

Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß §137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V

für das Berichtsjahr 2012



Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Einleitung	2
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	4
A-0 Fachabteilungen	4
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses (vollständige Angaben zur Erreichbarkeit)	4
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	9
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	10
A-10 Gesamtfallzahlen	10
A-11 Personal des Krankenhauses	10
A-12 Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	11
A-13 Besondere apparative Ausstattung	11
A-14 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	12
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	14
B-[1] Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	14
B-[2] Klinik für Neurologie und neurologische Intensivmedizin	21
B-[3] Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	28
B-[4] Abteilung für radiologische Diagnostik	36
C Qualitätssicherung	41
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	41
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	48
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	48
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung ...	48
C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V	48
C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	48
C-7 Umsetzung der Regelung zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V	49
D Qualitätsmanagement	50
D-1 Qualitätspolitik	50
D-2 Qualitätsziele	53
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	55
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements	56
D-5 Qualitätsmanagement-Projekte	56
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements	57

Vorwort

Sehr geehrte Leserin,
sehr geehrter Leser,

wir freuen uns, dass Sie sich für unser Krankenhaus interessieren und uns damit die Möglichkeit geben, Ihnen einen Überblick über das umfangreiche medizinisch-soziale Profil zu vermitteln.

Der Qualitätsbericht soll Ihnen dabei helfen, unser medizinisches Leistungsangebot und die Qualität der Behandlung einschätzen zu können. Jedoch möchten wir anmerken, dass die zahlreichen Fakten den Krankenhausalltag in seiner Komplexität und Individualität nicht erfassen und viele Beispiele für den hohen Standard unserer täglichen Arbeit hier nur kurz erwähnt werden. Auch kann der Bericht ein persönliches Gespräch zum Klären von Fragen nicht ersetzen. Wir würden uns deshalb freuen, wenn Sie die Möglichkeit einer persönlichen Kontaktaufnahme in Anspruch nehmen.

Die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten auf hohem medizinischem Niveau ist für unser Krankenhaus ein Selbstverständnis. Die Basis hierfür bildet das sehr gut ausgebildete ärztliche und pflegerische Fachpersonal. Gute Medizin bedeutet für uns nicht nur, die jeweilige akute Erkrankung schnell zu erkennen und zu behandeln. Die häufig komplexe Gesamtsituation unserer Patientinnen und Patienten macht es zunehmend bedeutsamer, die tägliche Arbeit interdisziplinär, das heißt in Zusammenarbeit mehrerer Fachspezialisten in Verbindung mit der St. Georg-Unternehmensgruppe zu organisieren.

Darin hat unser Krankenhaus in den vergangenen Jahren vielfältig investiert. Es sind Organisationsstrukturen geschaffen worden, die zu einer Abstimmung der Behandlungsabläufe und Therapiekonzepte führen. Diese Zentrenstrukturen werden darüber hinaus für die multiprofessionelle Ausbildung unserer Assistenz- und Fachärzte sowie der Pflegekräfte genutzt. Durch zahlreiche Kooperationsprojekte mit regionalen und überregionalen ambulanten und rehabilitativen Versorgern sowie mit Partnerkrankenhäusern stimmen wir unsere Behandlungskonzepte auch sektorenübergreifend ab.

Sie können darüber hinaus versichert sein, dass in unserer täglichen Arbeit auch der persönlichen sozialen Situation der Patientinnen und Patienten eine hohe Bedeutung beigemessen wird.

Als Geschäftsführerin der Fachklinik Hubertusburg gGmbH Wermsdorf bedanke ich mich auch persönlich für Ihr Interesse und hoffe, dass Sie auf den nachfolgenden Seiten für Sie wichtige Hinweise finden.

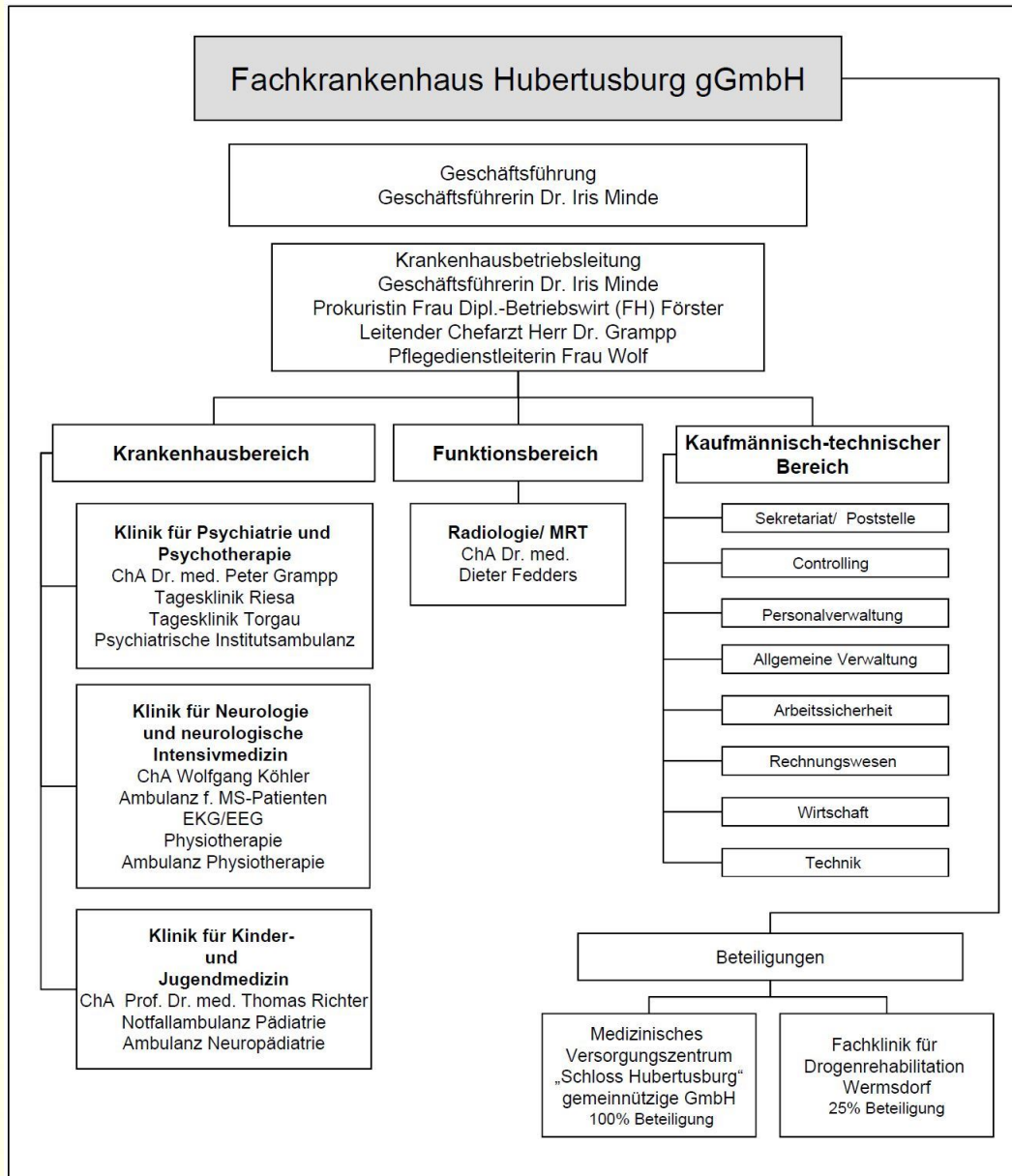
Dr. Iris Minde
Geschäftsführerin



Einleitung

Die Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH ist eine 100%ige Tochter der Klinikum St. Georg gGmbH und ein Unternehmen der St. Georg Unternehmensgruppe. Mit 192 stationären Betten und 35 tagesklinischen Plätzen erstreckt sich das Leistungsangebot des Fachkrankenhauses auf die Gebiete der Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie und neurologische Intensivmedizin sowie Kinder- und Jugendmedizin einschließlich der Psychosomatik.

Die Verwaltung und Organisation innerhalb der Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH erfolgt eigenverantwortlich, jedoch unterliegt sie den Organisationsgrundsätzen und den Rahmenkonzepten der Klinikum St. Georg gGmbH als Mutterunternehmen. Nachfolgendes Organigramm veranschaulicht die Unternehmensorganisation des Krankenhauses:



In dem Unternehmensverbund St. Georg sind darüber hinaus das Trägerkrankenhaus, die Klinikum St. Georg gGmbH, 3 Unternehmen mit Aufgaben für den Betrieb der Krankenhausinfrastruktur (Gebäudemanagement, Wirtschaft und Logistik, EDV) und eine Gesellschaft zur ambulanten Nachsorge zusammengefasst. Dem Unternehmensverbund ist weiterhin der Städtische Eigenbetrieb Klinikum „St. Georg“ Leipzig zuzuordnen, welcher neben einer zentralen Vermögensverwaltung mit hoheitlichen Versorgungsaufgaben für die Stadt Leipzig und den Freistaat Sachsen betraut ist.

In diesem Qualitätsbericht finden Sie zahlreiche detaillierte Informationen über das Leistungsspektrum sowie die Qualität unseres Krankenhauses. Sollten Sie weitere Informationen benötigen, können Sie uns über die angegebenen Kontaktdaten gern persönlich erreichen.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen und stehen für Ihre Rückfragen gern zur Verfügung.

Ihre Krankenhausbetriebsleitung

Dr. Iris Minde
Geschäftsführerin

Dipl. BW (FH) Annedore Förster
Prokuristin

Dr. med. Peter Grampp
Leitender Chefarzt

Sabine Wolf
Pflegedienstleiterin

Verantwortliche:

Verantwortlicher für: **die Erstellung**
Name/Position: Andrea Jentsch, Qualitäts- und Prozessmanagement
Telefon: 034364 6 2212
Fax: 034364 52225
E-Mail: andrea.jentsch@kh-hubertusburg.de

Verantwortlicher für: **die Krankenhausleitung**
Name/Position: Dipl. Betriebswirtin (FH) Annedore Förster, Prokuristin
Telefon: 034364 6 2210
Fax: 034364 52225
E-Mail: annedore.foerster@kh-hubertusburg.de

Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses: fkh-hubertusburg.de/

Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses (vollständige Angaben zur Erreichbarkeit)

Name: Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH
PLZ: 04779
Ort: Wermisdorf
Straße: Hubertusburg
Hausnummer: Gebäude 63
IK-Nummer: 261400596
Standort-Nummer: 0
Telefon-Vorwahl: 034364
Telefon: 60
Fax-Vorwahl: 034364
Fax: 52225
E-Mail: home@kh-hubertusburg.de
Krankenhaus-URL: www.fkh-hubertusburg.de

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name: Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH
PLZ: 04779
Ort: Wermisdorf
Straße: Hubertusburg
Hausnummer: Gebäude 63
IK-Nummer: 261400596
Standort-Nummer: 0
Telefon-Vorwahl: 034364
Telefon: 60
Fax-Vorwahl: 034364
Fax: 52225
E-Mail: home@kh-hubertusburg.de
Standort-URL: www.fkh-hubertusburg.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung: **Verwaltungsleitung**
Name/Position: Dipl. Betriebswirtin (FH) Annedore Förster, Prokuristin
Telefon: 034364 6 2210
Fax: 034364 52225
E-Mail: annedore.foerster@kh-hubertusburg.de

Leitung: **Ärztliche Leitung**
Name/Position: Dr. med. Peter Grampp, Leitender Chefarzt
Telefon: 034364 6 2261
Fax: 034364 6 2631
E-Mail: peter.grampp@kh-hubertusburg.de

Leitung: **Pflegedienstleitung**
Name/Position: Sabine Wolf, Pflegedienstleitung
Telefon: 034364 6 2280
Fax: 034364 6 2635
E-Mail: sabine.wolf@kh-hubertusburg.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers: Klinikum St. Georg gGmbH
Träger-Art: öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus: Nein
Name der Universität:

