



Strukturierter Qualitätsbericht 2010

Psychiatrische Tagesklinik Ostholstein

*gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über das Berichtsjahr 2010
erstellt am 11.01.2012*

Impressum

Krankenhaus: Psychiatrische Tagesklinik Ostholstein
Anschrift: Rettiner Weg 30
23730 Neustadt in Holstein
Tel. 04561 1011
Fax 04561 9484
<http://www.tagesklinik-ostholstein.de>

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

| | |
|--------|--|
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses |
| A-2 | Institutionskennzeichen des Krankenhauses |
| A-3 | Standort(nummer) |
| A-4 | Name und Art des Krankenhausträgers |
| A-5 | Akademisches Lehrkrankenhaus |
| A-6 | Organisationsstruktur des Krankenhauses |
| A-7 | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie |
| A-8 | Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses |
| A-9 | Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses |
| A-10 | Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses |
| A-11 | Forschung und Lehre des Krankenhauses |
| A-11.1 | Forschungsschwerpunkte |
| A-11.2 | Akademische Lehre |
| A-11.3 | Ausbildung in anderen Heilberufen |
| A-12 | Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus |
| A-13 | Fallzahlen des Krankenhauses |
| A-14 | Personal des Krankenhauses |
| A-14.1 | Ärzte und Ärztinnen |
| A-14.2 | Pflegepersonal |
| A-14.3 | Spezielles therapeutisches Personal |
| A-15 | Apparative Ausstattung |

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

| | |
|------------|---|
| B-1 | Psychiatrische Tagesklinik Ostholstein |
| B-1.1 | Name der Organisationseinheit/Fachabteilung |
| B-1.2 | Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung |
| B-1.3 | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung |
| B-1.4 | Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung |
| B-1.5 | Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung |
| B-1.6 | Diagnosen nach ICD |
| B-1.6.1 | Hauptdiagnosen nach ICD |
| B-1.6.2 | Weitere Kompetenzdiagnosen |
| B-1.7 | Prozeduren nach OPS |
| B-1.7.1 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS |
| B-1.7.2 | Weitere Kompetenzprozeduren |

Inhaltsverzeichnis

| | |
|----------|---|
| B-1.8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten |
| B-1.9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V |
| B-1.10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft |
| B-1.11 | Personelle Ausstattung |
| B-1.11.1 | Ärzte und Ärztinnen |
| B-1.11.2 | Pflegepersonal |
| B-1.11.3 | Spezielles therapeutisches Personal |

C **Qualitätssicherung**

| | |
|-----|--|
| C-1 | Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren) |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease- Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“) |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V |

D **Qualitätsmanagement**

| | |
|-----|--|
| D-1 | Qualitätspolitik |
| D-2 | Qualitätsziele |
| D-3 | Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements |
| D-4 | Instrumente des Qualitätsmanagements |
| D-5 | Qualitätsmanagementprojekte |
| D-6 | Bewertung des Qualitätsmanagements |

Einleitung

Die in zentraler Lage gelegene Psychiatrische Tagesklinik Ostholstein wird zu gleichen Teilen von der AMEOS Krankenhausgesellschaft mbH und von Die Brücke Ostholstein gGmbH getragen.

Die Versorgung umfasst die allegemeinpsychiatrische Behandlung von Erwachsenen mit sozialpsychiatrischem Schwerpunkt. Es stehen insgesamt 15 Behandlungsplätze und eine angegliederte psychiatrische Institutsambulanz zur Verfügung. Die Einrichtung verfügt über Ruhezoneen ebenso wie über Gemeinschaftsräume. Diese Strukturqualität ist eine adäquate Basis für unseren konzeptionellen Ansatz.

Die Psychotherapieangebote erfolgen überwiegend in Gruppen und sind verhaltenstherapeutisch, ressourcenorientiert, tiefenpsychologisch und systemisch angelegt. Es werden ärztliche und pflegerische Leistungen mit psychiatrischen Schwerpunkt angeboten, der Möglichkeit einer psychiatrischen Medikation, einschließlich der notwendigen Laborkontrollen und ein Bezugssystem. Weitere therapeutische Angebote bestehen in Gesprächs-, Ergo-, Musik-, Entspannungs- und Bewegungs- und Sporttherapien.

Angebote zur strukturierten Freizeitgestaltung, Kochen, Training der sozialen Kompetenzen, Training zur Steigerung der Selbstkontrolle, eine Suchtaufklärungsgruppe und die ZERA-Gruppe (Zusammenhang zwischen Erkrankung, Rehabilitation und Arbeit) ergänzen das Angebot.

Dabei liegt der Schwerpunkt der Behandlung auf der Reintegration in die Arbeit und die Zurückführung in eine geregelte Tagesstruktur.

Verantwortlich + Ansprechpartner

Geschäftsführer Frank Nüsse

Tel. 0451-14008-0 | Fax -40

f.nuesse@diebrueckeluebeck.de

Geschäftsführer Karl-Heinz Heide

Tel. 04561-611-4575 | Fax -4616

heide@psychatrium.de

Die Krankenhausleitung, vertreten durch beide Geschäftsführer, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

www.ameos.eu

Teil A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

- A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses**
 Hausanschrift:
 Rettiner Weg 30
 23730 Neustadt in Holstein
 Postanschrift:
 Postfach: 1442
 23724 Neustadt in Holstein
 Telefon: 04561 1011
 Fax: 04561 9484
 E-Mail: info@tagesklinik-ostholstein.de
 Internet: <http://www.tagesklinik-ostholstein.de>
- A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses**
 510100659
- A-3 Standort(nummer)**
 00
- A-4 Name und Art des Krankenhausträgers**
 Name: AMEOS Krankenhausgesellschaft mbH (50%) und Die Brücke Ostholstein gGmbH (50%)
 Art: privat und freigemeinnützlich
- A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus**
 Nein
- A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses**
 Trifft nicht zu / entfällt.
- A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie**
 Trifft nicht zu / entfällt.
- A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses**
 Die Versorgungsschwerpunkte sind bei den einzelnen Fachabteilungen im Teil B aufgeführt.
- A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses**
 Die medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote sind bei den einzelnen Fachabteilungen im Teil B aufgeführt.

Teil A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Die nicht-medizinischen Serviceangebote sind bei den einzelnen Fachabteilungen im Teil B aufgeführt.

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-11.1 Forschungsschwerpunkte

Trifft nicht zu / entfällt.

A-11.2 Akademische Lehre

Trifft nicht zu / entfällt.

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

Trifft nicht zu / entfällt.

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

15

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 190

Ambulante Fallzahl:

Quartalszählweise: 229

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

| | Anzahl | Kommentar / Erläuterung |
|---|----------------|-------------------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | 1,4 Vollkräfte | |
| – davon Fachärzte und Fachärztinnen | 1,4 Vollkräfte | |
| Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) | 0,0 Personen | |

Teil A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-14.2 Pflegepersonal

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

A-14.3 Spezielles therapeutisches Personal

| Nr. | Spezielles therapeutisches Personal | Anzahl | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|----------------|-------------------------|
| SP05 | Ergotherapeut und Ergotherapeutin / Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin | 1,5 Vollkräfte | |
| SP23 | Psychologe und Psychologin | 0,9 Vollkräfte | |

A-15 Apparative Ausstattung

Trifft nicht zu / entfällt.

