



**ginsterhof**

PSYCHOSOMATISCHE  
KLINIK

## **Strukturierter Qualitätsbericht**

**für das Berichtsjahr 2004**

**für das Krankenhaus Ginsterhof**

**Version 0.8**

**28. Juli 2005**

---

Herausgeber: Krankenhaus Ginsterhof Krankenhausleitung

---

## **Inhaltsverzeichnis**

Inhaltsverzeichnis	3
<b>Basisteil</b>	<b>5</b>
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	5
A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses	5
A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	5
A-1.3 Name des Krankenhausträgers	5
A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?	5
A-1.5 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108/109 SGB V	5
A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:	5
A- 1.7 A Fachabteilungen	6
A-1.7 B Top 30 DRG	7
A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote	8
A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	8
A-2.0 Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?	8
A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten	9
A-2.1.1 Apparative Ausstattung	9
A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten	9
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	10
B-1.1 Name der Fachabteilung:	10
B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:	10
B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:	10
B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:	10
B-1.5 Top-10 DRG	11
B-1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr	11
B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr	13
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	14

---

B-2.1	Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V	14
B-2.2	Top-5 der ambulanten Operationen	14
B-2.3	Sonstige ambulante Leistungen	14
B-2.4	Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst	15
B-2.5	Personalqualifikation im Pflegedienst	16
C	Qualitätssicherung	17
C-1	Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	17
C-2	Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V	18
C-3	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	18
C-4	Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease - Management - Programmen (DMP)	18
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	19
C-5.2	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	22
	<b>Systemteil</b>	<b>23</b>
D	Qualitätspolitik	23
E	Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	24
E-1	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus	24
E-2	Qualitätsbewertung	25
E-3	Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	25
F	Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	26
G	Weitergehende Informationen	27

---

## **Basisteil**

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

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

Straße: Metzendorfer Weg 21

PLZ und Ort: 21224 Rosengarten

Postfach:

Postfach-PLZ und Ort:

E-Mail-Adresse: info@ginsterhof.de

Internetadresse: www.ginsterhof.de

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

Institutionskennzeichen: 260330418

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

Krankenhausträger: Ev. Stiftung Krankenhaus Ginsterhof e.V.

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

Akad. Lehrkrankenhaus: ( Nein )

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

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

Anzahl Betten. 150

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

Stationäre Patienten: 845

Ambulante Patienten: 400

**A- 1.7 A Fachabteilungen**

FA-Kode § 301 SGB V	Name der Fachabteilung	Zahl der Betten	Zahl der stationären Fälle	HA (Hauptabteilung) oder BA (Belegabteilung)	Poliklinik/ Ambulanz ja/nein
0100	Innere Medizin				
0200	Geriatric				
0300	Kardiologie				
0400	Nephrologie				
0500	Hämatologie und inter- nistische Onkologie				
0600	Endokrinologie				
0700	Gastroenterologie				
0800	Pneumologie				
0900	Rheumatologie				
1000	Pädiatrie				
1100	Kinderkardiologie				
1200	Neonatalogie				
1300	Kinderchirurgie				
1400	Lungen- und Bronchialheilkunde				
1500	Allgemeine Chirurgie				
1600	Unfallchirurgie				
1700	Neurochirurgie				
1800	Gefäßchirurgie				
1900	Plastische Chirurgie				
2000	Thoraxchirurgie				
2100	Herzchirurgie				
2200	Urologie				
2300	Orthopädie				
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe				
2425	Frauenheilkunde				
2500	Geburtshilfe				
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde				
2700	Augenheilkunde				
2800	Neurologie				
2900	Allgemeine Psychiatrie	85	433	HA	j
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie				
3100	Psychosomatik/Psycho- therapie	65	412	HA	n
3200	Nuklearmedizin				
3300	Strahlenheilkunde				
3400	Dermatologie				
3500	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie				
3600	Intensivmedizin				
3700	Sonstige Fachabteilung				

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

(nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr

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

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

(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Kinische psychotherapeutische Komplexbehandlung nach Nr. 9-402.0 des Operationenschlüssels §301 SGBV

Psychodynamisches Grundverfahren als reflektierter multimodaler Mehrpersonen - Interaktionsprozess

Psychiatrische, internistische u. neurologische Diagnostik und Behandlung

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? ( Nein )

