
Strukturierter Qualitätsbericht

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



**Zentrum für Seelische Gesundheit
- Klinik Marienheide -**

**Leppestraße 65-67
51709 Marienheide**

2008

Krankenhaus

Anschrift

Berichtsjahr



Vorwort

des Zentrums für seelische Gesundheit – Klinik Marienheide

Das Zentrum für seelische Gesundheit – Klinik Marienheide ist mit seinen 133 Planbetten ein psychiatrisches Fachkrankenhaus, das den Versorgungsauftrag für den Oberbergischen und zum Teil für den Rheinisch-Bergischen-Kreis in den Fachabteilungen Allgemeinpsychiatrie, Sucht- und Kinder- und Jugendpsychiatrie wahrnimmt. In 3 Fachbereichen werden hier jedes Jahr rund 2.100 Patienten stationär, über 100 Patienten in der teilstationären Arbeitstherapie und über 1000 Patienten ambulant versorgt. Es gehört zusammen mit dem Kreiskrankenhaus Gummersbach, einem Gesundheitszentrum der regionalen Spitzenversorgung und Akademischem Lehrkrankenhaus der Universität Köln, seit 2008 zur Klinikum Oberberg GmbH.

Das Zentrum für seelische Gesundheit – Klinik Marienheide beschäftigt ca. 220 Mitarbeiter und ist damit einer der größten Arbeitgeber in der Gemeinde Marienheide. Daneben ist eine Krankenpflegeschule mit 45 Ausbildungsplätzen an das Fachkrankenhaus angegliedert.

Gemäß unserem Leitbild streben wir für unsere Patienten die bestmögliche medizinische, pflegerische und administrative Betreuung an. Insofern steht die Qualität der psychiatrischen Leistungserbringung – mithin die Genesung, bzw. die Kompensation von Defiziten unserer Patientinnen und Patienten – im Zentrum unseres Selbstverständnisses. Um diesem Anspruch an eine hochwertige Patienten-versorgung gerecht zu werden, kommen neben den verpflichtenden eine Vielzahl freiwilliger Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Anwendung.

Durch die enge und kollegiale Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, Heimen, Kontaktstellen, Suchtberatern sowie dem psychosozialen Dienst des Kreisgesundheitsamtes unterstützen wir den Genesungs- und Wiedereingliederungsprozess unserer Patienten/innen über den eigentlichen Krankenhausaufenthalt hinaus. Für die niedergelassenen Ärzte besteht darüber hinaus die Möglichkeit, sich durch das Arzt-Informationssystem (AIS) online über den aktuellen Stand der Diagnostik und Therapie eines Patienten zu informieren, oder durch Teilnahme an der Visite im kollegialen Dialog Informationen über den gemeinsamen Patienten auszutauschen.

Mit der im Jahr 2007 erfolgreich durchgeführten Zertifizierung nach KTQ haben wir unsere Bemühungen um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung einer externen Begutachtung und Bewertung unterzogen. Das damit erhaltene Zertifikat bestätigt uns in unserer Arbeit und ist Ansporn, vieles in Zukunft noch besser zu machen. Dies alles geschieht im Sinne unseres Leitspruches

„Das Zentrum für seelische Gesundheit – Klinik Marienheide – im Dienst der Gesundheit“.

Dieser Qualitätsbericht wurde vom Qualitätsmanagement-Beauftragten des Kreiskrankenhauses Gummersbach erstellt und von der Geschäftsführung genehmigt. Die Krankenhausleitung, vertreten durch den Geschäftsführer Wolfgang Brodessa, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort des Zentrums für seelische Gesundheit – Klinik Marienheide.....	2
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses.....	4
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	
B-1 Allgemeinpsychiatrie.....	10
B-2 Psychiatrie – Suchtkrankenbehandlung.....	14
B-3 Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	18
C Qualitätssicherung.....	22
D Qualitätsmanagement.....	23