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Psychiatrische Tagesklinik Ostholstein

B-1.1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Psychiatrische Tagesklinik Ostholstein

Fachabteilungsschlüssel: 2960

Hausanschrift:

Rettiner Straße 30

23730 Neustadt in Holstein

Postanschrift:

Postfach: 1442

23724 Neustadt in Holstein

Telefon: 04561 1011

Fax: 04561 9484

E-Mail: info@tagesklinik-ostholstein.de

Internet: <http://www.tagesklinik-ostholstein.de>

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung:

Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

B-1.2

Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Nr. | Versorgungsschwerpunkte | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| VI25 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen | |
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen | |
| VP02 | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen | |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen | |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen | |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren | |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen | |
| VP07 | Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen | |
| VP08 | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen | |

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

| Nr. | Versorgungsschwerpunkte | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| VP09 | Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend | |
| VP10 | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen | |
| VP15 | Psychiatrische Tagesklinik | |

B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| MP03 | Angehörigenbetreuung / -beratung / -seminare | |
| MP08 | Berufsberatung / Rehabilitationsberatung | |
| MP11 | Bewegungstherapie | |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung | |
| MP15 | Entlassungsmanagement / Brückenpflege / Überleitungspflege | |
| MP16 | Ergotherapie / Arbeitstherapie | |
| MP17 | Fallmanagement / Case Management / Primary Nursing / Bezugspflege | Bezugspflege |
| MP27 | Musiktherapie | |
| MP34 | Psychologisches / psychotherapeutisches Leistungsangebot / Psychosozialdienst | |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie | |
| MP52 | Zusammenarbeit mit / Kontakt zu Selbsthilfegruppen | |
| MP63 | Sozialdienst | |

B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Nr. | Serviceangebot | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| SA01 | Aufenthaltsräume | |
| SA08 | Teeküche für Patienten und Patientinnen | |
| SA12 | Balkon / Terrasse | |
| SA16 | Kühlschrank | |
| SA18 | Telefon | |

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

| Nr. | Serviceangebot | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-------------------------|
| SA20 | Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl) | |
| SA21 | Kostenlose Getränkebereitstellung | |
| SA22 | Bibliothek | |
| SA27 | Internetzugang | |
| SA31 | Kulturelle Angebote | |
| SA34 | Rauchfreies Krankenhaus | |

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

| | |
|--------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl: | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 190 |

B-1.6 Diagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10-Ziffer | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------------|----------|---|
| 1 | F32 | 51 | Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode |
| 2 | F33 | 35 | Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit |
| 3 | F60 | 13 | Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung |
| 4 | F20 | 10 | Schizophrenie |
| 5 | F61 | 7 | Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens |
| 6 | F43 | 6 | Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben |
| 7 | F05 | <= 5 | Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt |
| 8 | F06 | <= 5 | Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit |
| 9 | F25 | <= 5 | Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung |
| 10 | F31 | <= 5 | Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit |

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

| Rang | ICD-10-Ziffer | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------------|----------|--|
| 11 | F41 | <= 5 | Sonstige Angststörung |
| 12 | F90 | <= 5 | Störung bei Kindern, die mit einem Mangel an Ausdauer und einer überschießenden Aktivität einhergeht |

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Trifft nicht zu / entfällt.

B-1.7 Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-Ziffer | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|------------|--------|--|
| 1 | 9-602 | 754 | Anzahl der durch Spezialtherapeuten erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der Regelbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |
| 2 | 9-601 | 493 | Anzahl der durch Psychologen erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der Regelbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |
| 3 | 9-603 | 470 | Anzahl der durch Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der Regelbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |
| 4 | 9-600 | 469 | Anzahl der durch Ärzte erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der Regelbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |
| 5 | 9-980 | 379 | Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie |

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

Trifft nicht zu / entfällt.

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. der Ambulanz | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------------------|---|--------------------------|-----------------------|-------------------------|
| AM02 | Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V | | | |

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu / entfällt.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

| | Anzahl | Kommentar / Erläuterung |
|---|----------------|-------------------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen) | 1,4 Vollkräfte | |
| – davon Fachärzte und Fachärztinnen | 1,4 Vollkräfte | |
| Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) | 0,0 Personen | |

B-1.11.2 Pflegepersonal

| | Anzahl | Ausbildungsdauer | Kommentar / Erläuterung |
|--|----------------|------------------|-------------------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | 0,8 Vollkräfte | 3 Jahre | |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen | 0,0 Vollkräfte | 3 Jahre | |
| Altenpfleger und Altenpflegerinnen | 0,0 Vollkräfte | 3 Jahre | |
| Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen | 0,0 Vollkräfte | 2 Jahre | |

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

| | Anzahl | Ausbildungs- dauer | Kommentar / Erläuterung |
|--|-------------------|--------------------------|-------------------------|
| Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen | 0,5 Vollkräfte | 1 Jahr | |
| Pflegehelfer und Pflegehelferinnen | 0,0 Vollkräfte | ab 200 Std. Basiskurs | |
| Entbindungspfleger und Hebammen | 0,0 Personen | 3 Jahre | |
| Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen | 0,0 Vollkräfte | 3 Jahre | |

B-1.11.3 Spezielles therapeutisches Personal

| Nr. | Spezielles therapeutisches Personal | Anzahl | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|----------------|-------------------------|
| SP05 | Ergotherapeut und Ergotherapeutin / Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin | 1,5 Vollkräfte | |
| SP23 | Psychologe und Psychologin | 0,9 Vollkräfte | |

Teil C Qualitätssicherung

- C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)**
Entfällt / die Daten liegen zum Veröffentlichungszeitpunkt noch nicht vor.
- 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**
Trifft nicht zu / entfällt.
- C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung**
Trifft nicht zu / entfällt.
- C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V**
Trifft nicht zu / entfällt.
- C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“)**
Trifft nicht zu / entfällt.
- C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V**
Anzahl der Fachärzte, psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichentherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen:
1
Anzahl der Fortbildungspflichtigen, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen:
1
Anzahl der Nachweispflichtigen, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben:
1

Teil D Qualitätsmanagement

D-1

Qualitätspolitik

Mit der Formulierung unserer Qualitätspolitik geben wir Orientierung zu den Grundsätzen des Unternehmens, seinen Zielen und den Grundzügen des Qualitätsmanagementsystems.

Die Formulierung unserer Qualitätspolitik basiert auf den Werten und der Vision der Psychiatrischen Tagesklinik Ostholstein. Sie ist Grundlage für unsere Qualitätsstrategie, die Qualitätsziele und daraus abgeleitete Aktivitäten. Die Qualitätspolitik ist Verpflichtung, für uns und für jede Mitarbeiterin und jeden Mitarbeiter.