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

**Besteht eine regionale
Versorgungsverpflichtung?** Ja

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	
1	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare <i>Psychoedukation für Angehörige psychisch Kranker</i>
2	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern
3	Basale Stimulation
4	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
5	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden <i>Trauerbegleitung</i>
6	Bewegungsbad/Wassergymnastik
7	Sporttherapie/Bewegungstherapie
8	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) <i>Bobathlagerung nach Standards</i>
9	Diät- und Ernährungsberatung <i>Absprache mit der Diätberaterin</i>
10	Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege <i>Information an nachbetreuende Einrichtungen und Pflegedienste</i>
11	Ergotherapie/Arbeitstherapie
12	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege <i>Durchführung der Bezugspflege, einmal wöchentliche Fallbesprechung</i>
13	Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie <i>für schwer kommunikationsgestörte Patienten sowie für Kinder</i>
14	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
15	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
16	Massage
17	Musiktherapie <i>mit orffschen Instrumenten als Angebot für psychisch kranke Menschen</i>
18	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
19	Pädagogisches Leistungsangebot
20	Physikalische Therapie/Bädertherapie
21	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
22	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
23	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
24	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>Aufklärung von Patienten und Angehörigen bei Sturzgefährdung (Hilfsmittel usw.) sowie Umsetzung des Expertenstandards</i>
25	Spezielle Entspannungstherapie <i>u. a. autogenes Training, progressive Muskelentspannung</i>
26	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
27	Stomatherapie/-beratung

Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	
28	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
29	Wärme- und Kälteanwendungen
30	Wundmanagement <i>Umsetzung des Expertenstandards</i>
31	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen <i>Regionalbeauftragter Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe; Deutsche MS-Gesellschaft; Bundesvorstand Leukodystrophie; Myelinprojekt Deutschland</i>
32	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
33	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
34	Snoezelen <i>Snoezelraumeinrichtung</i>
35	Sozialdienst
36	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen
37	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

	Leistungsangebot	URL
1	NM02: Ein-Bett-Zimmer <i>Anzahl: 1</i>	
2	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Anzahl: 17</i>	
3	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Anzahl: 77</i>	
4	NM05: Mutter-Kind-Zimmer <i>Unterbringung im Patientenzimmer der Pädiatrie möglich, zusätzlich steht ein separates Elternzimmer zur Verfügung</i>	
5	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) <i>Unterbringung in einer Gästewohnung möglich</i>	
6	NM14: Fernsehgerät am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 0</i> <i>teilweise im Aufenthaltsraum</i>	
7	NM18: Telefon am Bett <i>Kosten pro Tag: 1,5</i> <i>Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,08</i> <i>Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0</i>	

	Leistungsangebot	URL
	<i>Grundgebühr pro Tag: 1,50 €; ausgehende Anrufe ins deutsche Festnetz: 7,5 ct./min.; ausgehende Anrufe ins Mobilfunknetz: 40 ct./min.</i>	
8	NM17: Rundfunkempfang am Bett <i>Kosten pro Tag: 0</i>	
9	NM19: Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer <i>in jedem Patientenschrank befindet sich ein Schließfach</i>	
10	NM01: Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum <i>auf allen Stationen</i>	
11	NM30: Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen <i>Max. Kosten pro Stunde: 0 Max. Kosten pro Tag: 0</i>	
12	NM67: Andachtsraum	
13	NM42: Seelsorge <i>katholische und evangelische Seelsorge auf Anfrage</i>	
14	NM36: Schwimmbad/Bewegungsbad <i>für therapeutische Zwecke</i>	
15	NM63: Schule im Krankenhaus <i>2 Schulräume vorhanden</i>	
16	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen <i>Zusammenarbeit mit dem Verein "Rosengarten e. V." Wermsdorf, für Betroffene von psychischen oder Suchterkrankungen und deren Angehörigen, Tel.: 034364 62261</i>	

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Die nachfolgenden Aspekte der Barrierefreiheit beziehen sich auf das gesamte Fachkrankenhaus.

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	BF02 - Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung <i>keine Beschriftung des Aufzuges in Blindenschrift</i>
2	BF27 - Beauftragter und Beauftragte für Patienten und Patientinnen mit Behinderungen und für „Barrierefreiheit“ <i>Frau Schneider (Schwerbehindertenvertretung), Tel.: 03421 773918, E-Mail: tagesklinikorgauschwestern@kh-hubertusburg.de</i>
3	BF11 - Besondere personelle Unterstützung
4	BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung <i>jährliche Fortbildungen für das Pflegepersonal der Gerontopsychiatrie im Umgang mit Menschen mit Demenz sowie monatlich 2 Fortbildungen für alle Mitarbeiter zu verschiedenen Themen</i>
5	BF24 - Diätetische Angebote <i>Diätküche und Diätassistenten</i>
6	BF04 - Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
7	BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter <i>Patientenlifter vorhanden</i>
8	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
9	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
10	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
11	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
12	BF07 - Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
13	BF06 - Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	
1	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
2	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
3	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
4	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien <i>Herr Prof. Dr. med. Richter</i>
5	Doktorandenbetreuung <i>Herr Prof. Dr. med. Richter</i>

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Ausbildungen in anderen Heilberufen	
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 192

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 4384
 Teilstationäre Fallzahl: 273
 Ambulante Fallzahl: 10016

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

	Art	Anzahl
1	Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	36,1 Vollkräfte
2	– davon Fachärzte und Fachärztinnen	12,2 Vollkräfte
3	Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen
4	Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0 Vollkräfte

A-11.2 Pflegepersonal

	Bezeichnung	Anzahl	Ausbildungsdauer
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	82,1 Vollkräfte	3 Jahre
2	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	21,5 Vollkräfte	3 Jahre
3	Altenpfleger und Altenpflegerinnen	1 Vollkräfte	3 Jahre
4	Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre
5	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	5,1 Vollkräfte	1 Jahr
6	Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	5 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs
7	Entbindungspfleger und Hebammen	0 Personen	3 Jahre
8	Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre

A-11.3 Spezielles therapeutisches Personal

	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl Vollkräfte
1	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	6,8
2	Erzieher und Erzieherin	1
3	Physiotherapeut und Physiotherapeutin <i>teilweise mit Zusatzqualifikation Bobath und Manualtherapie</i>	7,1
4	Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	10
5	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	0,3
6	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	4,3
7	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	0,8
8	Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	4,2

A-11.4 Hygienepersonal

	Hygienepersonal	Anzahl (Personen)
1	Hygienebeauftragte in der Pflege <i>pro Station ein Mitarbeiter</i>	9
2	Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. Fachkindergesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention – „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1
3	Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1
4	Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	

A-11.4.1 Hygienekommission

Eine Hygienekommission wurde eingerichtet?	Ja
Vorsitzende/Vorsitzender:	Leitender Chefarzt Dr. med. Peter Grampp

A-12 Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Name/Position:	Andrea Jentsch, Qualitäts- und Prozessmanagerin
PLZ/Ort:	04779 Wermsdorf
Adresse:	Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH Gebäude 63
Telefon:	034364 6 2212
Fax:	034364 52225
E-Mail:	andrea.jentsch@kh-hubertusburg.de
Arbeitsschwerpunkte:	Qualitäts- und Prozessmanagement

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	Apparative Ausstattung	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar
1	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja
2	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
3	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein
4	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	
5	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja
6	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja
7	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	

A-14 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

(I) Lob- und Beschwerdemanagement:

	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Nein
2	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Nein
3	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Nein
4	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Nein
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Nein

(II) Ansprechpartner / Personen:

Name/Position: Dipl. Betriebswirtin (FH) Annedore Förster, Prokuristin
PLZ/Ort: 04779 Wermsdorf
Adresse: Hubertusburg Gebäude 63
Telefon: 034364 6 2210
Fax: 034364 52225
E-Mail: annedore.foerster@kh-hubertusburg.de

Name/Position: Dr. med. Peter Grampp, Leitender Chefarzt
PLZ/Ort: 04779 Wermsdorf
Adresse: Hubertusburg Gebäude 63
Telefon: 034364 6 2261
Fax: 034364 6 2631
E-Mail: peter.grampp@kh-hubertusburg.de

Name/Position: Sabine Wolf, Pflegedienstleitung
PLZ/Ort: 04779 Wermisdorf
Adresse: Hubertusburg Gebäude 63
Telefon: 034364 6 2280
Fax: 034364 6 2635
E-Mail: sabine.wolf@kh-hubertusburg.de

(III) Ansprechpartner / Links / Erläuterungen:

URL:

(IV) Patientenfürsprecher / Personen:

Name/Position: Bernd Poch, ehrenamtlicher Patientenfürsprecher
PLZ/Ort: 04886 Zwethau
Adresse: Elbstraße 29
Telefon:
Fax:
E-Mail:

(V) Patientenfürsprecher / Erläuterungen:

Erläuterungen: Unterstützung von Patienten bei Problemen und Beschwerden; Kontaktmöglichkeit über einen Briefkasten auf jeder Station

(VII) Anonyme Eingabemöglichkeiten / Kontaktdetails:

Telefon:

E-Mail:

URL zum Kontaktformular:

(VIII) Befragungen:

Befragung: Einweiserbefragungen

Durchgeführt: Nein

URL zur Befragung:

Befragung: Patientenbefragungen

Durchgeführt: Ja

URL zur Befragung:

Erläuterungen: Aushändigung des Patientenfragebogens bei der Aufnahme und anonyme Abgabemöglichkeit während des Aufenthaltes in einen Briefkasten in der Eingangshalle

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

B-[1].1 Name

Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Name des Chefarztes oder der Chefärztin (optional):	Prof. Dr. med. habil. Thomas Richter
Straße:	Hubertusburg
Hausnummer:	Geb. 100
Ort:	Wermsdorf
PLZ:	04779
URL:	www.fkh-hubertusburg.de
E-Mail:	thomas.richter@kh-hubertusburg.de
Telefon-Vorwahl:	034364
Telefon:	62900
Fax-Vorwahl:	034364
Fax:	62909

Chefarzt Prof. Dr. med. habil. Thomas Richter
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin



Chefarzt Professor Dr. med. habil. Thomas Richter leitet die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin seit April 2007. In der Klinik werden alle akuten Erkrankungen vom Säuglings- bis zum Jugendalter behandelt. Dafür stehen 23 stationäre Betten für die allgemeine Kinderheilkunde, die Neu- und Frühgeborenenbetreuung mit Intensivüberwachung, die akutpädiatrische Betreuung, die neuropädiatrische Überwachung und die Behandlung psychosomatischer Erkrankungen zur Verfügung. Die Klinik weist langjährige Erfahrungen im Bereich der Diagnostik und Therapie mehrfach geschädigter Kinder und Jugendlicher auf.

Das Leistungsprofil umfasst auch die Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Krankheitsbildern. Dafür stehen 12 Betten zur Verfügung. Die Betroffenen werden in ein multimodales Diagnostik- und Therapieprogramm aus beispielsweise Ergotherapie, Gruppen- und Einzeltherapie, Reittherapie, Psychomotorik und Wasserbeckentherapie integriert.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Behandlung körperlich und geistig behinderter Kinder und chronisch kranker Patienten. Die Betreuung ist an die individuellen Bedürfnisse des Patienten angepasst und erfolgt unter dem Einsatz moderner psychotherapeutischer Behandlungsverfahren. Durch den Verbund mit der Klinik für Neurologie und der Klinik für Psychiatrie und eine Ausstattung mit modernsten Geräten ist die Diagnostik und Behandlung neuropädiatrischer Krankheitsbilder ein Spezialgebiet. Des Weiteren werden in der Klinik Patienten mit Sozialverhaltens- und emotionalen Störungen, Schulleistungsversagen sowie ADHS/ ADS behandelt.

Im Kindesalter spielen Nahrungsmittelallergien eine zunehmende Rolle. Oft werden auch Reaktionen beobachtet, die nicht durch bestimmte Allergiewerte im Blut zu beweisen sind (IgE-vermittelte Reaktionen): Neurodermitis, Asthma bronchiale, Durchfall, Verstopfung oder Rückfluss von Magensäure. Im Einzelfall ist die Beurteilung sehr schwierig, ob tatsächlich Allergien oder aber andere Ursachen zu Grunde liegen. Seit 2009 bieten wir deshalb eine Sprechstunde für Neurodermitis und Nahrungsmittelallergien in unserer Klinik an.

