einbettzimmer mit WC/Dusche	2	2	-	-	-
Einbettzimmer ohne WC/Dusche	4	4	6	6	5
Zweibettzimmer mit WC	2	1	-	-	-
Zweibettzimmer ohne WC/Dusche	5	7	7	8	7

### Seelsorge

Durch die regelmäßige Anwesenheit einer Krankenhauseelsorgerin besteht die Möglichkeit, auch spirituelle und religiöse Bedürfnisse zu berücksichtigen. Über dieses wichtige Angebot werden unsere Patienten informiert, die Kontaktaufnahme erfolgt dann auf Wunsch der Patienten.

### Selbsthilfe und Angehörigenarbeit

Durch regelmäßige persönliche Kontakte, durch Information, Beratung und Vorträge unterstützt das Krankenhaus die Arbeit von Selbsthilfeinitiativen psychisch Kranker und des Verbandes der Angehörigen psychisch Kranker. Suchtselbsthilfegruppen stellen sich kontinuierlich im Haus vor.

### Fort- und Weiterbildung

Für alle im PKH tätigen Berufsgruppen werden kontinuierliche interne und externe Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten. Es existiert jeweils ein Weiterbildungsplan. Die Kosten interner Weiterbildungsangebote werden von der Klinik übernommen, Weiterbildung wird auf die Arbeitszeit angerechnet. Bei externen Weiterbildungen werden die Kosten ganz oder teilweise übernommen.

### Dokumentation von Patientendaten

Unsere Einrichtung arbeitet mit dem für unsere Klinik modifizierten Dokumentationssystem von der Firma Optiplan. Die Dokumentation geschieht unverzüglich nach dem Ereignis. Weiterhin werden vom Pflegepersonal 3x täglich Verlaufsbeobachtungen dokumentiert. Das Dokumentationssystem ist für nur Personen zugänglich, die unmittelbar am oder mit unseren Patienten arbeiten. Nach der Entlassung des Patienten wird das Dokumentationssystem der entsprechenden Krankenakte beigelegt.

### Informationsweiterleitung

Obere Priorität hat die Information an den Patienten. Hierzu gehören die Aufnahmegespräche mit dem Arzt und einem Mitarbeiter der Pflege, aber auch während der Behandlungsdauer werden die Patienten über die für sie wichtige Ereignisse informiert. Ebenfalls erhält jeder Patient am Aufnahmetag einen Prospekt, welcher umfangreiche Informationen über unserer Einrichtung beinhaltet.

Tägliche Arztkonferenzen dienen ebenfalls der Informationsweiterleitung und der Beratung. Ebenfalls erfolgt eine ärztliche Übergabe für den Arzt im Nacht- und Bereitschaftsdienst.

Im Bereich der Pflege findet 3x täglich, also zu jedem Schichtwechsel eine mündliche Übergabe statt. Das therapeutische Team in unserer fachspezifischen Einrichtung besteht aus den unterschiedlichsten Berufsgruppen. Die Mitglieder des besagten Teams informieren 1x pro Woche in Teamkonferenzen über ihre berufsspezifischen Beobachtungen zu jedem einzelnen Patienten.

### Organisation der Hygiene

Verantwortlich für die gesamte Hygiene unserer Einrichtung ist der Ärztliche Leiter. Die Verwaltungsleitung hält finanzielle Grundlagen zur Durchführung der Hygienemaßnahmen bereit und die Pflegedienstleitung unterstützt und kontrolliert die krankenhaushygienischen Aufgaben im Krankenpflegebereich. Mit den Aufgaben der Erfassung einzelner und epidemisch auftretende Infektionen mit Bezug zum Krankenhaus, Beratung der Ärzte in allen Fragen der Krankenhaushygiene, Kontrolle der Maßnahmen zur Infektionsverhütung und Untersuchungen möglicher Gesundheitsgefährdungen bei Patienten und Personal befasst sich der hygienebeauftragte Arzt.

Unser Hygieneplan wurde nach ausführlicher Analyse der Hygieneverhältnisse in unserem Krankenhaus erstellt und wird ständig aktualisiert. Regelmäßige hausinterne Begehungen dienen der Kontrolle über die Einhaltung der Hygienerichtlinien. Externe

Hygienekontrollen erfolgen 1x pro Jahr durch das örtliche Gesundheitsamt und unsere zuständige Lebensmittel-Überwachungsbehörde.