Grundlage der Qualitätspolitik ist die Philosophie des Umfassenden und Integrierten Qualitätsmanagements:

- Qualität orientiert sich am Patienten und Kunden,
- Qualität wird mit allen Mitarbeitern aller Bereiche und Ebenen erzielt,
- Qualität ist kein Ziel, sondern ein Prozess, der nie zu Ende ist,
- Qualität setzt aktives Handeln voraus und muss erarbeitet werden.

Die Qualitätspolitik der Psychiatrischen Tagesklinik Ostholstein setzt sich aus folgenden Säulen zusammen:

Patientenorientierung

Maßstab für die Qualität sind die Wünsche und Ansprüche der Patientinnen und Patienten bei Aufnahme und der Gesundheits- und Zufriedenheitszustand bei Entlassung. Erreichte Ergebnisse werden kritisch hinterfragt und Verbesserungsmöglichkeiten entsprechend umgesetzt. Leben und Gesundheit in guten Händen.

Mitarbeiterorientierung

Die Integration aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit ihrem Praxis- und Expertenwissen in Projektarbeiten und Qualitätszirkeln fördert das Verständnis für eine gemeinsame, kontinuierliche Verbesserung der Gesamtorganisation und ihrer Atmosphäre. Fördern und Fordern schafft Motivation.

Führung und Management

Alle Führungskräfte füllen eine Vorbildfunktion aus. Ein kooperativer und transparenter Führungsstil sowie das konsequente Vorleben der Qualität ist die Grundvoraussetzung für eine gemeinsame Qualitätspolitik und Strategie. Nur so kann der kontinuierliche Verbesserungsprozess erfolgreich umgesetzt werden. Qualitätsmanagement heißt Qualität im Management.

Kommunikation und Information

Mit gezielter Kommunikation wird ein Informationsgleichstand für alle Beteiligten sichergestellt und Vertrauen geschaffen. Sie erfolgt intern und extern gegenüber den verschiedenen Zielgruppen proaktiv und zielorientiert mit verschiedenen Instrumenten zur Kommunikation und zur Informationsvermittlung. Transparenz schafft Vertrauen.

Kooperation und Partnerschaft

Als kompetenter Partner im Bereich der Gesundheitsversorgung ist die Vernetzung mit Kooperationspartnern innerhalb und außerhalb der Region ein wichtiges Anliegen für uns. Dazu gehört auch die Pflege von vertrauensvollen Beziehungen zu Politik, Krankenkassen und Vertragspartnern.

Teil D Qualitätsmanagement

Wir betrachten unsere Patienten ganzheitlich. Deshalb suchen und fördern wir den Kontakt mit ihren Angehörigen genauso wie mit Betreuern und natürlich auch den behandelnden, niedergelassene Ärzten.

Multiprofessionalität

Behandlungsteams stellen durch eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit den reibungslosen Ablauf der Patientenversorgung sicher. Die Teamarbeit und gemeinsame Entscheidungsfindung fördern das hohe Verantwortungsbewusstsein und die Zufriedenheit unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Gemeinsam sind wir stärker.

Prozessorientierung

Um eine Tagesklinik wirtschaftlich führen zu können, müssen Strukturen angepasst und Prozesse permanent optimiert werden. Bei der Psychiatrischen Tagesklinik Ostholstein stehen die Neugestaltung der arbeitsteiligen Prozesse sowie optimierte, qualitativ hochwertige Versorgungsabläufe in Form von klinischen Indikationspfaden im Vordergrund.

Arbeitsteilige Prozesse zu implementieren heißt, Aufgaben ausbildungsadäquat zu verteilen. Dies führt gleichsam zu einer besseren Effizienz in der Verrichtung der Arbeiten, wie vor allem auch zu einer verbesserten Arbeitszufriedenheit bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Denken in Prozessen heißt handeln in Prozessen.

Sicherheit

Die Patientinnen und Patienten, die sich der Psychiatrischen Tagesklinik Ostholstein anvertrauen, sollen jederzeit die Gewissheit haben, dass sie fachkompetent und nach den neuesten Methoden und Erkenntnissen der Wissenschaft behandelt und betreut werden. Langjährige Erfahrung, kontinuierliche Weiterbildung und praktische Anwendung sowohl seitens der Ärzte wie der Pflegenden sind ein wesentliches Qualitätsmerkmal.

Gut aufeinander abgestimmte Behandlungsteams stellen den reibungslosen Ablauf der Versorgung sicher und gewährleisten ein Höchstmaß an Sicherheit und Zufriedenheit für den Patienten. Wer die Patientensicherheit stärkt, erhöht die Qualität von Behandlungen.

Kontinuierliche Verbesserung

Die kontinuierliche Verbesserung in Bezug auf die Erfüllung der Erfordernisse und Erwartungen unserer Kunden und anderer interessierter Parteien ist Ziel unseres Handelns. Eine ständige Weiterentwicklung verlangt nach einer ständigen Verbesserung der Prozesse, der Organisation, der Abläufe. Stillstand ist Rückschritt.

Wachstum und Integration

Das Geschäftsmodell der Psychiatrischen Tagesklinik Ostholstein beruht auf dem effizienten, unternehmerischen Betrieb ihrer Einrichtung. Deren Integration in die Gruppe stellt eine Herausforderung dar, der wir uns mit besonderer Sorgfalt und Engagement stellen. Neue Einrichtungen profitieren von den Erfahrungen der ganzen Gruppe, aber auch die Gruppe lernt von den Neuen.

Messen und Prüfen

Qualität im umfassenden Sinn soll erstens spürbar und zweitens messbar sein. Drittens ist die stete Qualitätsverbesserung gleichsam Anspruch und Pflicht aller Mitwirkenden in der Psychiatrischen Tagesklinik Ostholstein. Diesem Anspruch stellen wir uns, indem wir in unserer Einrichtung ein Qualitätsmanagementsystem einführen, Befragungen zur Qualitätsmessung durchführen, unsere Qualität mit anderen vergleichen und die Ergebnisse

Teil D Qualitätsmanagement

transparent machen. Wettbewerb fördert Qualität.

D-2 Qualitätsziele

Im vorangegangenen Abschnitt haben wir bereits über unsere strategischen Ziele berichtet. Sie sind naturgemäß eng mit den Unternehmenszielen bzw. mit der so genannten normativen Ebene verbunden.

In der Praxis ist es natürlich entscheidend, diese übergeordneten Ziele in einem konsistenten Gesamtsystem und einer friktionsfreien Form auf die operative Ebene zu transferieren. Dieser Prozess ist eine wichtige Aufgabe der Unternehmensleitung und wird in entscheidender Weise durch das Qualitätsmanagement geprägt. Hier besteht einerseits die Aufgabe, die Qualitätspolitik, ihre zu realisierenden Ziele und Verantwortlichkeiten zu definieren und andererseits durch eine Kaskade von Qualitätsplanung, Qualitätslenkung und Qualitätsüberprüfung (siehe auch Kapitel D-4) das bestehende Qualitätsniveau nicht nur zu sichern, sondern kontinuierlich und nachhaltig zu verbessern. Somit ist unser Qualitätsmanagement der Verbindungspunkt zwischen den strategischen und operativen Zielen.