In Zusammenarbeit mit unseren Diätassistentinnen führen wir stationär doppelblinde-placebo-kontrollierte Nahrungsmitteltestungen durch. Solche Untersuchungen haben zum Ziel, mögliche Nahrungsallergien zu objektivieren und unnötige Diäten zu vermeiden.

Zur Gewährleistung einer optimalen Versorgung der jungen Patienten steht der kinderärztliche 24h- Dienst in der Notfallambulanz sowie die neuropädiatrische Sprechstunde zur Verfügung. Psychologische Beratung und familientherapeutische Angebote ergänzen die Therapie über das Ende der stationären Behandlung hinaus.

Spezialbehandlungen, Methoden und Techniken:

- bildgebende Diagnostik (Röntgen, MRT)
- Ultraschall (Abdomen, Schilddrüse, Schädel, Hüfte und Herz)
- neurophysiologische Diagnostik
- Dopplersonographie
- Cardiale Diagnostik
- Lungenfunktionsdiagnostik
- Entwicklungsdiagnostik
- Labor
- Schweißtest

Besondere Angebote im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich Notfallambulanz (24-h-Präsens) und Spezialsprechstunden:

- Sprechstunde für neuropädiatrische Erkrankungen
- Sprechstunde für Früh- und Risikoneugeborene
- Sprechstunde für Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung
- Sprechstunde für Immunologie, Infektiologie und Rheumatologie
- Sprechstunde für Nephrologie
- Sprechstunde für Endokrinologie und Diabetologie
- Sprechstunde für genetische Erkrankungen
- Sprechstunde für Botoxtherapie
- Sprechstunde für Cardiology (einschl. Echokardiographie)
- Sprechstunde für Physiotherapie (einschl. Babyschwimmen)

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(1000) Pädiatrie

B-[1].1.2 Art der Fachabteilung "Klinik für Kinder- und Jugendmedizin"

Abteilungsart: Hauptabteilung

B-[1].2 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote	
1	Versorgung von Neugeborenen <i>in Zusammenarbeit mit der Collm Klinik Oschatz</i>
2	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen <i>Zusammenarbeit mit der nephrologischen Ambulanz, OÄ Dr. Wygoda</i>
3	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
4	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
5	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge <i>medikamentöse Einstellung und Therapiekontrolle</i>
6	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
7	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin <i>Überwachung ab der 36. Schwangerschaftswoche in Zusammenarbeit mit der neonatologischen Abteilung der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum St. Georg in Leipzig</i>
8	Diagnostik und Therapie von Allergien <i>besonders Nahrungsmittelallergien</i>
9	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen <i>hirnorganische Diagnostik, EEG und evozierte Potentiale</i>
10	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen <i>EMG und NLG</i>
11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen <i>Zusammenarbeit mit der Klinik für Neurologie (z. B. bei Leukodystrophien)</i>
12	Neugeborenenenscreening <i>in Zusammenarbeit mit der Collm Klinik Oschatz</i>
13	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter <i>Motoriktestung und Denver-Entwicklungsskala</i>
14	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes <i>Schmerzsyndrome (funktionell-somatoform), Enuresis und Enkopresis</i>
15	Pädiatrische Psychologie <i>systemische Therapie</i>
16	Spezialsprechstunde <i>Neuropädiatrie, Gastroenterologie, Rheumatologie, Endokrinologie, Genetik, Kardiologie, Nephrologie und Botox-Sprechstunde</i>

B-[1].3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Angaben zur Barrierefreiheit können im Kapitel A-7 nachgelesen werden.

B-[1].4 Fallzahlen der Fachabteilung "Klinik für Kinder- und Jugendmedizin"

Vollstationäre Fallzahl: 1018
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[1].5 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[1].5.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	211
2	A09	Magen-Darm-Grippe und sonstige Entzündung des Dickdarmes	92
3	S06	Verletzung des Schädelinneren	71
4	J20	Akute Bronchitis	68
5	A08	Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Viren oder sonstige Krankheitserreger	45
6	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	40
7	K90	Störung der Nährstoffaufnahme im Darm	39
8	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	35
9	J12	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren	19
10	J03	Akute Mandelentzündung	18

B-[1].6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[1].6.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	832
2	1-760	Untersuchung zum Nachweis einer Stoffwechselstörung, bei der bestimmte Substanzen (z.B. Zucker) verabreicht werden	742
3	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	585
4	3-05x	Sonstiger Ultraschall mit Einführen des Ultraschallgerätes in den Körper	378
5	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	350
6	9-403	Behandlung neurologischer oder psychischer Krankheiten von Kindern unter Erfassung des psychosozialen Hintergrundes (z.B. familiäre Situation) bzw. mit Berücksichtigung des Zusammenhangs zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden	220
7	1-334	Untersuchung von Harntransport und Harnentleerung	46
8	1-712	Messung der Zusammensetzung der Atemluft in Ruhe und unter körperlicher Belastung	41
9	8-121	Darmspülung	30
10	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	18

B-[1].7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Notfallambulanz
	<p>Notfallambulanz (24h)</p> <p><i>inklusive der vor- und nachstationären Betreuung von Patienten</i></p>
2	Sprechstunde für neuropädiatrische Erkrankungen
	<p>Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)</p>
	Leistungen:
	VK16 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
	VK18 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
	VK17 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
	VK26 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
	VK27 - Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
	VK34 - Neuropädiatrie
	VK28 - Pädiatrische Psychologie
3	Sprechstunde für Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung
	<p>Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)</p>
	Leistungen:
	VK07 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
	VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
	VK15 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
	VK13 - Diagnostik und Therapie von Allergien
4	Sprechstunde für Immunologie, Infektiologie und Rheumatologie
	<p>Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)</p>
	Leistungen:
	VK09 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
	VK14 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
	VK30 - Immunologie
5	Sprechstunde für Nephrologie
	<p>Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)</p>
	Leistungen:
	VK04 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen

B-[1].8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Ambulante Operationen werden am Fachkrankenhaus nicht durchgeführt.

B-[1].8.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[1].9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter
D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[1].10 Personelle Ausstattung

B-[1].10.1 Ärzte und Ärztinnen

	Art	Anzahl
1	Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	6,4 Vollkräfte
2	– davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,4 Vollkräfte
3	Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen

B-[1].10.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Fachabteilung "Klinik für Kinder- und Jugendmedizin"

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Kinder- und Jugendmedizin

B-[1].10.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Kinder-Gastroenterologie <i>über das Klinikum St. Georg in Leipzig</i>
2	Kinder-Nephrologie <i>über das Klinikum St. Georg in Leipzig</i>
3	Kinder-Rheumatologie <i>über das Klinikum St. Georg in Leipzig</i>

B-[1].10.2 Pflegepersonal

	Bezeichnung	Anzahl	Ausbildungsdauer
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	0,5 Vollkräfte	3 Jahre
2	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	11,5 Vollkräfte	3 Jahre
3	Altenpfleger und Altenpflegerinnen	1 Vollkräfte	3 Jahre
4	Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre
5	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0,8 Vollkräfte	1 Jahr
6	Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	2 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs
7	Entbindungspfleger und Hebammen	0 Personen	3 Jahre
8	Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre

B-[1].10.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Klinik für Kinder- und Jugendmedizin" – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten <i>Stationsleitung und stellv. Stationsleitung</i>
2	Psychiatrische Pflege <i>im Kinder- und Jugendbereich 2 Mitarbeiter</i>
3	Pädiatrische Intensivpflege <i>2 Mitarbeiter</i>

B-[1].10.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Klinik für Kinder- und Jugendmedizin" – Zusatzqualifikation

keine

B-[1].10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl (Vollkräfte)
1	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen <i>systemische Therapie</i>	0
2	Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	0
3	Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	1,5
4	Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen	0

B-[2] Klinik für Neurologie und neurologische Intensivmedizin

B-[2].1 Name

Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Neurologie und neurologische Intensivmedizin
Name des Chefarztes oder der Chefärztin (optional):	Wolfgang Köhler
Straße:	Hubertusburg
Hausnummer:	Gebäude 88
Ort:	Wermsdorf
PLZ:	04779
URL:	www.fkh-hubertusburg.de
E-Mail:	wolfgang.koehler@kh-hubertusburg.de
Telefon-Vorwahl:	034364
Telefon:	62356
Fax-Vorwahl:	034364
Fax:	62632



Chefarzt Wolfgang Köhler

Klinik für Neurologie und neurologische Intensivmedizin

Die Klinik für Neurologie und neurologische Intensivmedizin unter Leitung des Chefarztes Wolfgang Köhler verfügt über 42 stationäre Betten, davon 8 Betten neurologische Intensivtherapie und 4 Betten Stroke Unit.

Diagnostiziert und behandelt werden akute Erkrankungen der Wirbelsäule, des peripheren und zentralen Nervensystems und der Muskulatur, u. a. Bandscheibenerkrankungen, Parkinson'sche Erkrankung, Epilepsie oder Entzündungen des Nervensystems.

Medizinische Schwerpunkte der Klinik sind die Behandlung akuter Schlaganfälle, Erkrankungen der neuromuskulären Endplatte (GBS und Myasthenie) und die Erkrankung der weißen Hirnsubstanz wie Multiple Sklerose und Leukodystrophien. Der Klinik stehen neueste Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, wie z. B. extra- und intrakranielle Dopplersonographie, neurophysiologische Untersuchungen und die bildgebende Diagnostik (CT, CT-Angiographie, MRT/ MR-Spektroskopie und MR-Angiographie).

Die Schlaganfall-Behandlungseinheit ist zertifiziert nach den Richtlinien der Deutschen Schlaganfallgesellschaft und ausgestattet mit einem kompletten kardiovaskulären und neurologischen Monitoring-System. Für spezialisierte, z. B. neurochirurgische, neuroradiologische oder gefäßchirurgische Fragestellungen, bestehen enge telemedizinische Verbindungen zur Klinikum St. Georg gGmbH.

Spezialbehandlungen, Methoden und Techniken:

- Neurologische Intensivtherapie, inklusive invasive und nichtinvasive Beatmung, Nierenersatztherapie, Apheresetherapie, neurologisches und invasiv-kardiovaskuläres Monitoring
- Stroke Unit (Schlaganfall-Spezialstation)
- Computertomographie und Kernspintomographie mit spezieller Ausrichtung für neurologische Erkrankungen
- Ultraschall-Labor (extra- und transkranieller Doppler, Duplex–Sonographie, Echokardiographie (TTE und TEE) und Abdomensonographie)
- Neurophysiologische Untersuchungsmethoden (VEP, AEP, EEG, Video–EEG, Langzeit–EEG, SSEP, MEP, repetitive Magnetstimulation, EMG/ NLG und vegetative Funktionsdiagnostik)
- Neuropsychologische Diagnostik
- Logopädische Diagnostik und Therapie
- Physiotherapie inklusive Wassergymnastik, Nordic Walking für Parkinson-Patienten etc. und physikalische Therapie

Besondere Angebote im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich:

- Schlaganfall-Telefon: 034364-6-2626 (24h erreichbar)
- DMSG-zertifiziertes Multiple-Sklerose-Zentrum
- Spezialambulanz für Multiple Sklerose und andere demyelinisierende Erkrankungen (034364-6-2359)
- Kompetenz-Zentrum für leukodystrophische Erkrankungen des Erwachsenenalters (LEUKONET-Projekt, Kontakt: 034364-6-2582)

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(2800) Neurologie
2	(3628) Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie

B-[2].1.2 Art der Fachabteilung "Klinik für Neurologie und neurologische Intensivmedizin"

Abteilungsart: Hauptabteilung

B-[2].2 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems <i>MS-Zentrum (DMSG zertifiziert) und MS-Spezialambulanz</i>
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels <i>Myasthenie-Zentrum</i>
3	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin <i>8 Betten Neurologische Intensivtherapie-Station und 4 Betten Stroke Unit</i>
4	Spezialsprechstunde <i>Dystonie- und Spastik-Sprechstunde sowie Behandlungszulassung für die Botulinumtoxin-Therapie bei Kindern und Erwachsenen</i>
5	Stroke Unit <i>Regionales Schlaganfallzentrum mit spezialisierter Behandlungseinheit (Stroke Unit)</i>
6	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
7	(„Sonstiges“) <i>Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der weißen Hirnsubstanz</i>
8	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
9	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
10	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
12	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
13	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
14	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns <i>Diagnostik von gutartigen Tumoren des Gehirns</i>
15	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
16	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns <i>Diagnostik von malignen Erkrankungen des Gehirns</i>
17	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
18	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
19	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
20	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
21	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
22	Schmerztherapie

B-[2].3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Angaben zur Barrierefreiheit können im Kapitel A-7 nachgelesen werden.