### Sicherheit im Krankenhaus

Im Krankenhaus wird die Einhaltung des Arbeitsschutzes, insbesondere der Sicherheitsaspekte im Bezug auf die Arbeitsplätze der Mitarbeiter und im Umgang mit Gefahrstoffen, gewährleistet. Die Arbeitsplätze entsprechen den Anforderungen der Arbeitssicherheit. Die fortlaufenden Kontrollen der Fachkraft für Arbeitssicherheit tragen zur Weiterentwicklung der Arbeitssicherheit bei. Die Mitarbeiter werden durch einen Betriebsarzt medizinisch betreut.

Zum Brandschutz wurden verbindliche Festlegungen und Anweisungen für Mitarbeiter und Patienten erstellt, über die fortlaufende Unterweisungen durchgeführt werden. Die Beschilderung der Flucht- und Rettungswege ist auf einem aktuellen Stand. Die gesetzlich vorgeschriebenen Brandschutzbegehungen der Feuerwehr finden in fortlaufenden Zeiträumen statt und geben wichtige Empfehlungen zur Verbesserung des Brandschutzes.

Der Katastrophenschutzplan regelt die Evakuierung der Patienten bei akuten Havarien, Katastrophen sowie bei sonstigen akuten Ereignissen. Das Krankenhaus ist in den Katastrophenschutz der Stadt Halle (Saale) eingebunden.

### Arbeitszeit

Die Arbeitszeitregelungen des Psychiatrischen Krankenhauses sind an tarifrechtlichen Vorgaben gebunden und erfüllen die Bestimmungen des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG). Bezüglich der Organisation und Durchführung der Bereitschaftsdienste der Ärzte des Krankenhauses wurde mit dem Ziel der Verbesserung der Arbeitsbedingungen und zur Umsetzung der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes vom 09.09.2003 eine Betriebsvereinbarung abgeschlossen, die beinhaltet, dass Bereitschaftsdienstzeiten in vollem Umfang als Arbeitszeit anerkannt werden, die Wochenarbeitszeit nicht höher als 48 Stunden ist und die tägliche Ruhezeit von mindestens 11 Stunden eingehalten wird.

Alle anderen Mitarbeiter des Krankenhauses erfassen ihre geleistete Arbeitszeit in Anwesenheitsnachweisen. Mehrstunden durch unplanbaren und unkontinuierlichen Arbeitsanfall werden durch Freizeitausgleich ausgeglichen. Die Wünsche der Mitarbeiter, die nach Dienstplan ihre Arbeit erbringen, werden nach Möglichkeit berücksichtigt.

## **E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung**

### ***E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus***

Dem internen Qualitätsmanagement dient die Festlegung verbindlicher Regelungen in den Stationskonzepten und Stationsordnungen. Die kontinuierliche Ansprechbarkeit des Personals für die Patienten ist gewährleistet, die Arbeitsabläufe bei der Aufnahme, bei der Behandlung und bei der Entlassung sind geregelt, ebenso das Verhalten in besonderen Situationen. Die Informationsweitergabe erfolgt in Stations- und Teambesprechungen.

Die ärztliche und pflegerische Dokumentation ist aktuell und vollständig in der Patientenakte enthalten, ebenso die Berichte aus den Begleittherapien und des Sozialdienstes. Der vertrauliche Umgang mit den persönlichen und gesundheitsbezogenen Daten des Patienten ist gewährleistet. Nicht an der Behandlung beteiligte Personen haben keinen Einblick in die Dokumentation. Die hausinterne Weitergabe und Verwahrung der Krankenakten erfolgt unter Berücksichtigung der gesetzlichen Regelungen des Datenschutzes. Zu Krankenblattarchiven haben nur Berechtigte Zugang.

Die Weitergabe von Informationen ist nur in den engen Grenzen der gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz möglich. Behandlungsberichte erhalten nur die vom Patienten benannten Haus- und Fachärzte. Dritte erhalten Auskünfte nur mit ausdrücklicher, in der Regel schriftlicher Zustimmung des Patienten. Die Auskünfte an Krankenkassen und andere Kostenträger richten sich nach den gesetzlichen Festlegungen des Sozialgesetzbuches.

Die Qualität der ärztlichen und therapeutischen Versorgung wird durch die Anwendung von Leitlinien, durch regelmäßige Fallbesprechungen und Visiten in der Verantwortung des leitenden Arztes gewährleistet. Auch im Pflegebereich wird die Qualität der Patientenversorgung durch Leitlinien, Team- und Stationsleitungsbesprechungen gesichert.