Die überragenden Ziele der psychiatrischen Tagesklinik Ostholstein bestehen in der bestmöglichen medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und sozialen Behandlung, Betreuung und Versorgung unserer PatientInnen, unter Berücksichtigung unserer wichtigsten Ressource, nämlich den MitarbeiterInnen. Sie werden für ihre hochqualifizierten Tätigkeiten systematisch geschult und weitergebildet, um innovatives Wissen adäquat umsetzen zu können.

Selbstverständlich finden auch die Wünsche, Anliegen und Interessen aller weiteren Stakeholder in unseren Qualitätszielen ihren nachhaltigen Niederschlag.

Bei der Realisierung neuer oder veränderter Qualitätsziele bedienen wir uns dem so genannten Demingkreis oder PDCAZyklus (Plan - Do - Check - Act). Somit gewährleisten wir eine strukturierte, transparente und allgemein anerkannte Grundstruktur, die durch diese vier Teilschritten definiert wird.

- **Plan:**
Alle Prozesse werden analysiert und geplant, um mögliche Verbesserungspotenziale zu erkennen. Hierzu gehört als Ausgangspunkt die Feststellung des Ist-Zustands und die Formulierung eines verbesserten Qualitätsniveaus (Soll-Wert) und die Festlegung von definierten Verantwortlichkeiten.
- **Do:**
Dies ist die eigentliche Umsetzungsphase als direkte Folge der Planung, wobei es (noch) nicht zwingend notwendig ist, die Realisierung schon im ersten Schritt in allen Bereichen des Klinikums anzustreben. Aus Effektivitäts- und Effizienzgründen kann es sinnvoll sein, zunächst mit besser überschaubaren und weniger komplexen Piloteinheiten zu beginnen.
- **Check:**
In dieser nachgeordneten Phase erfolgt die Überprüfung, Messung und Bewertung der Auswirkung von Planung und konsekutiver Umsetzung im Hinblick auf ihre Zielwirksamkeit und gegebenenfalls die Freigabe als neuen Standard, der klinikweit eingeführt wird.
- **Act:**
Nach Einführung eines neuen Standards muss deren Wirksamkeit überprüft und unter

Teil D Qualitätsmanagement

Umständen weiter adaptiert werden, um beispielsweise individuelle Besonderheiten einzelner Organisationseinheiten oder möglicher Interdependenzen Rechnung tragen zu können. Ausgangspunkt für diese Aktivitäten sind die aus der Check-Phase resultierenden Ergebnisse, die die Grundlage möglicher weiterer Korrekturmaßnahmen darstellen.

Somit stellt der PDCA-Zyklus eine Kaskade von Phasen unseres kontinuierlichen Verbesserungsprozesses dar, auf dem das Qualitätsmanagementsystem aufbaut und der eine Grundlage der Formulierung unserer Qualitätsziele ist: Unser Bestreben einer kontinuierlichen Prozessoptimierung zielt auf unsere wichtigsten Stakeholder ab, nämlich den PatientInnen, die den berechtigten Anspruch haben, eine hochprofessionelle Behandlung erfahren zu können ("best place to come") und den MitarbeiterInnen, deren berechtigter Wunsch es ist, dass ihre Leistungen adäquat geschätzt, anerkannt und weiter gefördert werden ("best place to work"). Gleichzeitig muss garantiert werden, dass die limitierten Ressourcen im Gesundheitssektor sozial gerecht und mit möglichst hoher Effektivität und Effizienz genutzt werden.

Jede Festlegung von Qualitätszielen basiert auf unserem Leitbild und unseren Visionen, unterstützt von der Politik und Strategie der psychiatrischen Tagesklinik Ostholstein. Auf das gemeinsam erarbeitete Leitbild sind wir im Kapitel Qualitätspolitik bereits ausführlich eingegangen.

Unsere Visionen sind multidimensional verankert und reichen von unserem Anspruch, eine ständig lernende und kontinuierlich innovative Unternehmung darzustellen, um bestmögliche Leistungen anbieten zu können und eine einzigartige therapeutische Individualität zu gewährleisten, über unsere eigene Selbstverpflichtung eines ständig steigenden Qualitätsniveaus bis hin zu unserer gesellschaftlichen Verantwortung, einschließlich dem sozial gerechten Umgang mit den nur begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen. Für die Realisierung dieser Ziele stehen hochmotivierte und bestens ausgebildete MitarbeiterInnen zur Verfügung, deren individuelle Leistungen durch die Integration in multiprofessionelle Teams optimiert werden. Förderlich wirkt ein Arbeitsumfeld, das diese Fähigkeiten in innovativer und kreativer Weise unterstützt.

Um Ziele verantwortlich und "zielgerichtet" definieren zu können, sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- Es müssen zunächst die relevanten Aspekte identifiziert werden und
- es ist unabdingbare Voraussetzung, den so genannten Ist-Zustand zu erheben, um eine geeignete und aussagekräftige Basis für die weitere Qualitätsplanung zu gewinnen.

Unsere Existenzberechtigung resultiert aus unserer Professionalität, die sich vorrangig an dem Maßstab zu orientieren hat, den unsere PatientInnen wünschen. Daher ist die kontinuierliche Ermittlung der Zufriedenheit ein unverzichtbares Instrument. Ergänzt wird dieser Ansatz durch unser Beschwerdesystem, so dass es uns gelingt, unterschiedliche Informationsdimensionen zu gewinnen und darauf zeitnah reagieren zu können.

Selbstverständlich gibt es eine große Fülle weiterer Qualitätsziele, die in Abhängigkeit von der Praktikabilität vollständig und kontinuierlich oder stichprobenhaft untersucht werden.

Dazu gehören beispielsweise

- Auswertung der Dokumentationsqualität
- die Therapie- und Behandlungsplanung
- die Integration der Angehörigen
- die Sachmittelausstattung
- die Transparenz des Behandlungsprozesses
- die jeweilige Behandlungsdauer

Teil D Qualitätsmanagement

- die strukturierte Entlassungsvorbereitung, ggf. mit Anbindung an nachstationäre Angebote
- die Dauer der Arztbriefschreibung
- die Anzahl und die Art besonderer Vorkommnisse, einschließlich Suizide und Suizidversuche

Diese vorrangig im klinischen Bereich angesiedelten Qualitätsziele werden durch betriebswirtschaftliche Kennzahlen ergänzt, die wegen der oben genannten gesellschaftlichen Verantwortung nicht zu vernachlässigen sind. Die nachhaltige Sicherung der ökonomischen Ertragskraft liegt im Interesse aller internen und externen Partner.