B-[2].4 Fallzahlen der Fachabteilung "Klinik für Neurologie und neurologische Intensivmedizin"

Vollstationäre Fallzahl: 1576

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[2].5 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[2].5.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	245
2	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	165
3	G35	Chronisch entzündliche Krankheit des Nervensystems - Multiple Sklerose	100
4	G45	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen	93
5	G82	Vollständige bzw. unvollständige Lähmung der Beine oder Arme	75
6	E71	Störung des Stoffwechsels verzweigter Eiweißbestandteile (Aminosäuren) bzw. des Fettsäurestoffwechsels	71
7	G62	Sonstige Funktionsstörung mehrerer Nerven	54
8	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	46
9	M54	Rückenschmerzen	43
10	G70	Krankheit mit gestörter Übermittlung der Botenstoffe zwischen Nerv und Muskel, z.B. Myasthenie	40

B-[2].6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[2].6.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	857
2	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	764
3	1-206	Untersuchung der Nervenleitung - ENG	688
4	3-05g	Ultraschall der Blutgefäße durch Einführen eines Ultraschallgerätes in die Gefäße	500
5	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	482
6	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	415
7	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	384
8	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	351
9	3-05x	Sonstiger Ultraschall mit Einführen des Ultraschallgerätes in den Körper	344
10	8-981	Fachübergreifende neurologische Behandlung eines akuten Schlaganfalls	317

B-[2].7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Ambulantes Behandlungszentrum für Multiple Sklerose und andere demyelinisierende Erkrankungen
	Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V
	Leistungen:
	LK20 - Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Multipler Sklerose
2	Vor- und Nachsorgebehandlung
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	Leistungen:
	VN00 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der weißen Hirnsubstanz
	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
	VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
	VN07 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
	VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
	VN23 - Schmerztherapie

B-[2].8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Ambulante Operationen werden am Fachkrankenhaus nicht durchgeführt.

B-[2].8.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[2].9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:	Nein
Stationäre BG-Zulassung:	Nein

B-[2].10 Personelle Ausstattung

B-[2].10.1 Ärzte und Ärztinnen

	Art	Anzahl
1	Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	12,9 Vollkräfte
2	– davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,3 Vollkräfte
3	Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen

B-[2].10.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Fachabteilung "Klinik für Neurologie und neurologische Intensivmedizin"

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Neurologie

B-[2].10.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin

B-[2].10.2 Pflegepersonal

	Bezeichnung	Anzahl	Ausbildungsdauer
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	18,8 Vollkräfte	3 Jahre
2	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	7 Vollkräfte	3 Jahre
3	Altenpfleger und Altenpflegerinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre
4	Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre
5	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	1,8 Vollkräfte	1 Jahr
6	Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs
7	Entbindungspfleger und Hebammen	0 Personen	3 Jahre
8	Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre

B-[2].10.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Klinik für Neurologie und neurologische Intensivmedizin" – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Intensivpflege und Anästhesie <i>2 Mitarbeiter</i>
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten <i>2 Stationsleitungen und 2 stellv. Stationsleitungen</i>

B-[2].10.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Klinik für Neurologie und neurologische Intensivmedizin" – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikationen	
1	Wundmanagement <i>1 Vollkraft</i>
2	Praxisanleitung <i>1 Vollkraft</i>

Des Weiteren stehen der Fachabteilung 1, 9 Vollkräfte mit der Zusatzqualifikation "Stroke Nurse" zur Verfügung.

B-[2].10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl (Vollkräfte)
1	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen	0
2	Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	0
3	Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	1
4	Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen	0

B-[3] Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

B-[3].1 Name

Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Name des Chefarztes oder der Chefärztin (optional):	Dr. med. Peter Grampp
Straße:	Hubertusburg
Hausnummer:	Geb.88/100
Ort:	Wermsdorf
PLZ:	04779
URL:	www.fkh-hubertusburg.de
E-Mail:	peter.grampp@kh-hubertusburg.de
Telefon-Vorwahl:	034364
Telefon:	62261
Fax-Vorwahl:	034364
Fax:	62631

Chefarzt Dr. med. Peter Grampp
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Fachkrankenhauses Hubertusburg gGmbH Wermsdorf stellt die psychiatrische Voll- und Endversorgung für die Regionen Torgau-Oschatz und Riesa-Großenhain sicher.

Die 127 stationären Betten gliedern sich in eine Intensivpsychiatrische Station (allgemeinpsychiatrische Krisen- und Notfallbehandlung sowie Krisenintervention bei Intelligenzgehinderten und autistischen Menschen), eine offene Regelbehandlungsstation für allgemeinpsychiatrische Patienten, eine Seniorenstation (Psychotherapie und allgemeinpsychiatrische Versorgung), eine Station für Abhängigkeitskranke (biopsychosoziale Behandlung von Doppeldiagnosen, sekundäre organische Störungen), Psychotherapiestationen (Diagnostik und Behandlung schwerer und schwerster komplexer Persönlichkeitsstörungen, therapiefraktärer neurotischer sowie Essstörungen).

Die beiden eigenständigen Tageskliniken in Riesa und Torgau mit 20 und 15 Plätzen sichern die ortsnahe reintegrative Behandlung psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandelnder Patienten.

Die Institutsambulanz versorgt subsidiär im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages (gemäß § 118 SGB V) chronisch und schwer psychisch kranke Patienten. Über die allgemeinen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsfelder hinaus werden spezialisierte Angebote für onkologische und chronische somatoforme Schmerzstörungen, Essstörungen, schwere Persönlichkeitsstörungen, autistische Menschen und Krisensituationen bei Intelligenzgehinderten Menschen angeboten und vorgehalten.

Im Rahmen der liason- und konsiliarpsychiatrischen Versorgung werden die regionalen Kliniken in Oschatz, Torgau, die JVA Torgau und Bereiche des Klinikum St. Georg eingebunden. Hier gibt es besondere Konzepte für Menschen mit Adipositas oder mit onkologischen und schweren chronischen Krankheiten sowie palliativ zu versorgende Patienten.

Besondere Angebote im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich sind:

- Versorgung schwerer und chronifizierter Persönlichkeitsstörung
- Versorgung von Patienten mit Doppeldiagnosen (Drogenpsychosen)
- Psychotherapie speziell für Senioren
- Schwerpunktambulanzen:
 - ADHD im Erwachsenenalter
 - Krisenbehandlung bei Menschen mit Intelligenzhandicaps
 - Psychoonkologie und palliative Versorgung
 - Gedächtnisambulanz und Alzheimertelefon

Unsere Tageskliniken unter Leitung von Herrn Dr. med. Denis Kenzin können Sie unter folgenden Adressen kontaktieren:

Tagesklinik Riesa

Elbweg 3
01591 Riesa
Telefon: 03525-51370
Telefax: 03525-513725

Tagesklinik Torgau

Husarenpark 5
04860 Torgau
Telefon: 03421-77390
Telefax: 03421-773919

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(2900) Allgemeine Psychiatrie
2	(2960) Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

B-[3].1.2 Art der Fachabteilung "Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie"

Abteilungsart: Hauptabteilung

B-[3].2 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote	
1	Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie; Institutsambulanz, Psychoonkologie u. Ernährungspsychologe, Behandlung v. Müttern m. kleinen Kindern; Forensische Ambulanz u. zertifizierte Gutachtenstelle (DGPPN)
2	diverses <i>Alzheimertelefon; Begutachtungsstelle; Liaisonsdienst für die JVA Torgau, die Collm Klinik Oschatz, die Kentmann-Klinik Torgau und das Reha-Zentrum Schmannewitz; Behandlung von Mutter und Kind (Schwangerschaftspsychosen)</i>
3	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
4	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen <i>zusätzlich Behandlung von Menschen mit Doppeldiagnosen (Drogenabhängigkeit und Abhängigkeitsproblematik) mit einem speziell zugeschnittenen Konzept</i>
5	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
6	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
7	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
8	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
9	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
10	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
11	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen <i>Schwerpunkt: therapieresistente schwere Persönlichkeits- sowie Essstörungen</i>
12	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen <i>interdisziplinäre Behandlung geistig behinderter und autistischer Menschen (Kooperation mit den Kliniken für Neurologie und neurologische Intensivmedizin sowie Kinder- und Jugendmedizin) sowie autistischer Spektrumserkrankungen</i>
13	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen <i>Schwerpunkt: autistische Spektrumserkrankungen sowie Autismusambulanz</i>
14	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend <i>ADHD-Ambulanz</i>
15	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
16	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen <i>einschließlich Psychotherapie von Senioren</i>
17	Spezialsprechstunde <i>Psychoonkologie, Gedächtnisamb. ADHD, Schwerpunktamb. für Erwachsene, Psychotherapieamb. für schwere Persönlichkeitsstörungen, Traumaamb., Suchtnachsorgesprechstunde, Substitutionsamb., Amb. Autistische Spektrumsberatung, Huntingtonamb., Amb. für forensisch auffälliges Verhalten (Sexualstörung etc.)</i>
18	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
19	Psychosomatische Komplexbehandlung
20	Psychoonkologie <i>Liaisons- und Konsiliardienst</i>
21	Psychiatrische Tagesklinik <i>Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie, Institutsambulanz, Psychoonkologie und Ernährungspsychologe, Behandlung von Müttern mit kleinen Kindern, Forensische Ambulanz und zertifizierte Gutachtenstelle (DGPPN)</i>

Medizinische Leistungsangebote

22 Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen

B-[3].3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Angaben zur Barrierefreiheit können im Kapitel A-7 nachgelesen werden.

B-[3].4 Fallzahlen der Fachabteilung "Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie"**Vollstationäre Fallzahl:** 1790**Teilstationäre Fallzahl:** 273**B-[3].5 Hauptdiagnosen nach ICD**

B-[3].5.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	438
2	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	241
3	F20	Schizophrenie	185
4	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	150
5	F05	Verwirrtheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt	116
6	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	106
7	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	65
8	F15	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch andere anregende Substanzen, einschließlich Koffein	49
9	F25	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung	46
10	F41	Sonstige Angststörung	44

B-[3].6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[3].6.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-606	Regelbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten	3698
2	9-605	Regelbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten	2548
3	9-614	Intensivbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen	2334
4	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie	1154
5	9-624	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten	945
6	9-625	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten	941
7	9-981	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke	789
8	9-982	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Psychiatrie für ältere Menschen	483
9	9-615	Intensivbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen	482
10	1-903	Aufwendige Untersuchung von psychischen Störungen bzw. des Zusammenhangs zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden sowie von Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	237

B-[3].7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Allgemeinpsychiatrische Ambulanz
	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
	Leistungen:
	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
	VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
2	ADHD-Ambulanz
	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
3	Huntingtonambulanz
	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
	Leistungen:
	VP12 - Spezialsprechstunde
4	Ambulanz und Krisenmodell "Verhaltensauffällige..."
	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
5	Sucht- und Substitutionsambulanz
	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
	Leistungen:
	VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
	<i>z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel</i>
6	Seniorenambulanz/ Gedächtnisambulanz
	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
	Leistungen:
	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
7	ADHD und Autismusambulanz
	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
	Leistungen:
	VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
8	Psychotherapieambulanz
	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
	Leistungen:
	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
	VP14 - Psychoonkologie
	VP13 - Psychosomatische Komplexbehandlung

B-[3].8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Ambulante Operationen werden am Fachkrankenhaus nicht durchgeführt.