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten

Name	Zentrum für Seelische Gesundheit
Straße	Leppestraße 65-67
PLZ / Ort	51709 Marienheide
Telefon	02264 / 240
Fax	02264 / 24212
Internet	www.zsg-marienheide.de
Email	info@kkh-gummersbach.de

A-2 Institutionskennzeichen

Institutionskennzeichen	260531091
-------------------------	-----------

A-3 Standortnummer

Standort – Nr.	00
----------------	----

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	Kreiskrankenhaus Gummersbach GmbH
Art	öffentlich

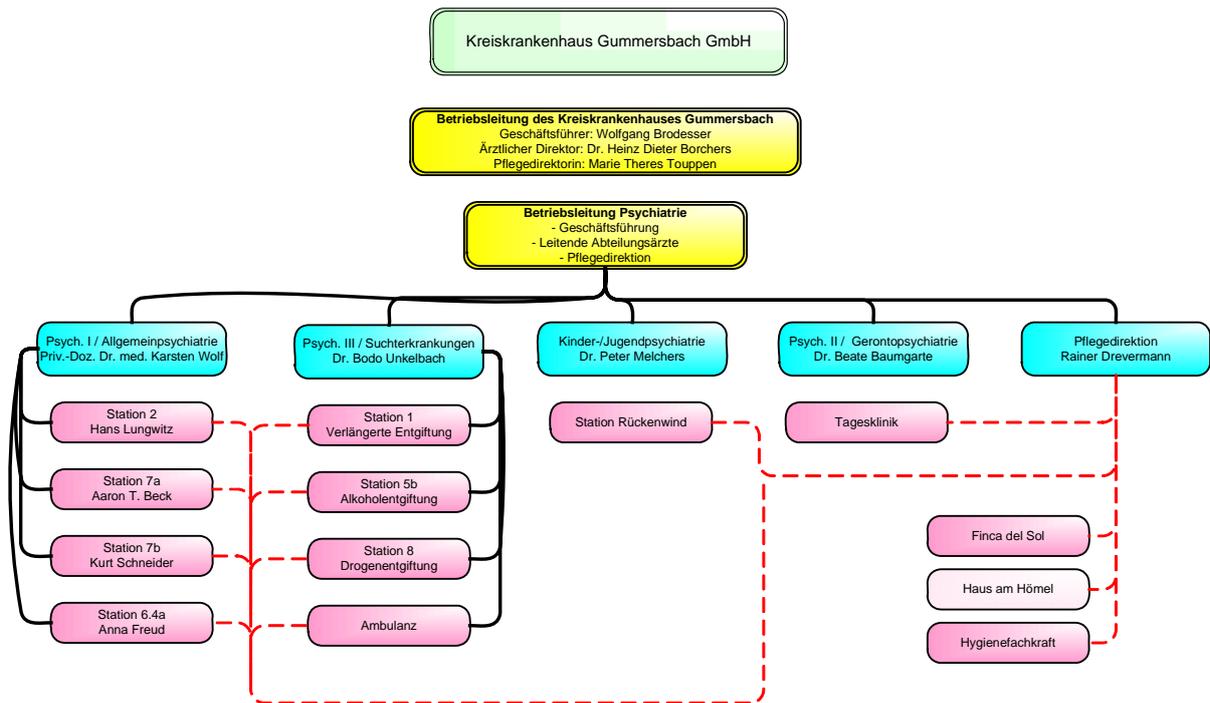
A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Nein

A-6 Organisationsstruktur



Organisationsdiagramm des Zentrum für Seelische Gesundheit – Klinik Marienheide



A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Ja

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Entfällt.