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

(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Institutsambulanz

Privatambulanz

### **A-2.0 Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?**

## A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

### A-2.1.1 Apparative Ausstattung

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

### A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Leistungsbereich	Vorhanden	
	JA	NEIN
Physiotherapie	JA	
Dialyse		x
Logopädie		x
Ergotherapie	JA	
Schmerztherapie		x
Eigenblutspende		x
Gruppenpsychotherapie	JA	
Einzelpsychotherapie	JA	
Psychoedukation	JA	
Thrombolyse		x
Bestrahlung		x
Musiktherapie	JA	
Kunsttherapie	JA	
Konzentrierte Bewegungstherapie	JA	
Sozialpädagogen	JA	
Tanztherapie	JA	
Psychotraumatherapie	JA	
Angstexpositionstraining	JA	
Progressive Muskelentspannung, AT	JA	

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

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

Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie und Abt. Psychotherapeutische Medizin

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

(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Wir behandeln Erkrankungen, die folgenden Fachgebieten zugeordnet werden:

Psychiatrie und Psychotherapie

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

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

Verfahren siehe A-1.8

Diagnosegruppen ICD F3, F4, F5 und F6

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

Vorgespräche

Info Gruppe

Psychosomat.

Konsildienst

Inst.Ambulanz

Stud.Unterricht

Fortbildungen

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

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

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

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

Rang	ICD-10 3-stellig	Text - Allg. Psychiatrie (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, schwere Episode	101
2	F61	Kombinierte u. andere Persönlichkeitsstörungen	54
3	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symtome	39
4	F33.1	Rezidivierende depressive Sörung, mittelgradige Episode	31
5	F60.8	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen	23
5	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörungen/Borderline-T.	18
6	F60.6	Ängstliche vermeidende Persönlichkeitsstörungen	17
7	F60.3	Emotional instabile Persönlichkeitsstörungen/Impulsiver T.	10
8	F62.0	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung	8
9	F41.0	Panikstörung	7

Rang	ICD-10 3-stellig	Text - Psychotherapeutische Medizin (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	F33.2	Rezidivierende depressive Episode, schwere Episode	98
2	F33.1	Rezidivierende depressive Sörung, mittelgradige Episode	45
3	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symtome	44
4	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	34
5	F41.1	Generalisierte Angststörung	25
6	F41.0	Panikstörung	18
7	F61	Kombinierte u. andere Persönlichkeitsstörungen	17
8	F45.0	Somatisierungsstörungen	13
9	F45.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	12
10	F50.2	Bulimia nervosa	10

<b>Rang</b>	<b>ICD-10 3-stellig</b>	<b>Text - Tagesklinik (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)</b>	<b>Fallzahl</b>
1	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, schwere Episode	34
2	F61	Kombinierte u. andere Persönlichkeitsstörungen	23
3	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	12
4	F60.7	Abhängige Persönlichkeitsstörung	8
5	F60.8	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen	3
6	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode	2
7	F31.0	Bipolare affektive Störung, hypomanische Episode	1
8	F41.0	Panikstörung	1
9	F41.1	Generalisierte Angsstörung	1
10	F44.7	Dissoziative Störung	1

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

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

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

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

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

Gesamtzahl im Berichtsjahr:

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

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung\* im Berichtsjahr

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

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

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

(Fallzahl für das Berichtsjahr)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V) (Fälle)

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V) 298 (Fälle)

Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V) (Fälle)

## B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst / Approbierte Psychol. Psychotherapeuten

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
0100	Innere Medizin			
0200	Geriatrie			
0300	Kardiologie			
0400	Nephrologie			
0500	Hämatologie und internistische Onkologie			
0600	Endokrinologie			
0700	Gastroenterologie			
0800	Pneumologie			
0900	Rheumatologie			
1000	Pädiatrie			
1100	Kinderkardiologie			
1200	Neonatalogie			
1300	Kinderchirurgie			
1400	Lungen- und Bronchialheilkunde			
1500	Allgemeine Chirurgie			
1600	Unfallchirurgie			
1700	Neurochirurgie			
1800	Gefäßchirurgie			
1900	Plastische Chirurgie			
2000	Thoraxchirurgie			
2100	Herzchirurgie			
2200	Urologie			
2300	Orthopädie			
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe			
2425	Frauenheilkunde			
2500	Geburtshilfe			
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde			
2700	Augenheilkunde			
2800	Neurologie			
2900	Allgemeine Psychiatrie	12	4	8
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie			
3100	Psychosomatik/Psycho- therapie	12	4	8
3200	Nuklearmedizin			
3300	Strahlenheilkunde			
3400	Dermatologie			
3500	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie			
3600	Intensivmedizin			
3700	Sonstige Fachabteilung			