B-[3].8.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3].9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[3].10 Personelle Ausstattung

B-[3].10.1 Ärzte und Ärztinnen

	Art	Anzahl
1	Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	15,8 Vollkräfte
2	– davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,5 Vollkräfte
3	Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen

B-[3].10.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Fachabteilung "Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie"

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Neurologie
2	Psychiatrie und Psychotherapie <i>volle Weiterbildungsbefugnis für die Psychiatrie und Psychotherapie - Schwerpunkt Forensische Psychiatrie</i>
3	Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie

B-[3].10.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Ärztliches Qualitätsmanagement
2	Psychoanalyse
3	Psychotherapie – fachgebunden –
4	Rehabilitationswesen
5	Sozialmedizin
6	Suchtmedizinische Grundversorgung

B-[3].10.2 Pflegepersonal

	Bezeichnung	Anzahl	Ausbildungsdauer
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	62,9 Vollkräfte	3 Jahre
2	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	3 Vollkräfte	3 Jahre
3	Altenpfleger und Altenpflegerinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre
4	Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre
5	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	3 Vollkräfte	1 Jahr
6	Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	3 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs
7	Entbindungspfleger und Hebammen	0 Personen	3 Jahre
8	Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre

B-[3].10.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie" – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten <i>6 Stationsschwestern und 3 stellvertretende Stationsschwestern</i>
2	Psychiatrische Pflege <i>15 Mitarbeiter</i>

B-[3].10.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie" – Zusatzqualifikation

Keine

B-[3].10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl (Vollkräfte)
1	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen	0
2	Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	0,3
3	Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	8,2
4	Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen	0

B-[4] Abteilung für radiologische Diagnostik

B-[4].1 Name

Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Abteilung für radiologische Diagnostik
Name des Chefarztes oder der Chefärztin (optional):	Dr. med. Dieter Fedders
Straße:	Fachkrankenhaus Hubertusburg
Hausnummer:	Gebäude 88
Ort:	Wermsdorf
PLZ:	04779
URL:	www.fkh-hubertusburg.de/
E-Mail:	dieter.fedders@kh-hubertusburg.de
Telefon-Vorwahl:	034346
Telefon:	62345
Fax-Vorwahl:	034364
Fax:	62553

Chefarzt Dr. med. Dieter Fedders
Abteilung für radiologische Diagnostik



Die Abteilung für radiologische Diagnostik ist eine zentrale Einrichtung für die bildgebende Diagnostik der klinischen Fachabteilungen Neurologie und neurologische Intensivmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendmedizin sowie deren Ambulanzen. Die Bilderzeugung, Archivierung und Befundung erfolgen vollständig digital und es finden tägliche und wöchentliche Röntgendemonstrationen statt.

Die Modalitäten der Abteilung umfassen die konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie (CT - 16-Zeiler) und Magnetresonanztomographie (MRT - 1.5 T). Die Geräte für die Schnittbildgebung sind von moderner Bauart (CT-Installation 2010 – MRT-Installation 2012) und umfangreich ausgestattet. Im MRT werden vornehmlich neuroradiologische Fragestellungen behandelt, insbesondere die spezialisierte Diagnostik von Schlaganfällen, einschließlich der arteriellen und venösen Gefäße sowie die Diagnostik von Erkrankungen der weißen Hirnsubstanz. Fokussiert angeboten werden zudem ein Spektrum spezialisierter Organdiagnostik wie etwa die MR-Sellink-Untersuchung zur Abklärung entzündlicher Darmerkrankungen sowie die Diagnostik bei orthopädischen und internistischen Fragestellungen. Im CT werden sowohl neuroradiologische als auch allgemeine körperradiologische Fragestellungen untersucht, wobei ein Schwerpunkt in der Versorgung der multimorbiden Intensivpatienten der neurologischen Klinik liegt.

Außerhalb der Regeldienstzeit erfolgt für unser Fachkrankenhaus die teleradiologische Diagnostik über die fachärztlichen Kollegen der Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie des Klinikums St. Georg in Leipzig. Unsere Abteilung ist hierfür 24 h durch die medizinisch-technisch-radiologischen Assistentinnen (MTRA) durch Anwesenheitsbereitschaft in der Woche und Rufbereitschaft am Wochenende besetzt.

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(3751) Radiologie

B-[4].1.2 Art der Fachabteilung "Abteilung für radiologische Diagnostik"

Abteilungsart: Nicht-Bettenführend

B-[4].2 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote	
1	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
2	Computertomographie (CT), nativ
3	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
4	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
5	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
6	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
7	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
8	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
9	Quantitative Bestimmung von Parametern

B-[4].3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Angaben zur Barrierefreiheit können im Kapitel A-7 nachgelesen werden.

B-[4].4 Fallzahlen der Fachabteilung "Abteilung für radiologische Diagnostik"

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[4].5 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[4].5.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe
entfällt

B-[4].6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[4].6.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	1086
2	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	462
3	3-808	Kernspintomographie (MRT) der Blutgefäße außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen ohne Kontrastmittel	426
4	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	354
5	3-84x	Andere spezielle Verfahren mithilfe eines Kernspintomographen (MRT)	277
6	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	208
7	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	199
8	3-823	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	142
9	3-228	Computertomographie (CT) der Blutgefäße außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen mit Kontrastmittel	29
10	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	25

B-[4].7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Ambulantes Behandlungszentrum für Multiple Sklerose und andere demyelinisierende Erkrankungen
	Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V
	Leistungen:
	LK20 - Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Multipler Sklerose
	<i>bei Bedarf erfolgt die radiologische Diagnostik im Rahmen der Sprechstunde</i>
2	Psychiatrische Institutsambulanz
	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
	Leistungen:
	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
	<i>bei Bedarf erfolgt die radiologische Diagnostik im Rahmen der Sprechstunde</i>

B-[4].8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Ambulante Operationen werden am Fachkrankenhaus nicht durchgeführt.

B-[4].8.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[4].9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[4].10 Personelle Ausstattung

B-[4].10.1 Ärzte und Ärztinnen

	Art	Anzahl
1	Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	1 Vollkräfte
2	– davon Fachärzte und Fachärztinnen	1 Vollkräfte
3	Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen

B-[4].10.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Fachabteilung "Abteilung für radiologische Diagnostik"

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Radiologie

B-[4].10.1.2 Zusatzweiterbildung

entfällt

B-[4].10.2 Pflegepersonal

Der Abteilung für radiologische Diagnostik steht kein Pflegepersonal, sondern Medizinisch-technische Radiologieassistenten zur Verfügung, welche im Kapitel A-11.3 abgebildet sind.

	Bezeichnung	Anzahl	Ausbildungsdauer
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre
2	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre
3	Altenpfleger und Altenpflegerinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre
4	Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre
5	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0 Vollkräfte	1 Jahr
6	Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs
7	Entbindungspfleger und Hebammen	0 Personen	3 Jahre
8	Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre

B-[4].10.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Abteilung für radiologische Diagnostik" – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse entfällt

B-[4].10.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Fachabteilung "Abteilung für radiologische Diagnostik" – Zusatzqualifikation entfällt

B-[4].10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik entfällt

	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl (Vollkräfte)
1	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen	0
2	Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	0
3	Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	0
4	Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen	0

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

C-1.1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für: "Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH"

	Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)
1	Ambulant erworbene Pneumonie	<4	100
2	Neonatologie	11	100
3	Pflege: Dekubitusprophylaxe	163	100

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

C-1.2.A Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden

C-1.2 A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

	Leistungsbereich	Qualitätsindikator
1	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts [11878]
	Empirisch-statistische Bewertung*	gut
	Ergebnis (Einheit)	<4
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Zähler Nenner	<4 <4
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	= 14,4 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Bundesdurchschnitt	8,7
	Referenzbereich (bundesweit)	= 14,4 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	<4
2	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit niedrigem Risiko [11879]
	Empirisch-statistische Bewertung*	schwach
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Zähler Nenner	
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	= 4,8 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Bundesdurchschnitt	1,8
	Referenzbereich (bundesweit)	= 4,8 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Kommentar / Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
3	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit mittlerem Risiko [11880]
	Empirisch-statistische Bewertung*	gut
	Ergebnis (Einheit)	<4
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Zähler Nenner	<4 <4
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	= 15,2 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Bundesdurchschnitt	9,2
	Referenzbereich (bundesweit)	= 15,2 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	<4
4	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit hohem Risiko [11881]
	Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Zähler Nenner	
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	= 40,9 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Bundesdurchschnitt	25,3
Referenzbereich (bundesweit)	= 40,9 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)	

	Leistungsbereich	Qualitätsindikator
	Kommentar / Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
5	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme [2005]
	Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
	Ergebnis (Einheit)	<4
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Zähler Nenner	<4 <4
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	>= 95,0 % (Zielbereich)
	Bundesdurchschnitt	96,8
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	<4
6	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten) [2006]
	Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
	Ergebnis (Einheit)	<4
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Zähler Nenner	<4 <4
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	nicht definiert
	Bundesdurchschnitt	96,9
	Referenzbereich (bundesweit)	nicht definiert
	Vertrauensbereich	<4
7	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ausschließlich aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten) [2007]
	Empirisch-statistische Bewertung*	schwach
	Ergebnis (Einheit)	<4
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Zähler Nenner	<4 <4
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	nicht definiert
	Bundesdurchschnitt	93,6
	Referenzbereich (bundesweit)	nicht definiert
	Vertrauensbereich	<4
8	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme [2009]
	Empirisch-statistische Bewertung*	gut
	Ergebnis (Einheit)	<4
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Zähler Nenner	<4 <4
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	>= 90,0 % (Zielbereich)
	Bundesdurchschnitt	94,3
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	<4
9	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit geringem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme [2012]
	Empirisch-statistische Bewertung*	schwach
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Zähler Nenner	
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	>= 90,2 % (10. Perzentil, Toleranzbereich)
	Bundesdurchschnitt	95,6
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,2 % (10. Perzentil, Toleranzbereich)
	Kommentar / Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
10	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit mittlerem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme [2013]
	Empirisch-statistische Bewertung*	gut
	Ergebnis (Einheit)	<4
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Zähler Nenner	<4 <4
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	>= 80,5 % (10. Perzentil, Toleranzbereich)
	Bundesdurchschnitt	91,2
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,5 % (10. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	<4
11	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Fortlaufende Kontrolle der Lungenentzündung mittels Erhebung von Laborwerten (CRP oder PCT) während der ersten 5 Tage [2015]
	Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig

	Leistungsbereich	Qualitätsindikator
	Ergebnis (Einheit)	<4
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Zähler	<4
	Nenner	<4
	Entwicklung Ergebnis des Struktur, Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	>= 95,0 % (Zielbereich)
	Bundesdurchschnitt	97,9
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	<4
12	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit mittlerem Risiko [2018]
	Empirisch-statistische Bewertung*	schwach
	Ergebnis (Einheit)	<4
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Zähler	<4
	Nenner	<4
	Entwicklung Ergebnis des Struktur, Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	>= 95,0 % (Zielbereich)
	Bundesdurchschnitt	96,7
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	<4
13	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit hohem Risiko [2019]
	Empirisch-statistische Bewertung*	schwach
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Zähler	
	Nenner	
	Entwicklung Ergebnis des Struktur, Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	>= 95,0 % (Zielbereich)
	Bundesdurchschnitt	98
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0 % (Zielbereich)
	Kommentar / Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
14	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung [2028]
	Empirisch-statistische Bewertung*	gut
	Ergebnis (Einheit)	<4
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Zähler	<4
	Nenner	<4
	Entwicklung Ergebnis des Struktur, Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	>= 95,0 % (Zielbereich)
	Bundesdurchschnitt	91,9
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	<4
15	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Ausreichender Gesundheitszustand nach bestimmten Kriterien bei Entlassung [2036]
	Empirisch-statistische Bewertung*	schwach
	Ergebnis (Einheit)	<4
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
	Zähler	<4
	Nenner	<4
	Entwicklung Ergebnis des Struktur, Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	>= 95,0 % (Zielbereich)
	Bundesdurchschnitt	98
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	<4
16	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus [50722]
	Empirisch-statistische Bewertung*	gut
	Ergebnis (Einheit)	<4
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Zähler	<4
	Nenner	<4
	Entwicklung Ergebnis des Struktur, Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	>= 98,0 % (Zielbereich)
	Bundesdurchschnitt	91,2
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 98,0 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	<4
17	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt [50778]
	Empirisch-statistische Bewertung*	gut
	Ergebnis (Einheit)	<4
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Zähler	<4
	Nenner	<4