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch – pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Med.-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP02	Akupunktur	
MP03	Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare	Angehörigenvisite
MP07	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiter	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP16	Ergotherapie	
MP17	Fallmanagement / Case Management / Primary Nursing / Bezugspflege	Belegungsmanagement durch die Ambulanz
MP20	Hippotherapie / Therapeutisches Reiten	
MP23	Kunsttherapie	
MP24	Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP27	Musiktherapie	
MP28	Naturheilverfahren	Aromatherapie
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	
MP31	Physikalische Therapie	
MP32	Physiotherapie / Krankengymnastik	
MP34	Psychologisches / psychotherapeutisches Leistungsangebot / Psychosozialdienst	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Pflegevisiten

A-10 Allgemeine nicht – medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot	Kommentar
SA01	Aufenthaltsräume	
SA02	Ein-Bett-Zimmer	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA04	Fernsehraum	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA08	Teeküche für Patienten	
SA09	Unterbringung Begleitperson	Die Unterbringung von Begleitpersonen ist eingeschränkt möglich.
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA12	Balkon / Terrasse	Teilweise
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	Teilweise
SA14	Fernsehgerät am Bett / im Zimmer	Teilweise
SA15	Internetanschluss am Bett / im Zimmer	Teilweise
SA16	Kühlschrank	Teilweise
SA17	Rundfunkempfang am Bett	Teilweise
SA18	Telefon	Teilweise
SA19	Wertfach / Tresor am Bett / im Zimmer	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)	
SA23	Cafeteria	
SA25	Fitnessraum	
SA26	Friseursalon	
SA28	Kiosk / Einkaufsmöglichkeiten	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	
SA33	Parkanlage	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	Teilweise
SA42	Seelsorge	
SA54	Tageszeitungsangebot	
SA55	Beschwerdemanagement	
SA57	Sozialdienst	

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-11.1 Forschungsschwerpunkte

entfällt

A-11.2 Akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar/ Erläuterung
FL01	Dozenturen/ Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Universität Hamburg
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	<p>Pädophilie-Studie in Zusammenarbeit mit dem UKE Hamburg. Studie zum Einfluß atypischer Neuroleptika auf die emotionale Kompetenz bei schizophrenen Patienten mit Facial-EMG-Technik. Klinische Evaluation der Kurzform des Eppendorfer Schizophrenie-Inventars. Evaluation der autorisierten Übersetzung der Beck Cognitive Insight Scala. Entwicklung und Evaluation eines klin. Fragebogens zur diff. Messung von sozialen Ängsten und Defiziten. Untersuchung des Zusammenhangs zwischen ontogenetischer Instabilität und schizotypischen Persönlichkeitsmerkmalen. Untersuchung der evolutionspsychologischen Bedeutung sexualmoralischer Überzeugung von Männern. Evolutionspsychologische Effekte bei der richterlichen Festlegung des Strafmaßes für Kindstötung durch leibliche Väter. Mimische Korrelate von Homophobie bei homo- und heterosexuellen Männern.</p>

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildungen in anderen Heilberufen	Kommentar/ Erläuterung
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	In Kooperation mit dem Gesundheits-Bildungszentrum am Klinikum Oberberg.

A-12 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach §108/109 SGB V
(Stichtag 31.12.2008)

Anzahl Betten 128

A-13 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten

Vollstationäre Fallzahlen 2682

Ambulante Fallzahlen 3341 (Fallzählweise)

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar / Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	19 Vollkräfte	
– davon Fachärzte und Fachärztinnen	9 Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0 Vollkräfte	

A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	93,8 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	0 Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger/ -innen	0 Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten/ -assistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer/ -innen	0 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer/ -innen	0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
Hebammen/ Entbindungspfleger	0 Personen	3 Jahre	
Operationstechnische Assistenz	0 Vollkräfte	3 Jahre	

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

1. Allgemeinpsychiatrie

B-[1].1 Kontaktdaten

Fachabteilungsname	Allgemeinpsychiatrie
Abteilungsart	Hauptabteilung
Chefarzt	PD Dr.med. Karsten Wolf
Telefon	02264 / 24143
Fax	02264 / 24181
Email	karsten.wolf@kkh-gummersbach.de

B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit

Nr.	Versorgungsschwerpunkte	Kommentar
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	

B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit

Wie unter A 9

B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit

Wie unter A 10

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Stationäre Fallzahl 1043

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD10 Ziffer	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	F20	318	Schizophrenie
2	F32	258	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
3	F10	84	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
4	F60	83	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens
5	F33	77	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit
6	F31	73	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit
7	F43	31	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben
8	F25	21	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung
9	F61	14	Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens
10	F84	14	Tiefgreifende Entwicklungsstörung