Die Qualitätsziele aus dem klinischen Bereich werden mit unterschiedlichen Erhebungsmethoden bestimmt. So eignen sich besondere Vorkommnisse für Einzelmitteilungen, während beispielsweise für die Therapie- und Behandlungsplanung strukturierte Handlungsabläufe vorliegen, die entsprechend auswertbar sind.

Es wird angestrebt, alle Ergebnisse objektiv und transparent messbar zu gestalten. Dadurch gewährleisten wir eine höchstmögliche Akzeptanz unserer Qualitätsziele und können Trends sichtbar machen. Korrekturmaßnahmen, beispielsweise in der Veränderung von Prozessabläufen, können bei Bedarf kurzfristig einleitet werden.

Die im Qualitätsausschuss festgelegten Ziele (Soll-Werte) basieren auf dem jeweils aktuellen Qualitätsniveau (Ist-Wert). Über Erfahrungswerte aus den zurückliegenden Jahren oder durch veränderte Rahmenbedingungen wird in diesen Gremien eine Zielformulierung für einen definierten Zeitraum konsentiert. Mit Hilfe der jeweiligen Führungskräfte erfolgt der Informationsfluss an die weiteren verantwortlichen MitarbeiterInnen.

Die Vorgaben werden auf dieser Ebene noch einmal auf ihre Erreichbarkeit diskutiert und es kommt in der Regel zu einer Rückmeldung, die Einfluss auf das anzustrebende Zielniveau hat. Dadurch ist gewährleistet, dass die Kommunikation aus einem Dialog besteht und "Betroffene" zu "Beteiligten" werden.

D-3

Aufbau des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements

Aufbauend auf dem Qualitätsmanagementsystem nach den Prinzipien des TQM (Total Quality Management, siehe auch Kapitel D-1) wird für die psychiatrische Tagesklinik Ostholstein eine Zertifizierung nach dem KTQ®-Modell (siehe auch Kapitel D-6) angestrebt.

Parallel zu dem Zertifizierungsverfahren wird unser Qualitätsmanagementsystem ständig aktualisiert und weiterentwickelt und ist patientInnen-, mitarbeiterInnen- und prozessorientiert, um auf dieser Basis die bestmögliche Ergebnisqualität zu erreichen.

Zunächst hatten wir die Leitung unseres zentralen Qualitätsmanagements organisatorisch direkt in der Geschäftsführung angesiedelt. Im Zuge einer Umstrukturierung und Neuausrichtung wollten wir die hohe Bedeutung, die wir diesem Bereich zumessen, durch eine noch engere Vernetzung mit unseren vier Geschäftsbereichen Klinika, Pflege, Eingliederung und Forensik herausstellen. Daher haben wir die MitarbeiterInnen des Qualitätsmanagements als Stabsstellen den jeweiligen LeiterInnen der Geschäftsbereiche zugeordnet.

Damit konnten wir die schon unter dem Punkt Qualitätsziele (siehe Kapitel D-2) beschriebene Verbindungsstellen zwischen der strategischen und der operativen Ebene optimal realisieren.

Der Lenkungsausschuss stellt das leitende Gremium dar.

Teil D Qualitätsmanagement

Ständige Mitglieder sind der Krankenhausdirektor, die ChefärztInnen der Klinika, ein Internist, je eine Vertretung aus den örtlichen Betriebsräten, die LeiterInnen des Pflegedienstes und der Qualitätsmanager.

Den Vorsitz führt der Qualitätsmanager. Er lädt zu den Sitzungen unter Angabe der Agenda ein. Themenwünsche für die jeweiligen Sitzungen sind zeitgerecht vor der Sitzung im Sekretariat der Krankenhausdirektors einzureichen.

Von jeder Besprechung wird ein Ergebnisprotokoll erstellt, das alle Mitglieder des Qualitätsausschusses erhalten. Zusätzlich wird es im Intranet veröffentlicht.

Aufgaben des Qualitätsausschuss:

- Der Lenkungsausschuss ist das oberste Entscheidungsgremium für strategieorientierte Qualitätsmaßnahmen. Er trifft für alle Standorte übergreifende Entscheidungen, und zwar auf Grundlage des Leitbildes, der aktuellen Qualitätsentwicklungskonzepte und unter besonderer Berücksichtigung von Strategie und Politik des Unternehmens.
- Dem Lenkungsausschuss obliegt die Aufgabe, standortübergreifende Qualitätsentscheidungen, -vereinbarungen und -beschlüsse des zentralen Qualitätsmanagement-Zirkel AMEOS Akut und AMEOS Psychatrium in seinem Wirkungsbereich umzusetzen.
- Er beantragt alle benötigten Ressourcen für die beschlossenen Qualitätsmaßnahmen und überprüft deren Umsetzung,
- Er leitet die Arbeiten zur KTQ-Zertifizierung.
- Er verabschiedet die gesetzlich strukturierten Qualitätsberichte gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V.
- Er beruft bereichsübergreifende Qualitätszirkel und Projektgruppen ein, priorisiert die anstehenden Projekte und gewährleistet eine fachliche und organisatorische Begleitung.
- In den regelmäßigen Tagungen werden die beschlossenen Maßnahmen beurteilt und gegebenenfalls an aktuelle Erfordernisse angepasst. Dazu nimmt er die erarbeiteten Ergebnisse entgegen und bewertet diese hinsichtlich des angestrebten Zielerreichungsgrades. Gegebenenfalls werden Anpassungen beschlossen oder eine weitere Evaluation zu einem späteren Zeitpunkt vereinbart.
- Der Lenkungsausschuss informiert die MitarbeiterInnen regelmäßig auf geeignetem Weg über seine Arbeit. Die Ergebnisse der Sitzungen werden in Form von Protokollen dokumentiert, so dass auch zu späteren Zeitpunkten jederzeit die Entwicklungen und die Entscheidungskaskaden sicher nachvollzogen werden können.

Dieser Leitungsebene ist eine operativ Ebene nachgeordnet, die ihre direkte Ansiedlung in den jeweiligen Geschäftsbereichen hat. Die Zentralen Dienste (Verwaltung, Servicebereiche, z. B. Küche, Technik, Fahrdienst etc.) werden bei Bedarf in sie betreffende Entscheidungsprozesse integriert.

Aufgaben der Stabsstelle Qualitätsmanagement:

Es wurde eingangs bereits erwähnt, dass der Qualitätsmanager direkt dem Krankenhausdirektor unterstellt ist und für einen wichtigen Teil der Unternehmensentwicklung verantwortlich ist.

Nach unserem Geschäftsverteilungsplan sind folgende Aufgaben im Qualitätsmanagement angesiedelt:

- Unterstützung, Beratung und Information der Krankenhausleitung und ggf. anderer Gremien bei sämtlichen Daten und Maßnahmen zu internen und externen Fragen des Qualitätsmanagements. Besondere Berücksichtigung finden dabei die jeweils aktuellen gesetzlichen Bestimmungen und gegebenenfalls deren Fortschreibungen und

Teil D Qualitätsmanagement

Novellierungen.