	Leistungsbereich	Qualitätsindikator
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	nicht definiert
	Bundesdurchschnitt	0,89
	Referenzbereich (bundesweit)	nicht definiert
	Vertrauensbereich	<4
18	Vorbeugung eines Druckgeschwürs	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt [11732]
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Zähler Nenner	158
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	= 2,70 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Bundesdurchschnitt	0,96
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,70 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
19	Vorbeugung eines Druckgeschwürs	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 1 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt [11741]
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Zähler Nenner	158
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	= 2,44 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Bundesdurchschnitt	0,94
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,44 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
20	Vorbeugung eines Druckgeschwürs	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts [2116]
	Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Zähler Nenner	0 158
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	nicht definiert
	Bundesdurchschnitt	0,6
	Referenzbereich (bundesweit)	nicht definiert
	Vertrauensbereich	0% - 2,3%
21	Vorbeugung eines Druckgeschwürs	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts [2117]
	Empirisch-statistische Bewertung*	gut
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Zähler Nenner	0 158
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	nicht definiert
	Bundesdurchschnitt	0,9
	Referenzbereich (bundesweit)	nicht definiert
	Vertrauensbereich	0% - 2,3%
22	Vorbeugung eines Druckgeschwürs	Entstehung eines schweren Druckgeschwürs (Grad 4) während des Krankenhausaufenthalts [2118]
	Empirisch-statistische Bewertung*	schwach
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Zähler Nenner	0 158
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	Sentinel Event
	Bundesdurchschnitt	0
	Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
23	Vorbeugung eines Druckgeschwürs	Entstehung eines schweren Druckgeschwürs (Grad 4) während des Krankenhausaufenthalts, bei Patienten ohne besondere Risiken [2264]
	Empirisch-statistische Bewertung*	schwach
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Zähler Nenner	0 71
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	nicht definiert
	Bundesdurchschnitt	0
	Referenzbereich (bundesweit)	nicht definiert
24	Versorgung von Frühgeborenen	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Risikogeburten, die lebend geboren wurden (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt [50048]
	Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
	Ergebnis (Einheit)	0 %

	Leistungsbereich	Qualitätsindikator
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Zähler Nenner	11
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	= 2,01 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Bundesdurchschnitt	0,95
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,01 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0% - 132,48%
25	Versorgung von Frühgeborenen	Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt [50050]
	Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Zähler Nenner	
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	= 2,78 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Bundesdurchschnitt	0,97
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,78 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Kommentar / Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
26	Versorgung von Frühgeborenen	Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt [50053]
	Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Zähler Nenner	
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	= 2,16 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Bundesdurchschnitt	0,94
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,16 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Kommentar / Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
27	Versorgung von Frühgeborenen	Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt [50052]
	Empirisch-statistische Bewertung*	schwach
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Zähler Nenner	
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	= 4,42 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Bundesdurchschnitt	1,08
	Referenzbereich (bundesweit)	= 4,42 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Kommentar / Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
28	Versorgung von Frühgeborenen	Kinder mit im Krankenhaus erworbenen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt [50060]
	Empirisch-statistische Bewertung*	schwach
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Zähler Nenner	103
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	= 2,25 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Bundesdurchschnitt	0,86
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,25 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0% - 47,56%
29	Versorgung von Frühgeborenen	Anzahl der im Krankenhaus erworbenen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt [50061]
	Empirisch-statistische Bewertung*	schwach
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Zähler Nenner	103
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	= 2,23 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Bundesdurchschnitt	0,82
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,23 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0% - 43,43%
30	Versorgung von Frühgeborenen	Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt [50062]
	Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
	Ergebnis (Einheit)	0 %

	Leistungsbereich	Qualitätsindikator
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Zähler Nenner	5
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	= 2,32 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Bundesdurchschnitt	0,91
	Referenzbereich (bundesweit)	= 2,32 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0% - 7,16%
31	Versorgung von Frühgeborenen	Durchführung eines Hörtests [50063]
	Empirisch-statistische Bewertung*	gut
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Zähler Nenner	
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	>= 95,0 % (Zielbereich)
	Bundesdurchschnitt	98,1
	Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0 % (Zielbereich)
	Kommentar / Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
32	Versorgung von Frühgeborenen	Körpertemperatur unter 36.0 Grad bei Aufnahme ins Krankenhaus [50064]
	Empirisch-statistische Bewertung*	gut
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Zähler Nenner	0 11
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	= 11,8 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Bundesdurchschnitt	4,6
	Referenzbereich (bundesweit)	= 11,8 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0% - 25,9%
33	Versorgung von Frühgeborenen	Körpertemperatur über 37.5 Grad bei Aufnahme ins Krankenhaus [50103]
	Empirisch-statistische Bewertung*	gut
	Ergebnis (Einheit)	<4
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Zähler Nenner	<4 <4
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	= 15,2 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Bundesdurchschnitt	7,6
	Referenzbereich (bundesweit)	= 15,2 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	<4
34	Versorgung von Frühgeborenen	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Risikogeburten, die lebend geboren wurden (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) [51070]
	Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Zähler Nenner	0 11
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	nicht definiert
	Bundesdurchschnitt	0,8
	Referenzbereich (bundesweit)	nicht definiert
	Vertrauensbereich	0% - 25,9%
35	Versorgung von Frühgeborenen	Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) [51076]
	Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Zähler Nenner	
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	nicht definiert
	Bundesdurchschnitt	4,5
	Referenzbereich (bundesweit)	nicht definiert
	Kommentar / Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
36	Versorgung von Frühgeborenen	Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) [51078]
	Empirisch-statistische Bewertung*	schwach
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Zähler Nenner	
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	nicht definiert
	Bundesdurchschnitt	3,4

	Leistungsbereich	Qualitätsindikator
	Referenzbereich (bundesweit)	nicht definiert
	Kommentar / Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
37	Versorgung von Frühgeborenen	Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) [51079]
	Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Zähler Nenner	
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	nicht definiert
	Bundesdurchschnitt	8
	Referenzbereich (bundesweit)	nicht definiert
	Kommentar / Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
38	Versorgung von Frühgeborenen	Kinder mit im Krankenhaus erworbenen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) [51085]
	Empirisch-statistische Bewertung*	schwach
	Ergebnis (Einheit)	<4
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Zähler Nenner	<4 <4
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	nicht definiert
	Bundesdurchschnitt	1,11
	Referenzbereich (bundesweit)	nicht definiert
	Vertrauensbereich	<4
39	Versorgung von Frühgeborenen	Anzahl der im Krankenhaus erworbenen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) [51086]
	Ergebnis (Einheit)	<4
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Zähler Nenner	<4 <4
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	nicht definiert
	Bundesdurchschnitt	1,31
	Referenzbereich (bundesweit)	nicht definiert
	Vertrauensbereich	<4
40	Versorgung von Frühgeborenen	Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern [51087]
	Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Zähler Nenner	0 5
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	nicht definiert
	Bundesdurchschnitt	4,9
	Referenzbereich (bundesweit)	nicht definiert
	Vertrauensbereich	0% - 43,4%
41	Versorgung von Frühgeborenen	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Früh- und Risikogeburten, die lebend geboren wurden – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt [51119]
	Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Zähler Nenner	11
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	= 1,97 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Bundesdurchschnitt	0,95
	Referenzbereich (bundesweit)	= 1,97 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0% - 110,9%
42	Versorgung von Frühgeborenen	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Früh- und Risikogeburten, die lebend geboren wurden [51120]
	Empirisch-statistische Bewertung*	mäßig
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Bewertung durch Strukturierten Dialog	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Zähler Nenner	0 11
	Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	nicht definiert
	Bundesdurchschnitt	0,9
	Referenzbereich (bundesweit)	nicht definiert
	Vertrauensbereich	0% - 25,9%
43	Versorgung von Frühgeborenen	Zusammenfassung der Versorgungsqualität Frühgeborener [51174]

Leistungsbereich	Qualitätsindikator
Empirisch-statistische Bewertung*	gut
Bewertung durch Strukturierten Dialog	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Zähler Nenner	
Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	= 1,60 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Bundesdurchschnitt	0,96
Referenzbereich (bundesweit)	= 1,60 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Kommentar / Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

*gemäß „Bericht zur Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“ vom 18. März 2013, siehe www.sgg.de

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) nach § 137f SGB V

entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

An dieser Stelle möchten wir Ihnen zwei Projekte vorstellen, an denen sich die Fachklinik Hubertusburg gGmbH im Rahmen der externen Qualitätssicherung beteiligt:

Klinik für Neurologie und Neurologische Intensivmedizin

Die Klinik für Neurologie und neurologische Intensivmedizin nimmt am Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland (Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin - Universität Münster in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall- Register (ADSR)) teil. Das Anliegen des Projektes ist die Sicherstellung der Qualitätssicherung in der Akutbehandlung von Schlaganfallpatienten auf der Grundlage einer standardisierten Dokumentation.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie beteiligte sich am "Projekt zur Abbildung der Leistungsstrukturen von Einrichtungen der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik" mit der Analysesoftware "Psych Navigator". Ziel des Projektes ist neben dem Kennenlernen und Verstehen der neuen Entgeltsystematik die Verbesserung der Kodier- und Dokumentationsqualität.

In beiden Projekten wurden aus dem Vergleich mit anderen Einrichtungen (Benchmarking) Handlungsbedarf aufgezeigt und Verbesserungsmöglichkeiten umgesetzt.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

entfällt

C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

entfällt

C-7 Umsetzung der Regelung zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen:	16
Anzahl derjenigen Fachärzte und Fachärztinnen aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]:	7
Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben** [Zähler von Nr. 2]:	7

D Qualitätsmanagement

In der Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH wird Qualitätsmanagement schon seit langer Zeit aktiv und zielgerichtet betrieben. Dies in der Überzeugung, dass nur so ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess etabliert werden kann, welcher unseren Patienten ein Höchstmaß an Heilung und Zufriedenheit mit unserem Unternehmen garantiert.

Die Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH Wernsdorf nimmt an allen gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungsverfahren teil. Insbesondere kommen wir unsere Verpflichtung gegenüber der vom Gesetzgeber benannten Datenannahmestelle für Qualitätssicherungsdaten im vollen Umfang nach. Alle Meldungen wurden gegenüber den Bundes- und Landesstellen frist- und qualitätsgerecht abgegeben. Auch im vorliegenden Qualitätsbericht 2012 veröffentlichen wir wieder alle extern vergleichenden Kennzahlen im Teil C 1.

Darüber hinaus engagiert sich unser Unternehmen in vielfältiger Weise im externen und internen Qualitätsmanagement. Die Zielstellung der Unternehmensleitung bezog sich damals wie heute nicht nur auf die Einhaltung der Forderungen einzelner Normenpunkte, sondern speziell auf die Forcierung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in allen Normenabschnitten und in allen medizinischen Kernfachbereichen, technischen und ökonomischen Fachbereichen sowie bei medizinischen Kooperationspartnern.

D-1 Qualitätspolitik

Qualitätsmanagement ist kein Selbstzweck. Es dient in vollem Umfang dem Patienten. Dies bringen unser Leitsatz "Heilung und mehr" und unser Leitbild zum Ausdruck. Im Mittelpunkt steht der Patient und die Verpflichtung zu sorgfältiger, qualitativ guter Arbeit.