B-[1].6.2 Kompetenzdiagnosen

ICD10 Ziffer	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
F20.0	299	Schizophrenie
F32.2	84	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
F60.3	78	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens
F33.2	38	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit
F43.2	14	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben
F43.0	13	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben

B-[2].7 Prozeduren nach OPS

B-[2].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Entfällt

B-[2].7.2 Kompetenz-Prozeduren

Entfällt

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen
Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)	Allgemeinpsychiatrische Ambulanz	
Privatambulanz	s.o.	

B-[1].9 Ambulante Operationen nach §115b SGB V

Entfällt

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

nicht vorhanden

B-[1].11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Kommentar
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	

B-[1].12 Personelle Ausstattung

B-[1].12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar	Fachexpertise der Abteilung
Ärzte insgesamt	10,5		
Davon Fachärzte	7,0		Psychiatrie und Psychotherapie

B-[1].12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar
Pflegekräfte insgesamt	48,4	
Examierte Pflegekräfte	42,8	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ10	Psychiatrische Pflege	

B-[1].12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar
SP02	Arzthelfer	
SP04	Diätassistenten	
SP05	Ergotherapeuten	
SP06	Erzieher	
SP13	Kunsttherapeuten	
SP15	Masseure/ Med. Bademeister	
SP16	Musiktherapeuten	
SP17	Oecotrophologen	
SP21	Physiotherapeuten	
SP23	Psychologen	
SP24	Psychotherapeuten	
SP25	Sozialarbeiter	
SP26	Sozialpädagogen	

2. Psychiatrie - Suchtkrankenbehandlung

B-[2].1 Kontaktdaten

Fachabteilungsname	Psychiatrie -Suchtkrankenbehandlung-
Abteilungsart	Hauptabteilung
Chefarzt	Dr.med. Bodo Unkelbach
Telefon	02264 / 24143
Fax	02264 / 24181
Email	Bodo.Unkelbach@kkh-gummersbach.de

B-[2].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit

Nr.	Versorgungsschwerpunkte	Kommentar
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	

B-[2].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit

Wie unter A 9

B-[2].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit

Wie unter A 10

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Stationäre Fallzahl 1548

B-[2].6 Diagnosen nach ICD

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD10 Ziffer	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	F10	1058	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
2	F11	273	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Substanzen, die mit Morphinum verwandt sind (Opioide)
3	F19	39	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen
4	F32	36	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
5	F20	33	Schizophrenie
6	F12	24	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana
7	F15	24	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch andere anregende Substanzen, einschließlich Koffein
8	F13	22	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Beruhigungs- oder Schlafmittel
9	F33	16	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit
10	F60	7	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens

B-[2].6.2 Kompetenzdiagnosen

ICD10 Ziffer	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
F10.2	1042	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
F11.2	271	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Substanzen, die mit Morphinum verwandt sind (Opioide)
F19.2	36	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen
F13.2	22	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Beruhigungs- oder Schlafmittel
F12.2	22	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana
F15.2	22	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch andere anregende Substanzen, einschließlich Koffein
F14.2	< 5	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Kokain

B-[2].7 Prozeduren nach OPS

B-[2].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Entfällt

B-[2].7.2 Kompetenz-Prozeduren

Entfällt

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen
Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)	Suchtmedizinische Ambulanz	Suchtmedizinische Sprechstunde
Privatambulanz	s.o.	