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten approbierte Psycholog.Psychotherapeuten insgesamt	Anzahl approbierte Psycholog.Psychotherapeuten in Weiterbildung	Anzahl approbierte Psycholog.Psychotherapeuten mit abgeschlossener Weiterbildung
2900	Allgemeine Psychiatrie + TK	8	3	5
3100	Psychosomatik/Psychotherapie	2	0	2

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

### **B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst**

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil		
			Krankenschwestern-/pfleger examiniert (3 Jahre)	mit entspr. Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Krankenpflegehelfer/-in (1 Jahr)
2800	Neurologie				
2900	Allgemeine Psychiatrie	34	94		6
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie				
3100	Psychosomatik/Psychotherapie	31	100		0
3200	Nuklearmedizin				
3300	Strahlenheilkunde				
3400	Dermatologie				
3500	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie				
3600	Intensivmedizin				
3700	Sonstige Fachabteilung				
	<b>Gesamt</b>				

## C Qualitätssicherung

### C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Zugelassene Krankenhäuser sind gesetzlich zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitätssicherung		Dokumentationsrate	
	JA	NEIN	JA	NEIN	Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie					
2	Cholezystektomie					
3	Gynäkologische Operationen					
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation					
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel					
6	Herzschrittmacher-Revision					
7	Herztransplantation					
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)					
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel					
10	Karotis-Rekonstruktion					
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)					
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel					
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie					
14	Koronarangiografie/ Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)					
15	Koronarchirurgie					
16	Mammchirurgie					
17	Perinatalmedizin					
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19					
19	Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose					
20	Gesamt					

**C-2      *Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren  
nach § 115 b SGB V***

Eine Aufstellung der einbezogenen Leistungsbereiche findet im Qualitätsbericht im Jahr 2007 Berücksichtigung.

**C-3      *Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)***

- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart:
  
- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

**C-4      *Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease - Management -  
Programmen (DMP)***

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP - Qualitätssicherungsmaßnahmen teil:

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

Leistung	OPS der einbezo- genen Leistungen	Mindest- menge (pro Jahr)	Leistung wird vom Kranken- haus erbracht	Erbrachte Menge		Anzahl der Fälle mit Komplika- tion im Berichts- jahr
				pro KH/ pro Arzt	Ja/Nein	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
<b>Lebertransplantation</b>		<b>10</b>				
	5-503.0					
	5-503.1					
	5-503.2					
	5-503.3					
	5-503.x					
	5-503.y					
	5-504.0					
	5-504.1					
	5-504.2					
	5-504.x					
	5-504.y					
	5.502.0					
	5-502.1					
	5-502.2					
	5-502.3					
	5-502.5					
	5-502.x					
	5-502.y					
<b>Nierentransplantation</b>		<b>20</b>				
	5-555.0					
	5-555.1					
	5-555.2					
	5-555.3					
	5-555.4					
	5-555.5					
	5-555.x					
	5-555.y					

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

Leistung	OPS der einbezogenen Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH/ pro Arzt	Leistung wird vom Krankenhaus erbracht Ja/Nein	Erbrachte Menge		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH	pro Arzt	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komplexe Eingriff am Organsystem Pankreas		5/5				
	5-521.0					
	5-521.1					
	5-521.2					
	5-523.2					
	5-523.x					
	5-524					
	5-524.0					
	5-524.1					
	5-524.2					
	5-524.3					
	5-524.x					
	5-525.0					
	5-525.1					
	5-525.2					
	5-525.3					
	5-525.4					
5-525.x						
Stammzelltransplantation		12+/-2 [10-14]				
	5-411.00					
	5-411.01					
	5-411.20					
	5-411.21					
	5-411.30					
	5-411.31					
	5-411.40					
	5-411.41					
	5-411.50					
	5-411.51					
	5-411.x					
	5-411.y					
	8-805.00					
	8-805.01					
	8-805.20					
	8-805.21					
	8-805.30					
	8-805.31					
	8-805.40					
	8-805.41					
	8-805.50					
	8-805.51					
	8-805.x					
	8-805.y					

(Grau unterlegte Felder sind nicht auszufüllen)

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

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

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

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

Leistung (aus Spalte 1a der Tabelle unter C-5.1)

Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand

Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung

---

## Systemteil

### D Qualitätspolitik

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

Das Krankenhaus Ginsterhof ist eine Psychosomatische Klinik mit 150 Betten, die sämtlich im Krankenhausplan des Landes Niedersachsen enthalten sind. Träger des Krankenhauses ist ein Verein, der Mitglied im Diakonischen Werk Hannovers ist. In der Klinik werden Patienten mit Erkrankungen aus dem gesamten Spektrum der Psychosomatischen Medizin/Psychotherapie sowie ausgewählten Erkrankungen aus dem Bereich der Psychiatrie/Psychotherapie stationär und teilstationär mit ausgewählten Methoden der psychodynamischen Psychotherapie behandelt.