Unsere Grundsätze:

- Zuwendung zum Patienten: ärztliche, pflegerische und psychosoziale Betreuung fassen wir als Einheit auf.
- Aufklärung, Beratung und Schulung des Patienten
- Der Arbeitsprozess orientiert sich an Standards, sowohl in der Durchführung einzelner Maßnahmen als auch in der Organisation der Betreuung insgesamt.
- Pflege der interpersonellen Qualität, durch Teamarbeit, multiprofessionelle und interdisziplinäre Kooperation
- Regelmäßige Beratung in allen Arbeitsbereichen über Mängel und Fehlerquellen, Maßnahmen und Ziele der Qualitätsverbesserung
- Sorgfalt, Qualität und Sparsamkeit sind für uns keine Gegensätze.

D-1.1 Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission

Unser Leitbild "Heilung und mehr" bedeutet:

- Die Patienten und ihre Angehörigen stehen im Mittelpunkt.
- Wir beschreiten den Weg zum medizinisch-sozialen Zentrum.
- Unser Anspruch ist eine bestmögliche Behandlung.
- Wir achten auf Wirtschaftlichkeit und Innovation.
- Wir schätzen eine faire Zusammenarbeit mit allen Partnern.
- Wir stellen hohe Anforderungen an uns selbst.

Das schließt ein:

- Ärztliche, pflegerische und psychosoziale Betreuung fassen wir als eine Einheit auf.
- Zuwendung, Aufklärung und Beratung der Patienten und Angehörigen
- Orientierung der Behandlungsprozesse an anerkannten Standards
- Entwicklung der interprofessionellen Qualität durch Teamarbeit, multiprofessionelle und interdisziplinäre Kooperation der medizinischen Fachbereiche zum Vorteil unserer Patienten
- Bleibendes soziales Engagement

D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses

Ziel ist es, die Kundenerwartungen zu erfüllen und zu übertreffen. Das Maß der erfüllten Kundenerwartungen definiert die Qualität von Krankenhäusern. Kundenorientierung und -zufriedenheit ist deshalb eines der wichtigsten Prinzipien der Qualitätspolitik am Krankenhaus.

Unter unseren Kunden verstehen wir in erster Linie unsere Patienten. Darüber hinaus wollen wir das gleiche Engagement gegenüber jedem unserer Partner aufbringen. Auch hier wollen wir uns an qualitativ hochwertigen Leistungen messen lassen.

Unsere Partner sind beispielsweise:

- Einweisende und weiterbehandelnde Ärzte, Notärzte und Hausärzte
- Kooperierende und abgebende Krankenhäuser
- Kostenträger der gesetzlichen und privaten Kranken- und Unfallversicherung
- Private Krankenversicherer
- Mitarbeiter
- Lieferanten
- Öffentlichkeit und Medien

D-1.2.1 Patientenorientierung

Die Zufriedenheit der Patienten ist der Maßstab für unser Handeln. Aus diesem Grund werden Patienten und gegebenenfalls auch deren Angehörige in die Therapieentscheidung mit einbezogen. Die Patienten können zu jeder Zeit eine geplante oder bereits laufende Therapie ablehnen. Vor der Durchführung jeglicher diagnostischer Maßnahmen wird der Patient nach seiner Zustimmung gefragt. Der umfassenden Aufklärung zu Therapien und Behandlungsabläufen dienen normierte Aufklärungsbögen. Für Informationen, die das Klinikum insgesamt betreffen, dienen Flyer, Broschüren, Videos und Aushänge zu Informationsveranstaltungen.

Neben der Patientenzufriedenheit steht die Patientensicherheit im Fokus unserer Arbeit. Dafür unternimmt das Krankenhaus enorme Anstrengungen. Sämtliche Abläufe werden diesbezüglich auf Risiken untersucht und Vorbeugemaßnahmen getroffen.

Sollte ein Patient besondere Wünsche in Bezug auf seine Privatsphäre, Essgewohnheiten oder sonstige Besonderheiten haben, so werden diese Wünsche direkt in der Patientenakte dokumentiert und allen, an der Behandlung Beteiligten, kommuniziert.

D-1.2.2 Verantwortung und Führung

Die Geschäftsführung trägt die Verantwortung zur ordnungsgemäßen Durchführung des Qualitätsmanagements. Dies wird mit einer Verpflichtungserklärung unterstrichen. Die Geschäftsführung kommt Ihrer Verantwortung u. a. dadurch nach, dass monatlich im Rahmen der Lageberichte konkret zu den aktuellen Arbeiten im Qualitätsmanagement von den Geschäftsbereichen und Fachabteilungen Stellung genommen werden muss. Dadurch kann sofort Einfluss auf die Geschehnisse genommen werden. Jährlich ist ein Management-Bericht und ein Patientenrisiko-Bericht vorzulegen.

D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung

Qualitätsmanagement muss täglich durch unsere Mitarbeiter umgesetzt werden. Deshalb ist es von entscheidender Bedeutung, dass sich jeder einzelne Mitarbeiter zum Thema Qualität bekennt und dies auch lebt. Im Rahmen der Einarbeitung erhalten die Mitarbeiter alle notwendigen Informationen, um sich nahtlos in die Teams zu integrieren und unsere Ansprüche umzusetzen.

Unsere Mitarbeiter werden auf vielfältige Weise direkt in das Qualitätsmanagement einbezogen. Beispielsweise durch Dienstbesprechungen, Weiterbildungen, Schulungen und fachliche Qualifikationen. Dies geschieht direkt in den Strukturbereichen durch die Leitungen und die QMB's. Die Eigeninitiative der Mitarbeiter wird dadurch gefördert, dass sie Aufgaben und Verantwortung übernehmen. Durch die Delegation soll die Leitung entlastet und eine Eigendynamik zur ständigen Verbesserung erzielt werden. Die Motivation der Mitarbeiter wird so unterstützt.

D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit

Wirtschaftlichkeit und Qualität sind für uns keine Widersprüche, sondern bedingen einander und ergänzen sich nicht nur. Durch die Umsetzung von Qualitätsmanagement in konkrete Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in den einzelnen klinischen und kaufmännischen Bereichen wird wirtschaftliches Arbeiten erst ermöglicht.

D-1.2.5 Prozessorientierung

Prozesse müssen sich an Qualitätsmaßstäben messen lassen. Ziel ist es, die Anforderungen unserer Patienten zu ihrer Zufriedenheit zu erfüllen. Daran müssen alle Prozesse ausgerichtet sein.

Folgende Funktionen sind klar definiert:

- Mit Hilfe von verbindlichen Vorschriften wird die Verantwortung für Prozesse und Prozessschritte geregelt und die Schnittstellen festgelegt.
- Mit Prozessbeschreibungen, Standards und der Umsetzung von Leitlinien werden Ablauf und Bedingungen der Prozessschritte vorgeschrieben.
- Die Überwachung der Durchführung ist durch ein Berichts- und Kontrollwesen gesichert (z. B. Monatsbericht, Lagebericht und Management-Bericht).
- Es wurden Festlegungen getroffen, welche Qualifikationen an welchen Stellen im Arbeitsprozess zwingende Voraussetzung sind, um die qualitativen Anforderungen an die Aufgabe und Verantwortung zu erfüllen.
- Die Identifikation von Verbesserungsmöglichkeiten ist geregelt (betriebliches Vorschlagswesen).

D-1.2.6 Zielorientierung und Flexibilität

Es wurden Festlegungen getroffen und Instrumente eingeführt, um die Zielerreichung zu überwachen und einzuhalten. Eine dieser Festlegungen ist die Anfertigung eines Management-Berichtes für alle Bereiche und Kliniken. In unseren Management-Berichten werden der Ausgangszustand beschrieben, neue Ziele festgelegt und alte Ziele abgerechnet. So wird ein ständiger Verbesserungsprozess nachvollziehbar umgesetzt. Es ist dabei gewollt, dass nur Ziele formuliert werden, die realistisch erreichbar sind. Ist dies nicht möglich, werden Korrekturen durch Führungskräfte und die QMB fließend vorgenommen.

Eine weitere wichtige Quelle für Zielsetzungen sind die Auswertungen der Qualitätssicherung. Hier werden in chefärztlich geleiteten Besprechungen der eigene Stand eruiert und Festlegungen getroffen, wie unsere hochgesteckten qualitativen Ziele erreicht werden.

D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

Das sich im Aufbau befindende Vorfallsmanagement zielt darauf ab, Vorfälle in der Diagnose oder Therapie zu analysieren und entsprechende Konsequenzen daraus zu ziehen, um ähnliche Vorfälle in der Zukunft zu vermeiden. Hierzu werden Kategorien geschaffen, um dem Vorfall, abhängig von der Art, auf struktureller oder prozeduraler Ebene begegnen zu können. Im Rahmen der Vielfalt der auftretenden Probleme sind Risikobewertungen der Verantwortlichen (Chefarzt, Oberarzt oder Pflegedienstleitung) durchzuführen, vielfältige Reaktionen oder Konsequenzen zu überlegen sowie Prozessbeschreibungen, Standards und Leitlinien kritisch durchzusehen und zu verbessern. Dieses Projekt wird uns als Permanenzprojekt für die nächsten Jahre begleiten.

D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Neben dem Management-Bericht ist das Krankenhaus darüber hinaus bestrebt, kontinuierlich Verbesserungen zum Nutzen der Patienten umzusetzen. Qualität ist kein Zufall, sondern das Resultat dieser Verbesserungen. Die Auswertung unserer Kennzahlen, Befragungen von Patienten und Rückmeldungen der Einweiser und sonstige Resonanzen bescheinigen dem Unternehmen diese überaus positive Entwicklung. Die Rückmeldung zu Kundenbeschwerden und Anregungen werden in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess einbezogen. So ist beispielsweise die Qualität der Patientenversorgung durch die Einführung eines neuen Herstellungsverfahrens (Cook and Chill) und die Belieferung durch die St. Georg Wirtschafts- und Logistik GmbH weiter gestiegen, bei dem das Essen schonender zubereitet wird und vor allem im warmen Zustand am Patientenbett ankommt.

D-1.3 Umsetzung / Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z.B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit).

Wichtiger Bestandteil der Kommunikation mit den Mitarbeitern ist die Mitarbeiterzeitung "Klinikrundschau". Dort erhalten alle Beschäftigten einen Überblick über die Geschehnisse im Klinikum. Bereiche können sich hier präsentieren und über Erfahrungen berichten.

Unsere Qualitätsbestrebungen werden gegenüber der Öffentlichkeit u. a. mit einer kontinuierlich erscheinenden kostenlosen Zeitschrift Stippvisite „Infos und Unterhaltung aus dem Klinikum St. Georg“ dargestellt. Dort werden alle neuen Entwicklungen und Innovationen des Unternehmens vorgestellt. Mittlerweile gibt es schon zahlreiche Abonnenten für diese Zeitschrift.

Im Mai 2012 feierten wir am Fachkrankenhaus unser 175-jähriges Jubiläum. Im Rahmen dessen fanden vielfältige Veranstaltungen für einweisende Ärzte und die Mitarbeiter statt. Auch konnte sich das interessierte Publikum an einem Tag der offenen Tür über die Angebote der einzelnen Kliniken informieren.

D-2 Qualitätsziele

Die Qualitätsziele der Fachklinik Hubertusburg gGmbH Wermsdorf leiten sich aus seiner bisherigen Entwicklung, dem Fortschreiten der medizinischen Erkenntnisse und der Betreuungspraxis ab. Sie sind in den medizinischen Entwicklungskonzeptionen des Krankenhauses formuliert und begründet. Strategische Schwerpunkte sind im Masterplan vorgegeben und werden jährlich abgerechnet, bewertet und durch neue Zielstellungen ergänzt und zur Durchführung beschlossen. Operative Zielsetzungen erfolgen jährlich geplant, insbesondere auch in Anwendung des Management-Berichts.

D-2.1 strategische/ operative Ziele

Unsere Qualitätsziele lassen sich in ständige (strategische) und jährlich geplante (operative), unterscheiden.