B-[2].9 Ambulante Operationen nach §115b SGB V

Entfällt

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

nicht vorhanden

B-[2].11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Kommentar
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	

B-[2].12 Personelle Ausstattung

B-[2].12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar	Fachexpertise der Abteilung
Ärzte insgesamt	7,5		
Davon Fachärzte	3,0		Psychiatrie und Psychotherapie

B-[2].12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar
Pflegekräfte insgesamt	31,3	
Examierte Pflegekräfte	28,0	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ10	Psychiatrische Pflege	

B-[2].12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar
SP02	Arzthelfer	
SP04	Diätassistenten	
SP05	Ergotherapeuten	
SP06	Erzieher	
SP13	Kunsttherapeuten	
SP15	Masseure/ Med. Bademeister	
SP16	Musiktherapeuten	
SP17	Oecotrophologen	
SP21	Physiotherapeuten	
SP23	Psychologen	
SP24	Psychotherapeuten	
SP25	Sozialarbeiter	
SP26	Sozialpädagogen	

3. Kinder- und Jugendpsychiatrie

B-[3].1 Kontaktdaten

Fachabteilungsname	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Abteilungsart	Hauptabteilung
Chefarzt	Dr.rer.nat. Peter Melchers
Telefon	02261 / 80593
Fax	/
Email	Melchers@kkh-gummersbach.de

B-[3].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit

Nr.	Versorgungsschwerpunkte	Kommentar
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP12	Spezialprechstunde	

B-[3].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit

Wie unter A 9

B-[3].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit

Wie unter A 10

B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Stationäre Fallzahl 92

B-[3].6 Diagnosen nach ICD

B-[3].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD10 Ziffer	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	F12	56	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana
2	F19	16	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen
3	F10	9	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
4	F15	6	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch andere anregende Substanzen, einschließlich Koffein
5	F11		Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Substanzen, die mit Morphinum verwandt sind (Opioide)

B-[3].6.2 Kompetenzdiagnosen

ICD10 Ziffer	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
F12	57	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana
F19	16	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen

B-[3].7 Prozeduren nach OPS

B-[3].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Entfällt

B-[3].7.2 Kompetenz-Prozeduren

Entfällt

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Spezialsprechstunden für suchtkranke, suchtgefährdete oder komorbid suchtkranke jugendliche Patienten.

B-[3].9 Ambulante Operationen nach §115b SGB V

Entfällt

B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

nicht vorhanden

B-[3].11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Kommentar
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung

B-[3].12 Personelle Ausstattung

B-[3].12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar	Fachexpertise der Abteilung
Ärzte insgesamt	1,5		
Davon Fachärzte	1,0		Kinder- und Jugendpsychiatrie; Psychotherapie; Rehabilitationswesen; Suchtmedizinische Grundversorgung

B-[3].12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar
Pflegekräfte insgesamt	10,8	
Examinierte Pflegekräfte	9,5	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ10	Psychiatrische Pflege	

B-[3].12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar
SP02	Arzthelfer	
SP04	Diätassistenten	
SP05	Ergotherapeuten	
SP06	Erzieher	
SP08	Heilerziehungspfleger	
SP13	Kunsttherapeuten	
SP15	Masseur/ Med. Bademeister	
SP16	Musiktherapeuten	
SP17	Oecotrophologen	
SP20	Pädagogen	
SP21	Physiotherapeuten	
SP23	Psychologen	
SP24	Psychotherapeuten	
SP25	Sozialarbeiter	
SP26	Sozialpädagogen	

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)

C-1.1.[1] Erbrachte Leistungsbereiche für das Krankenhaus

Leistungsbereich	Fallzahl	Doku.- Rate (%)	Kommentar
Dekubitusprophylaxe	< 5	100	

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

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

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) § 137f SGB V

Entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Entfällt

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Entfällt

C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“)

Entfällt

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

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

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

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

D-2 Qualitätsziele

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

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

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

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

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

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

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

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

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

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

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Lenkungsgruppe QM

Die im Rahmen der KTQ-Zertifizierung geschaffenen Strukturen zur Steuerung des Qualitätsmanagements haben sich bewährt und wurden daher beibehalten. Die aus dem Geschäftsführer, den Chefärzten, der Pflegeleitung sowie dem QM-Beauftragten bestehende Lenkungsgruppe QM strukturiert das deutlich gewordene Verbesserungspotential, um es für den Krankenhausbetrieb nutzen zu können. Sie priorisiert die erhaltenen Verbesserungshinweise, entwickelt Themenschwerpunkte und beauftragt Arbeitsgruppen mit der Erarbeitung von Lösungen anhand vorgegebener Problemstellungen. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen werden zunächst der Lenkungsgruppe vorgestellt und dann zur Beschlussfassung vom Qualitätsmanagement-Beauftragten an die Betriebsleitung weitergeleitet.