- Betreuung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Hierzu zählen beispielsweise Standardbeschreibungen von Arbeitsabläufen (z. B. Aufnahme- und Entlassungsverfahren, Untersuchungen über die Wartezeiten bei Aufnahmen, Dauer der Arztbriefschreibung und weitere Maßnahmen mit Auswertung der Ergebnisse und Vorschlägen zur Optimierung), die Erhebung der Zufriedenheit der PatientInnen mit vielschichtigen, auch internen Vergleichsanalysen und weiter führenden Benchmarks. Auch die Erfassung, Auswertung und Verbesserung von differenzierten Fragestellungen (z. B. besondere Vorkommnisse), die Erarbeitung von Behandlungspfaden und Arbeiten zur Optimierung des Dokumentationssystems sind weitere Beispiele.
- Sämtliche Qualitätsmaßnahmen werden fachlich begleitet und gemeinsam mit den zuständigen Gremien und den betroffenen MitarbeiterInnen koordiniert.
- Darstellung der Qualitätsmanagementmaßnahmen gegenüber der Öffentlichkeit, z.B. in Form dieses strukturierten Qualitätsberichts.
- Bei einer Zertifizierung der psychiatrische Tagesklinik Ostholstein werden diese Arbeiten durch das Qualitätsmanagement geleitet.
- Qualität beschränkt sich bei uns nicht nur auf den direkt von unseren PatientInnen wahrnehmbaren Bereichen. So haben wir den Leiter des Qualitätsmanagements im Geschäftsbereich Klinikum beispielsweise in datenschutzrechtlichen Fragen kontinuierlich geschult. In enger Zusammenarbeit mit dem Unabhängigen Landeszentrum für den Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD) nimmt er zusätzlich die Funktion des Datenschutzbeauftragten wahr, denn Datenschutz bedeutet für uns den Schutz von PatientInnen.

An dieser schlagwortartigen Beschreibung und der organisatorischen Zuordnung ist erkennbar, dass wir insbesondere der weiteren Steigerung unserer Qualität besondere Bedeutung beimessen.

Ablaufstruktur:

- Sobald Vorhaben geplant oder in der Zielsetzung modifiziert werden, besteht die Maßgabe, sie zusammen mit den MitarbeiterInnen aus dem Bereich Qualitätsmanagement bezüglich der weiteren Umsetzung, der zu personifizierenden Verantwortlichkeiten und der Festlegung von zeitlich definierten Meilensteinen zu diskutieren und zu koordinieren.
- Berufsübergreifende Projekte werden in jeweils zu definierenden Konstellationen von relevanten MitarbeiterInnen gemeinsam verabschiedet.
- Bei der Formulierung einer eindeutigen Arbeits- bzw. Projektstruktur sollten die folgenden Angaben vorhanden sein:
 - Wie stellt sich die Ausgangssituation dar (Ist-Zustand)?
 - Wie sieht das angestrebte Ziel aus (Soll-Zustand)?
 - Wer muss an der Durchführung beteiligt werden?
 - Wie soll die Durchführung aussehen?
 - Welche ungefähren Kosten werden entstehen?
 - Welche Ressourcen sind weiterhin bereitzustellen?
 - Wie soll die Zielerreichung gemessen werden?
 - In welchen Zeitabständen soll die Zielerreichung gemessen werden?
 - Wer ist für diese Messung verantwortlich?
 - In welcher Zeit soll das Gesamtziel erreicht sein?
 - In welchen Zeitabständen soll die Verbesserung gemessen werden?
 - In wessen Verantwortung liegt die Auswertung?
- Wie werden die erkannten Verbesserungspotenziale umgesetzt? Diese Struktur entspricht dem in Kapitel D-2 skizzierten PDCA-Zyklus.

Teil D Qualitätsmanagement

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Ein handlungsfähiges Qualitätsmanagement bedarf vielfältiger Voraussetzungen. Neben der uneingeschränkten Unterstützung und aktiven Förderung der Unternehmensleitung ist es zwingend notwendig, die Grundgedanken des Qualitätsmanagements nachhaltig und damit selbstverständlich in die arbeitsorientierten Routineprozesse zu integrieren und auf diese Weise einen hohen innerbetrieblichen Durchdringungsgrad zu erzielen.

Dieses Vorhaben ist uns durch den kollegialen und fairen Umgang mit unseren MitarbeiterInnen gelungen:

Ausgehend von unserem Leitbild und unserer Qualitätspolitik (siehe Kapitel D-1) konnten wir eine Unternehmenskultur entwickeln, die das Bestreben nach hoher qualitativer Erfüllung unseres Auftrags offen und kreativ unterstützt. Die integrierende und organisatorische Grundlage stellt das Qualitätsmanagement dar. Diese Rahmenbedingung ist eine wichtige Basis, aber alleine noch nicht ausreichend, um ein lebendiges, sich stetig wandelndes System erfolgreich zu implementieren und zu konsolidieren.

Qualität soll subjektiv fühlbar sein, aber sie bedarf ergänzend einer möglichst objektiven Operationalisierung in Form von transparenten und reproduzierbaren Fakten, die eine valide Evaluation ermöglichen. Erst mit ihrer Hilfe ist es möglich, verlässliche Aussagen zu formulieren und Vergleiche zwischen einzelnen Bereichen (Querschnittsvergleich) oder zu unterschiedlichen Zeitpunkten (Längsschnittvergleich) anzustellen. Dabei besteht immer das übergeordnete Ziel, durch entsprechende Messungen eine solide und robuste Basis für die Realisierung einer ständigen Qualitätsoptimierung zu generieren.

Darüber hinaus erheben wir eine große Anzahl von wichtigen Messergebnissen, die alle von unserem ständigen Anliegen nach immer besserer Leistungserstellung geprägt und orientiert sind.

Die Befragung der PatientInnen und das etablierten Beschwerde- und Anregungsmanagement werden ergänzt durch unser Risikomanagement. Hierunter verstehen wir die strukturierte Erfassung von definierten Ereignissen und Vorkommnissen (Beispiele siehe nachfolgend), deren Analyse und die Realisierung von Verbesserungs- bzw. Vermeidungspotenzialen. Die dafür notwendigen Daten werden je nach ihrer Bedeutung entweder zentral erfasst und ausgewertet oder dezentral analysiert, wenn sich die entsprechende Fragestellung nur auf bestimmte organisatorische Teilbereiche erstreckt. Neben einer statistisch aggregierten Auswertung werden wichtige Einzelfälle selbstverständlich gesondert betrachtet und bewertet.

Inhaltlich bezieht sich unser Risikomanagement auf alle unerwünschten Ereignisse beziehungsweise besondere Vorkommnisse, die insbesondere im Bereich der Psychiatrie nicht immer zu vermeiden sind. Hierzu zählen z. B. Suizidversuche, Suizide, autoaggressives oder fremdaggressives Verhalten mit möglichen Verletzungen und andere Gewalthandlungen, Unfälle oder Entweichungen.