Zu den strategischen Zielen zählen:

- die solide und korrekte Durchführung aller einzelner Maßnahmen,
- die Gewährleistung eines Höchstmaßes an Patientensicherheit,
- die Sterblichkeitsquote zu erreichen, welche spürbar unter der im Bundesdurchschnitt zu erwartenden Sterblichkeit liegt,
- die Organisation von durchschaubaren und zügig ablaufend gestalteten Behandlungsprozessen, die vom Patienten verstanden und getragen werden,
- die stetige Anpassung der Behandlungsprozesse an den aktuellen Stand der Medizin (Einführung neuer Behandlungsverfahren),
- die Anwendung gesicherter, d. h. praktisch erprobter Erkenntnisse,
- die ständige Verbesserung der medizinischen Behandlungs- und Ergebnisqualität sowie
- die Nutzung kapazitiver und wirtschaftlicher Synergien.

Zu unseren operativen Zielen im Jahr 2012, welche wesentlich die Behandlungsqualität verbessern, zählen die im Folgenden dargestellten Schwerpunkte:

- Anschaffung eines Magnetresonanztomographen (1,5 T) zur spezialisierten Diagnostik von Schlaganfällen, einschließlich der arteriellen und venösen Gefäße sowie die Diagnostik von Erkrankungen der weißen Hirnsubstanz
- Entwicklung von spezialisierten und interdisziplinären Organisationsstrukturen und Erweiterung der Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten
- Förderung der regionalen und überregionalen Zusammenarbeit

D-2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung

Bezogen auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wurden Maßnahmen zur Qualitätssicherung in den Fachbereichen entwickelt. Für die Messung der Ergebnisqualität sind das zum Beispiel die Kennzahlen und Indikatoren der externen Qualitätssicherung.

Zur Struktur- und Prozessqualität liegen konkrete anerkannte Merkmale und Kriterien vor, sodass perspektivisch einzuleitende Maßnahmen aus beiden Qualitätsgebieten gut geplant, korrekt beschrieben und umgesetzt werden können. Als Dokumente dienen hierzu die fachbereichsspezifischen Qualitätsmanagement-Handbücher. Die Messung und Bewertung der Zielerreichung in allen medizinischen Fachbereichen wird jährlich im Management-Bericht des Krankenhauses abgebildet.

D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung

Zur Kommunikation der strategischen und operativen Ziele mit allen Mitarbeitern, Kooperationspartnern und Kunden des Krankenhauses stehen folgende Kommunikationsmöglichkeiten zur Verfügung:

- Klinik-Rundschau
- Intranet (als umfassende Informationsplattform für alle Nutzer im Klinikum)
- Qualitätsmanagement-Handbücher (im Intranet)
- Internetpräsentation (Abbildung des Leistungsspektrums der Kliniken)
- Flyer und Broschüren zur Patienteninformation
- Stipp-Visite (Zeitschrift für Patienten und Mitarbeiter als Information zum Klinikgeschehen)
- per E-Mail (wichtige Informationsplattform zu Themen, Terminen und aktuellen Ereignissen, zeitnah für alle Nutzer)
- Beratungen der Geschäftsführung mit Leitern der medizinischen Einrichtungen und Verwaltungsbereichen in geplanten Zyklen

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Geschäftsführung trägt die Verantwortung zur ordnungsgemäßen Durchführung des Qualitätsmanagements. Dies wird mit einer Verpflichtungserklärung unterstrichen.

Die Qualitätsmanagement-Struktur basiert auf einem Steuerkreis mit folgenden Mitgliedern: Prokuristin, Pflegedienstleiterin, Chefärzte, Betriebsratsvertreter, QM-Beauftragte. Durch diesen Steuerkreis werden Qualitätszirkel und Projektgruppen ins Leben gerufen, die sich mit unterschiedlichen Themen befassen. Die Zirkel und Gruppen setzen sich themenbezogen aus den unterschiedlichen Berufsgruppen und Führungsebenen zusammen. Dem Steuerkreis werden die Ergebnisse aus den einzelnen Qualitätsprojekten vorgelegt und dieser entscheidet letztlich über die Umsetzung und Implementierung der Maßnahmen. Der Steuerkreis dient der Geschäftsführung als Instrument zur Forcierung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in allen Bereichen des Klinikums. Insbesondere ist dieser Steuerkreis verpflichtet:

- die Qualitätspolitik des Krankenhauses weiter zu entwickeln,
- hausinterne Qualitätsprojekte zu initiieren,
- zeitlich begrenzte Projektgruppen zu bilden,
- zu erreichende Qualitätsziele und Indikatoren zu diskutieren, zu bewerten und über einzuleitende Maßnahmen zu befinden und
- alle durch den Gesetzgeber zur Qualitätssicherung im Klinikum vorliegenden Vorschriften sowie Kontroll- und Bewertungsvorgaben zu analysieren.

Zur kontinuierlichen Umsetzung von Qualitätsmanagement in den einzelnen Struktureinheiten des Krankenhauses wurden Qualitätsmanagement-Beauftragte (QMB) berufen. Ihnen obliegt die Pflege und Aktualisierung der bereichsinternen Qualitätsmanagement-Handbücher. Sie haben weiterhin die Aufgabe die Schulungen für die Mitarbeiter des Strukturbereiches über den Inhalt der Handbücher durchzuführen sowie die Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen den Mitarbeitern zu vermitteln. Sie sind Ansprechpartner für alle Fragen der Qualität Vorort.

Zur konkreten Umsetzung von Qualitätsmanagementforderungen bestehen eine Reihe von ständigen interdisziplinären Einrichtungen:

- Fallbesprechungen mit ausgewählten Kliniken und medizinischen Fachbereichen
- Hygienekommission und Hygiene in der Pflege
- Interner Arbeitssicherheitsausschuss
- Arzneimittelkommission (Beratungsgruppe für Arzneimitteltherapie, Antibiotikaaanwendung und Blutersatztherapie über St.Georg gGmbH Apotheke)
- Begehung zur internen Qualitätssicherung in allen medizinischen Fachbereichen

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Im gesamten Haus werden Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität durchgeführt, z. B.:

- die Umsetzung der Expertenstandards Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement und Schmerzmanagement,
- das Fehler- und Risikomanagement sowie
- das Hygienemanagement.

Das Krankenhaus unterzieht sich zudem einem eigens durchgeführten Projekt des Sturzmanagements. Dies gilt insbesondere für die älteren Patienten.

Hygienemanagement

Im Rahmen des Hygienemanagements werden die Hygienestandards alle 2 Jahre im Zeitraum von März-Dezember von der Hygieneschwester und den Hygienebeauftragten der Bereiche aktualisiert

Patientenbefragungen

Die Patientenbefragungen werden über anonymisierte Fragebögen in den Kliniken durchgeführt. Vorab werden aufgetretene Probleme schon mit den verantwortlichen medizinischen Fachbereichen kommuniziert und geeignete Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet. Aufgetretene Beschwerden werden über das etablierte Beschwerdemanagement bearbeitet. Jeder Patient bekommt auf seine Beschwerde eine schriftliche Rückantwort. Die Erfassung und Bewertung der Rückmeldungen erfolgt kontinuierlich und wird jährlich im Management-Bericht dargestellt.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

An dieser Stelle möchten wir Ihnen beispielhaft einen Einblick in unsere umfangreiche Projektarbeit ermöglichen.

Allgemeine Projekte

Im Rahmen der QM-Forderungen an die ambulante Versorgung wird derzeit ein strukturiertes Qualitätsmanagement für die psychiatrische Institutsambulanz aufgebaut. Auch werden auf unterschiedlichen Ebenen, bspw. zwischen der Klinik und Niedergelassenen, somatischen und psychiatrischen Kliniken, zwischen psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen sowie Kliniken und komplementären Diensten Netzwerke aufgebaut und vollzogen.

Aktuell befinden sich folgende Projekte im Aufbau:

- Netzwerk für seelisch Kranke im Sinne eines Zentrums für seelische Gesundheit
- Fertigstellen eines Netzwerkkonzeptes für die Liaison- und Konsiliarpsychiatrie
- Vorbereiten und Prüfen von IV-Strukturen und -programmen zu einzelnen Versorgungsclustern (z. B. Demenz)

Einen weiteren Schwerpunkt stellt die Verbesserung der internen Behandlungs- und Versorgungsstruktur dar. Dazu dienen derzeit folgende Projekte:

- Implementierung eines Konzeptes zur Behandlung von Doppeldiagnosen
- Konzeption einer intensivpädagogischen Versorgung von psychisch Kranken

Qualitätsprojekte im Pflegedienst

- Erstellung und Aktualisierung von fachspezifischen Leitlinien und Patientenpfaden zur Optimierung der Patientenbetreuung durch eine strukturierte Arbeitsweise aller am Prozess beteiligten Berufsgruppen
- Überarbeitung der Pflege- und Kinderpflegestandards

- Erstellung und Implementierung der Expertenstandards: Sturzprophylaxe, Dekubitusprophylaxe, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Ernährungsmanagement und Entlassungsmanagement
- Erstellung und Aktualisierung von Hygienestandards durch die Hygieneschwester und Hygienebeauftragte der Bereiche

Projekt Mitarbeiterentwicklung

- Jährliche Durchführung von kontinuierlichen Mitarbeitergesprächen sowie Erstellung von Anforderungsprofilen für alle Mitarbeiter des Pflegedienstes und des klinischen Hauspersonals
- Weiterbildung jeweils einer Mitarbeiterin zur "Praxisanleiterin" zur Gewährleistung einer professionellen Ausbildung sowie zur "Fachschwester für Psychiatrie"
- Ganzzährige Nutzung von internen und externen Fortbildungsveranstaltungen
- Schulung aller Mitarbeiter zum Thema "Rückengerechter Patiententransfer"
- Jährliche Schulung aller Mitarbeiter der medizinischen Bereiche zum Hygienemanagement sowie zur Reanimation

Projekt Schlaganfallnetzwerk TESSA

Im April 2010 ging das Schlaganfallnetzwerk TESSA unter der gemeinsamen Führerschaft der Klinik für Neurologie und neurologische Intensivmedizin des Fachkrankenhauses Hubertusburg gGmbH und der Klinik für Neurologie der Klinikum St. Georg gGmbH erfolgreich in Betrieb. Diese beiden Kliniken sind von der Deutschen Schlaganfallgesellschaft als regionale bzw. überregionale Schlaganfallzentren (Stroke Units) zertifiziert. Mit dem Netzwerk ist in vertraglicher Kooperation mit den Krankenhäusern Delitzsch, Eilenburg, Torgau, Oschatz, Grimma, Wurzen und Leisnig eine sehr leistungsstarke Schlaganfallversorgung in der Region Nordwest-Sachsen gewährleistet. Neben der medizinischen Versorgung werden jährlich mit den beteiligten Krankenhäusern, auch in Verbindung mit den Rettungsdiensten, entsprechende Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt, um Qualitätsmaßstäbe zu setzen.

Projekt Zertifizierung der Klinikum der Unternehmensgruppe

Es wurde damit begonnen ein Konzept für die komplette Zertifizierung der Unternehmensgruppe zu entwickeln. Dieses beinhaltet insbesondere eine verstärkte Auseinandersetzung mit dem Thema der Patienten- und Kundenzufriedenheit und der Etablierung eines überwachten ständigen Verbesserungsprozesses unter konsequenter Umsetzung unseres Unternehmensleitbildes. So planen wir verstärkt die Mittel der Befragungen einzusetzen, um gezielter Verbesserungspotential zu ergründen. Da es uns wichtig ist, aus Fehlern zu lernen, wird auch der Umgang mit Beschwerden in diesem Zusammenhang analysiert und verbessert. Die Zertifizierung ist die organisatorische und technische Grundlage für unseren medizinischen Erfolg. Es werden sowohl die Voraussetzungen (Technik, Geräte, Organisation und Personalausstattung) als auch die konkreten Prozessabläufe konsequent auf den Prüfstand gestellt.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung der Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt:

- Teilnahme der Ärzte an Qualitätszirkeln
- Zertifizierung der Stroke Unit
- Hausinterne Fortbildungen
- Externe Überprüfung der medizintechnischen Geräte
- Externe und interne Hygienekontrollen
- Externe Besucherkommission im Rahmen der externen Qualitätssicherung und Vertretung der Patienteninteressen