Das Haus verfolgt mit seiner Qualitätspolitik das Ziel, den regionalen und überregionalen fachlich anerkannten Wirkungsbereich auf dem erreichten hohen Niveau zu halten und weiter auszubauen. Unternehmenspolitisch sind folgende Qualitätsaspekte zu nennen:

"Beziehungsdiallog statt Pille"

Übergeordnetes Ziel der stationären Therapie ist es, dem Patienten eine Einsicht in sein Kranksein zu ermöglichen und seine Symptome nachhaltig zu lindern. Die Behandlung beruht immer auf einem „Arbeitsbündnis“ zwischen dem Patienten und dem jeweiligen multiprofessionellen Team. Im Behandlungsprozess wächst das Verstehen um die Krankheit und ihre Symptome; so entwickelt sich oft das „Unsichtbare“ der Erkrankung zum „Sichtbaren.“ Der Prozess des Verstehens und Verarbeitens ist die Voraussetzung nachhaltiger Veränderungen.

"Beziehungsarbeit erfordert Persönlichkeiten"

Die Beziehungsarbeit mit dem Patienten erfordert sowohl fachlich hochqualifizierte Mitarbeiter als auch menschlich reife Persönlichkeiten. Die Mitarbeiter des Ginsterhofes arbeiten in ihren jeweiligen therapeutischen, pflegerischen oder verwaltenden Bereichen hochqualifiziert, professionell und effizient. Jeder Mitarbeiter ist von Theorie und Praxis der hier angewendeten Behandlungsweisen überzeugt und daher mit dem Krankenhaus und seinem Behandlungsauftrag identifiziert.

"Der Ort „Ginsterhof“ stellt neue Sichtweisen her"

Die Abgeschlossenheit und dennoch gute Erreichbarkeit des Krankenhauses, seine landschaftlich schöne Lage, und nicht zuletzt die über 70-jährige Tradition der Fachklinik begründen die besondere therapeutische Atmosphäre des Ginsterhofes: Diese Umgebungsbedingungen wirken sich positiv auf den Aufenthalt unserer Patienten und das stationäre Miteinander und den Veränderungsprozess aus.

Im Rückblick wird für viele Patienten der „reale Ort“ Ginsterhof zu einem „symbolischen Ort“ für Sicherheit und neue Erkenntnisse, der einen Neuanfang und Genesungsprozess begründet hat. Dieses gilt auch für die geistliche Dimension des Menschseins: Der Klinikseelsorger ist mit Andachten, Gesprächsgruppen und Einzelgesprächen präsent.

"Wir verbessern unsere Organisation, indem wir Verbesserungen organisieren"

Ein Krankenhaus, dessen Patienten und Mitarbeiter sich entwickeln, muss sich selbst auch entwickeln. Dies überlassen wir nicht dem guten Willen des Einzelnen, sondern gehen systematisch vor:

- Durch externe Beurteilung als Maßnahme zur Qualitätssicherung: Mithilfe wissenschaftlich begleiteter, fortlaufender Studien zur Messung des Behandlungserfolges wird eine den Bedürfnissen angemessene Patientenversorgung erreicht und ständig optimiert. In Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Eppendorf in Hamburg werden durch Fragebögen alle Patienten und ihre Behandler innerhalb eines Jahres sowohl vor als auch nach stationärer Therapie erfasst. Um auch langfristige Effekte messen zu können, werden alle Patienten ein Jahr nach stationärer Behandlung erneut befragt.
- Im guten Kontakt zu wissenschaftlichen Instituten und verschiedenen Universitäten weisen wir durch verschiedene Studien die Effizienz und Nachhaltigkeit unserer Behandlung ständig nach.
- Ständige Fortbildung aller Berufsgruppen, Fachvorträge externer Referenten, In-House-Seminare und öffentliche Veranstaltungen, interne und externe Supervision der therapeutischen Teams und u.v.m. garantieren einen kontinuierlichen Qualifizierungsprozess der Mitarbeiter.
- Indem wir uns mit externen Beratern für Qualitätsmanagement und Strategieentwicklung auseinandersetzen, beeinflussen wir im starken Maß die Weiterentwicklung intern und extern.
- Die strategischen Ziele des Krankenhauses liegen in der Anpassung an die sich verändernden Bedingungen des Gesundheitsmarktes und seine sich ändernden Notwendigkeiten. Diese werden seit dem Jahr 2003 erarbeitet und sind noch nicht abgeschlossen.