Zusätzlich planen wir die Einführung eines Critical Incident Reporting-System, um auch Beinahe-Unfälle systematisch zu erfassen und präventiv tätig werden zu können.

Das Risikomanagement ist ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements und soll auf der Basis empirischer Ereignisse prophylaktische Maßnahmen von identifizierten Gefahrensituationen ableiten helfen. Die sich daraus ergebende Veränderung der Ablauforganisation hat eine unmittelbare Steigerung unseres Qualitätsniveaus zur Folge.

Zu den unverzichtbaren Instrumenten des Qualitätsmanagements zählen weiterhin die verschiedenen Formen des Benchmarkings (internes, funktionales, kompetitives, best-practise

Teil D Qualitätsmanagement

Benchmarking). Derzeit wenden wir vorrangig das interne Benchmarking an, das zwischen einzelnen Teilbereichen umgesetzt wird. Wir vergleichen beispielsweise die Verweildauern, die Zufriedenheit der PatientInnen, die Anzahl der Beschwerden, die oben genannten besonderen Vorkommnisse oder den quantitativen und qualitativen Einsatz von Arzneimitteln.

Bei dem Arzneimitteln und dem medizinischen Bedarf werden wir zusätzlich von einer zertifizierten, krankenhausversorgenden Apotheke unterstützt. Alle sechs Monate findet die Arzneimittelkommissionssitzung statt und unabhängig davon erfolgt in der gleichen Frequenz eine Begehung aller Stationen, mit dem Ziel, die arzneimittelrechtlichen Vorgaben zu überprüfen. Die Begehungsprotokolle werden im Qualitätsmanagement ausgewertet und die Ergebnisse den Stationen bekannt gemacht, um mögliche Verbesserungsmaßnahmen umsetzen zu können.

Derzeit erarbeiten wir im Verbund mit allen anderen Klinikeinrichtungen der AMEOS Gruppe ein umfassendes Kennzahlensystem, um weitergehende Benchmarks anzustreben und die vielfältigen Synergieeffekte eines großen Anbieters effektiv und effizient umzusetzen.

Alle von uns durchgeführten Erhebungen zum Qualitätsniveau unserer Leistungserstellung basieren auf den Grundlagen einer validen Dokumentation und der Auswertung der Daten. Unter diesen Voraussetzungen ist eine Beurteilung des Qualitätsgrades möglich und stellt die Basis für unsere Weiterentwicklung dar.

Die Arbeitsbereiche unseres Qualitätsmanagement kann in folgende Teilbereiche eingeteilt werden, die sich jeweils unterschiedlichen Instrumenten bedienen:

Qualitätsplanung:

Das Ziel besteht in der Auswahl von Qualitätsmerkmalen, deren detaillierte Ausprägungsgrade zu definieren sind. Diese erfolgen z.B. mit Hilfe von Benchmarkprojekten oder orientieren sich an anerkannten Qualitätsstandards und werden in unserem Lenkungsausschuss konsentiert.

Qualitätslenkung:

Die Lenkung und Beeinflussung des Qualitätsniveaus setzt adäquate Rahmenbedingungen voraus, um das Ziel einer qualitativen Sicherstellung des geplanten Ausprägungsgrades zu realisieren. Eingesetzte Instrumente bestehen beispielsweise in unserer differenzierten Auswahl bei Neueinstellungen. Hier definieren wir ein Anforderungsprofil, das unseren Zielen entspricht und suchen entsprechende BewerberInnen aus. Zusätzlich schulen wir unsere MitarbeiterInnen und bieten ihnen vielfältige Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten an, um dadurch nicht nur eine möglichst hohe Identifikation mit unserer Unternehmung zu erreichen, sondern verfolgen zugleich den Ansatz, das neu erworbene Wissen wieder in unseren Leistungserstellungsprozess einfließen zu lassen. Ergänzt wird diese Umsetzung durch ein konsequent praktiziertes Empowerment, das als ergänzendes Instrument der Qualitätslenkung eine motivationsfördernde Wirkung entfaltet. Unser Lenkungsausschuss begleitet und fördert diese Ansätze, so dass sich eine hohe Qualitätskultur auf allen Ebenen etablieren konnte.

Qualitätsprüfung:

Nach der Planung, Lenkung und Umsetzung der ausgewählten Aktivitäten muss sich eine Prüfung hinsichtlich der Wirksamkeit der Maßnahmen anschließen. Hierzu setzen wir die bereits genannten Instrumente ein. Zusätzlich finden Qualitätsaudits statt, beispielsweise im Bereich des Datenschutzes. Hier geht es uns nicht vorrangig um den Schutz von Daten, sondern um den Schutz unserer PatientInnen. Der Datenschutz ist dazu natürlich ein wichtiges Instrument.

Teil D Qualitätsmanagement

Qualitätsdarstellung:

Mit der Darstellung des erreichten Qualitätsniveaus verfolgen wir das Ziel, einen transparenten Ablauf und Informationsfluss zu ermöglichen, der seinerseits Vertrauen und Sicherheit schafft. Dabei werden neben den erreichten Ergebnissen auch die anzustrebenden Ziele kommuniziert. Wir verwenden hierzu verschiedene Qualitätsstatistiken und planen neben der grundsätzlichen Orientierung am EFQM-Modell, das keine Zertifizierung vorsieht, sondern ein Award-Modell ist, die Zertifizierung nach dem KTQ®-Verfahren (siehe auch Kapitel D-6).

D-5 Qualitätsmanagementprojekte

Die individuelle Handmassage für PatientInnen

Das Problem

Hilfsbereite, geradezu aufopferungsbereite PatientInnen haben die Neigung viel mehr zu geben als zu nehmen. Depressive PatientInnen möchten sich ihrer Umwelt oft gar nicht mehr zumuten. Mit ihrem Rückzug von ihren Mitmenschen geht auch Körperkontakt verloren. Gleichzeitig leiden diese Menschen unter einer Zunahme von körperlichen Beschwerden, z. B. Schmerzen, Verspannungen, Unruhe.

Das Ziel

Ziel des Projekts ist die Vermittlung einer Erfahrung des Nehmens bzw. des Bekommens. Gleichzeitig soll ein Angebot gemacht werden zur (neuerlichen) Wahrnehmung des eigenen Körpers als Ressource für Wohlbefinden.

Die Maßnahmen

Das Team berät wer von dem Angebot profitieren könnte. Dem Patienten wird die Handmassage von der durchführenden Therapeutin angeboten und erläutert. Die Massage dauert 15 - 20 Min. In Anlehnung an ayurvedische Massagen werden mit erwärmtem Öl beide Hände nacheinander, komplett bis zu den Handgelenken sanft massiert. Die Stimulierung der Reflexpunkte erfolgt dabei unspezifisch. Eine sinnliche Erfahrung entsteht, indem sich zu Anfang beide Partner reichlich erwärmtes Öl in den Händen verteilen. Verwendet wird z. B. ökologisch hergestelltes Mandelöl oder Calendulaöl mit einem erfrischenden Zitrusduft. Patient und Therapeutin sitzen sich gegenüber. Die ruhige Atmosphäre wird durch leise Musik im Hintergrund unterstützt.