Eine weitere Aufgabe der Lenkungsgruppe ist die Sicherstellung der erfolgreichen Re-Zertifizierung durch Einleitung der hierfür notwendigen Schritte wie z.B. der erneuten Selbstbewertung.

Risiko-Management

Risikomanagement ist als elementarer Baustein einer wertorientierten Unternehmensführung der gelebte Prozess, Chancen unter Berücksichtigung der vorhandenen Risiken optimal zu nutzen. Wir befassen uns daher bereits seit einigen Jahren mit diesem Thema und haben zur Optimierung der diesbezüglichen Steuerung ein Risikomanagement-System unter Nutzung einer darauf spezialisierten Software (R2C) implementiert. Diese ermöglicht, neben der systematischen Erfassung, die Bewertung und Visualisierung der Risiken. Damit einhergehend wird sofort ersichtlich, welche Risiken für das Krankenhaus eine gravierende Dimension haben.

Hygiene

Kein Patient möchte während seines Krankenhausaufenthaltes Infektionskrankheiten erwerben. Das Thema Hygiene spielt deshalb im Krankenhaus eine zentrale Rolle, nicht zuletzt auch aufgrund gesetzlicher Vorgaben. Um dem gerecht zu werden, sind neben zwei hygienebeauftragten Ärzten mit einer entsprechenden Weiterbildung zwei Hygienefachkräfte für die Einhaltung der Richtlinien zuständig. Eine Hygienekommission überwacht die Arbeit dieser Personen und trifft Anordnungen u.a. in Form von Hygiene- und Desinfektionsplänen.

Elektronische Patientenakte

Durch den flächendeckenden Einsatz der EDV in unserem Krankenhaus können wir konsequent den Weg in Richtung elektronische (papierlose) Patientenakte gehen. Zukünftig werden alle Dokumente rund um den Patienten nur noch digital vorhanden sein sowie sämtliche Untersuchungsaufträge elektronisch erteilt.

Damit wird ein weiteres, bisher gewohntes Bild in unserem Haus bald Geschichte sein: mehr oder weniger dicke Akten, die in einem Wagen über die Station von Zimmer zu Zimmer geschoben werden und Personal, dass mehr Zeit für Papierberge als für die Patienten benötigt. Alle dokumentierenden Tätigkeiten rund um den Patienten werden künftig an einem kleinen tragbaren PC erledigt, der Ärzte und Pflegepersonal bei der Visite und bei der Pflege begleitet. In ihm ist die komplette elektronische Patientenakte enthalten.

Arzt-Informations-System

Durch die Einführung der elektronische Patientenakte und durch die Möglichkeiten der modernen Informations- und Kommunikationstechnik konnte ein sog. Arzt-Informations-System (AIS) aufgebaut werden. Damit ist der niedergelassene Arzt in der Lage, sich vom PC seiner Praxis aus über Befunde, Behandlung etc. seiner im Krankenhaus befindlichen Patienten zu informieren bzw. nach deren Entlassung notwendige Folgebehandlungen oder Medikationen unmittelbar weiter zu führen. Informationsdefizite werden dadurch minimiert und der niedergelassener Arzt ist zeitnah und umfassend über den Stand der Behandlung unterrichtet. Ebenso können mit der E-Mail-Funktion des Systems persönliche Nachrichten übermittelt werden (D2D). Die maximale Datensicherheit ist beim AIS nach dem derzeitigen Stand der Technik gewährleistet.

Für dieses innovative System, an das z.Zt. ca 30 niedergelassene Ärzte angeschlossen sind, hat das Kreiskrankenhaus Gummersbach im Jahr 2002 den Gesundheitspreis NRW erhalten.