## **E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung**

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

- Die Krankenhausleitung und ihre nachgeordneten Führungsebenen (Oberärzte, Stationsleitungen) beschäftigen sich permanent mit qualitätsverbessernden Prozessen. Die Erarbeitung und die Nutzung von Leitlinien und Standards sowie die kontinuierliche Weiterbildung und

Weiterentwicklung des therapeutischen Angebotes ist nachweislich ein ständiger Prozess.

- Für 2006 wird die krankenhausübliche Zertifizierung nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität) geplant. Zu diesem Zweck wurden im Berichtszeitraum eine KTQ-Steuerungsgruppe sowie etliche Projektgruppen gegründet. Mit Hilfe des externen Qualitätsmanagements entwickeln die Mitglieder der Steuerungsgruppe QM-Projekte auf der Teamebene.
- Für die Pflege gibt es eine halbe Stabsstelle im Qualitätsmanagement. Die Aufgabe besteht in der ständigen Verbesserung des Pflegeprozesses nach H. Peplau. Dieses garantiert eine gute Pflege auf hohem Niveau.
- Der PDCA-Zyklus wird zur Systematisierung bestimmter Vorgehensweisen intensiv genutzt (z.B. „Infogruppe“, „Peplau-Theorie“, u.v.m.).
- Für die Arbeit im Qualitätsmanagement steht für jeden Mitarbeiter 1 ½ Stunden Arbeitszeit innerhalb von zwei Wochen für das Qualitätsmanagement zur Verfügung.

## **E-2 Qualitätsbewertung**

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

Das Krankenhaus plant die Zertifizierung nach KTQ im Jahr 2006. Vorbereitend wurde 2004 eine Steuerungsgruppe eingesetzt und mit einem externen Qualitätsmanager ein Kurzcheck nach KTQ-Kriterien durchgeführt. Diese sehr umfangreiche Evaluation hat unsere Stärken aufgezeigt, aber auch Potenziale zur weiteren Verbesserung eröffnet.

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

Für eine psychosomatische Klinik entfallen diese Angaben im Sinne des § 137 SGB.

## **F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum**

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

Die Krankenhausleitung bedient sich externer Berater, um im Rahmen des Qualitätsmanagements und der Unternehmensstrategie den hohen Standard des Hauses in der psychosomatischen stationären Behandlung weiterzuentwickeln und ist hierzu auch in ständiger Diskussion mit der Fachöffentlichkeit, um neue Erkenntnisse in die Praxis umzusetzen.

- Im Berichtszeitraum haben 20 Workshops der KHL sowohl mit Qualitätsmanager als auch mit Unternehmensberater stattgefunden.

Schwerpunkte der strategischen Unternehmensentwicklung:

- Profilschärfung und Qualitätsmanagement
- Erfolgsnachweise
- Aktive Marktbearbeitung
- Integrierte Versorgung
- Zertifizierungsvorbereitungen einschließlich Kurzcheck nach KTQ-Katalog
- Berufsgruppenübergreifende Qualitätszirkel arbeiten: Peplau-Projekt, Psychotherapie, Qualitätshandbuch, Hygiene im Krankenhaus, elektronische Patientenakte, Zuweiserbefragung, Infogruppe für Patienten mit Fragebogen und zahlreiche kleinere Projekte).

## **G Weitergehende Informationen**

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht

Frau Dr. M. Deters, ltd. Oberärztin

Frau Barbara Wille-Lehmann, Pflegedienstleitung

Herr Michael Bott, Verwaltungsdirektor

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

Externer Qualitätsmanager: Herr Dr. Arne Nilsson, Hamburg

Unternehmensberater: Firma MCK, Herr Ulrich Kestermann, Hamburg

Qualitätsmanager Pflege: Herr Harald Baumgartner

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

[www.ginsterhof.de](http://www.ginsterhof.de)