Beschwerden werden sowohl von Ärzten als auch von Angehörigen des Pflegeteams entgegengenommen und der Klinikleitung vorgelegt. Die Beantwortung erfolgt zeitnah, vorwiegend auf dem Weg eines persönlichen Gespräches, teils auch schriftlich.

### ***E-2 Qualitätsbewertung***

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

2004 fand keine Selbst- oder Fremdbewertung im Sinne einer geplanten Zertifizierung statt.

An vorgeschriebenen externen Qualitätsbewertungen nimmt das Psychiatrische Krankenhaus teil.

Zusätzlich finden in regelmäßigen Abständen Begehungen und Überprüfungen zu folgenden Punkten hausintern statt; die jeweilige Auswertung erfolgt im Team der Stationsleiter bzw. mit allen Mitarbeitern:

1. Hygienebegehungen – zur Vermeidung hygienebedingter Zwischenfälle (Infektionen, Verbreitung nosokomialer Keime)
2. Überprüfung der Dokumentation – im Ergebnis Umgestaltung verschiedener Formblätter, Erarbeitung, Einführung, Umsetzung einer einheitlichen Heftung und Führung
3. Überprüfung Umgang mit Medikamenten – Vermeidung von Anwendungsfehlern, Kostensenkung

Als weiteren Qualitätsindikator setzt das Psychiatrische Krankenhaus das Instrument der Mitarbeiterbefragung ein. Speziell erarbeitete Fragebögen wurden klinikweit oder stationsintern (geschützte Station) genutzt. Die Auswertung erfolgt anonym und wurde in einem Bericht zusammengestellt. Dieser wurde der Leitung bzw. allen Mitarbeitern vorgestellt.

In regelmäßigen Abständen erfolgte eine Bewertung der Zusammenarbeit mit unserem Cateringservice. Über Fragebögen, deren regelmäßige Auswertung mit Vertretern der Klinik und des Lieferanten wird eine gute Zusammenarbeit und dadurch eine hochwertige Versorgung sichergestellt.

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

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

## F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

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

Im Berichtszeitraum wurde das **ärztliche und pflegerische Dokumentationssystem überarbeitet**. Hierzu wurden den Bedingungen des Krankenhauses entsprechende Verordnungs- und Dokumentationsbogen entwickelt, unter aktiver Beteiligung von Ärzten und Pflegeteam erprobt und schließlich eingeführt. Damit ist es möglich, ärztliche Anordnungen eindeutig und unmissverständlich zu dokumentieren, ebenso ihre Ausführung, so dass sich die Sicherheit und Zuverlässigkeit der Behandlung durch Ausschluss der Möglichkeit von Missverständnissen erhöhte. Der Informationsfluss zwischen den an der Behandlung beteiligten Personen wurde dadurch verbessert.

Als weiteres Projekt im Berichtszeitraum wurde eine anonyme **Mitarbeiterbefragung zum Thema Arbeitszeitstruktur im Pflegebereich** durchgeführt. Hier erhielten unsere Mitarbeiter die Gelegenheit, sich über die bestehenden Arbeitszeitstrukturen und die Dienstplangestaltung zu äußern. Das Ergebnis dieser Mitarbeiterbefragung wird zum Teil Basis eines neuen Arbeitszeitmodells werden. Durch die künftig geplanten Veränderungen der Zeitstruktur sollen aufgaben- und patientenorientierte Arbeitszeiten unter Berücksichtigung von Arbeitszeitvorstellungen der Mitarbeiter des Pflegebereiches sowohl die Patienten- als auch die Mitarbeiterzufriedenheit fördern.

## **G Weitergehende Informationen**

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht

Herr Dr. Langer-                      Chefarzt                      Tel.0345/6922112

Frau Erge-                              Pflegedienstleitung      Tel.0345/6922119

Frau Ernst-                            Verwaltungsleiterin      Tel.0345/6922120

Herr Krug-                              Qualitätsbeauftragter    Tel.0345/6922133

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

Herr Dr. Langer-                      Chefarzt

Frau Erge-                              Pflegedienstleiterin

Frau Ernst-                            Verwaltungsleiterin

Herr Krug-                              Qualitätsbeauftragter

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

[www.pkh-halle.de](http://www.pkh-halle.de)

[www.ptk-halle.de](http://www.ptk-halle.de)