Umfragen

Durch regelmäßige Umfragen versuchen wir die Wünsche unserer Patienten, Mitarbeiter und Einweiser zu ermitteln. Die Befragungen werden von der externen Forschungsgruppe METRIK durchgeführt und ausgewertet, was u.a. die Anwendung anerkannter statistischer Verfahren sicherstellt. Zudem ist ein Benchmarking möglich.

Beschwerdemanagement

Auch trotz aller Bemühungen um eine optimale Patientenorientierung kommt es vor, dass Patienten Anlass zu einer kritischen Auseinandersetzung mit ihrem Aufenthalt haben. Das Krankenhaus verfügt daher über eine Beschwerdestelle, die aus internen und externen Mitgliedern (Krankenhausmitarbeitern und Nicht-Krankenhausmitarbeitern) besteht. Sie ist über eine eigene Postadresse zu erreichen. Informationsaushänge zu Patientenbeschwerden sind auf allen Stationen zu finden, ebenso wird die Stelle in den Patientenbroschüren erwähnt.

Der Beschwerdeausschuss bearbeitet die eingegangenen Beschwerden in einem Zeitrhythmus von längstens zwei Monaten, dringlich erscheinende Vorgänge werden sofort bearbeitet. Auswertungen der Patientenbeschwerdestelle werden der Betriebsleitung und dem Verwaltungsrat vorgelegt.

Leitlinien

Es wurde eine Leitlinien-Kommission zur Verbesserung der fachübergreifenden Zusammenarbeit etabliert, die unter Federführung von Herrn Prof. Schrappe zu Beginn des Jahres 2001 ins Leben gerufen wurde. Die Aufgabe der Leitlinien-Kommission ist es, festzustellen, welche Bereiche der fachübergreifenden medizinischen Zusammenarbeit noch verbessert werden können und nach Diskussion der Prioritäten Arbeitsgruppen einzusetzen, die sich des ausgewählten Themas annehmen. Ziel ist die kontinuierliche Erstellung weiterer sowie die Überarbeitung der bereits bestehenden Leitlinien im zweijährigen Turnus.

Strukturiertes Weiterbildungsprogramm

Für die in der Facharztweiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte wurde eine „Strukturierte Weiterbildung“ eingeführt, in deren Rahmen verschiedene Themen als Inhouse-Seminare angeboten werden. Die Veranstaltungen finden regelmäßig statt und sind Pflichtbestandteil der Facharztweiterbildung. Auf die Vermittlung von Querschnittsqualifikationen wird hierbei genauso Wert gelegt, wie auf die Vermittlung medizinischen Wissens. Zu den Themen gehören z.B. Bluttransfusionen, rationelle Röntgendiagnostik, die haftungsrechtliche Betrachtung von Personenschäden, die Qualitätssicherung nach § 137 SGB V oder Grundlagen des ärztlichen Gesprächs. Das Vorhaben wird durch einen externen Berater betreut, mit dem auch ein Gesamtkonzept hinsichtlich des Weiterbildungsprogramms erarbeitet wird.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Suchturinkontrollen ohne Aufsicht

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

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

Benchmarking- Projekt „BeMotivATED“

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

Fachverband Qualifizierte stationäre Entzugsbehandlung Drogenabhängiger e.V.

Der o.g. Fachverband repräsentiert den Zusammenschluss von Fachleuten aller Einrichtungen in NRW, die eine qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger durchführen. Seit dem Februar 2003 nimmt die Abteilung an den vierteljährlichen Treffen teil und die Klinik ist seit dem Dezember 2003 auch Mitglied im Fachverband.

Arbeitskreis Drogenhilfe

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

Kooperation mit dem ambulanten Suchthilfersystem

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

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Die Klinik Marienheide hat im Jahr 2006 eine Selbstbewertung nach den Regeln der KTQ begonnen. Die Zertifizierung wurde zwischenzeitlich erfolgreich abgeschlossen.