Als Anregung und Ergänzung wird das Buch Shiatsu Selbstmassage vorgestellt und zur Selbstanwendung und Gesundheitspflege verliehen.

Die Zielerreichung

Ungefragt etwas zu bekommen wirkt auf viele zunächst überraschend und auch verunsichernd. Die ruhige Atmosphäre und einfache Durchführung der Massage bietet die Möglichkeit des Genießens. Die pflegende Wirkung der hochwertigen Öle wird als wohltuend empfunden. Sehr oft berichten die Patienten während oder kurz nach der Handmassage nachhaltige Gefühle von Ruhe, Entspannung oder angenehmer Müdigkeit.

Relaunch unserer Homepage www.tagesklinik-ostholstein.de

Teil D Qualitätsmanagement

Das Problem

Nachdem unsere alte Homepage bereits seit 5 Jahren im WWW stand hatten sich viele Dinge geändert: MitarbeiterInnen, Ausstattung, Angebote. Wir nahmen diese Veränderungen zum Anlass unsere Homepage zeitgemäßer und noch übersichtlicher zu gestalten.

Das Ziel

Ziel war die Erstellung einer möglichst nutzerfreundlichen Homepage, die schnell und übersichtlich über uns und unsere Leistungen informiert.

Die Maßnahmen

Ein Webdesigner, eine Fotografin und unser Psychologe entwickelten gemeinsam die Homepage.

Die Zielerreichung

Das Ergebnis kann unter www.tagesklinik-ostholstein.de begutachtet werden. Rückmeldungen sind herzlich willkommen unter info@tagesklinik-ostholstein.de.

Die Einrichtung einer Patienten-Bibliothek

Das Problem

Viele PatientInnen sind bei Aufnahme in unserer Tagesklinik unzureichend über ihre Erkrankung informiert. Sie wissen nicht, was mit ihnen los ist. Deshalb sind sie zusätzlich verunsichert und verwirrt.

Das Ziel

Ziel des Projekts war die effiziente Vermittlung von umfassenden Informationen zu psychiatrischen Krankheitsbildern. Die PatientInnen sollten Möglichkeiten haben sich und unsere Behandlung besser zu verstehen.

Die Maßnahmen

Wir kauften leicht verständliche Bücher (Ratgeber, Selbsthilfeliteratur) zu verschiedenen Themen: z. B. Depressionen, Angsterkrankungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung, posttraumatische Belastungsstörung usw. Zudem erweiterten wir die Bibliothek mit allgemeineren Informationen zu einer lebenswerten und gesunden Lebensführung. Die Bücher werden von den TherapeutInnen der Tagesklinik den PatientInnen gezielt empfohlen bzw. geliehen.

Die Zielerreichung

Die Patienten-Bibliothek findet großes Interesse, sodass wir die Bibliothek kontinuierlich ausbauen. Besonders Menschen, die an einer Borderline-Störung und/oder an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden, sind sehr interessiert. Die Lektüre erleichtert die Zusammenarbeit, weil viele Symptome besser verstanden werden können. Außerdem macht das Lesen der Bücher neugierig auf wirksame Selbsthilfe- und Behandlungsmöglichkeiten.

Teil D Qualitätsmanagement

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Die psychiatrische Tagesklinik Ostholstein gehört im Verbund mit der AMEOS Krankenhausgesellschaft Holstein mbH und der Brücke Ostholstein gGmbH zu den größten Anbietern psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosozialer Dienstleistungen in Schleswig-Holstein. Wir verspüren die damit verbundene soziale Verantwortung und möchten ihr durch eine konsequente Qualitätsverbesserung gerecht werden.

Dazu bestimmen wir mit Hilfe verschiedener Maßnahmen zunächst das bestehende Qualitätsniveau. Aus der Sicht unserer PatientInnen beginnen wir anschließend mit der gedanklichen Weiterentwicklung, die wir dann auf unterschiedlichsten Feldern konsequent umsetzen.

Im vorhergehenden Abschnitt (siehe Kapitel D-5) haben wir aus der Vielzahl unserer Qualitätsprojekte beispielhaft die Beschreibung einzelner Aktivitäten ausgewählt, die wir dort ausführlicher erläutert haben.

Grundlage unseres Ziels nach ständiger Verbesserung ist die Einführung, die kontinuierliche Umsetzung und die regelmäßige Weiterentwicklung unseres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, deren grundsätzlicher Aufbau bereits im Kapitel D-3 (Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements) skizziert ist.

Als Hauptziele unseres Qualitätsmanagements sind zu nennen:

- durch regelmäßige Erhebungen das jeweils aktuelle Qualitätsniveau festzustellen,
- Fortschritte zu planen, umzusetzen und den Erfolg zu überprüfen und
- eine ständig lernende Organisation zu sein.

Qualitätsmodelle Ohne die von uns favorisierten Modelle im Detail hier zu erläutern, sei nachfolgend deren Grundstrukturen kurz dargestellt, die eine Vielzahl von Aktivitäten in sehr ähnlicher Weise betrachten und keineswegs konkurrierende Qualitätskonzepte darstellen. Bei allen Gemeinsamkeiten und Unterschieden muss festgehalten werden, dass bei der Präferenzierung von beschreibenden und bewertenden Qualitätsmodellen kein "one best way" existiert. Allein entscheidend ist der bewusste Prozess, dass Qualität nicht projiziert, sondern produziert werden muss.

1. KTQ®-Modell

Die KTQ® als "Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen" wurde ursprünglich mit der Zielvorstellung gegründet, ein Zertifizierungsverfahren zu generieren, das spezifisch auf die bundesdeutschen Krankenhäuser ausgerichtet ist. Die Orientierung erfolgte an der internationalen Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).

Somit besteht eine zielgerichtete Branchenorientierung und -optimierung, die ihren Hauptfokus auf die Prozess- und Ergebnisqualität legt.

In der aktuellen Version werden sechs Kategorien unterschieden und stellen den so genannten KTQ®-Katalog dar:

- Patientenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit
- Informations- und Kommunikationswesen
- Krankenhausführung

Teil D Qualitätsmanagement

- Qualitätsmanagement

Die einzelnen Kategorien werden ihrerseits in Subkategorien untergliedert, deren nächste Ebene durch die Kriterien konkretisiert werden. Auf diese Weise kann das berufsgruppen- und hierarchieübergreifende Leistungsgeschehen in der jeweiligen qualitativen Ausprägung differenziert dargestellt werden.

Auf der Ebene der Kriterien erfolgt eine differenzierte Gewichtung, um besonders relevante Aspekte nachhaltig bewerten zu können ("Kernkriterien").

Alle Kriterien basieren auf dem schon beschriebenen PDCA-Zyklus (siehe Kapitel D-2) unter jeweiliger Berücksichtigung von Erreichungs- und Durchdringungsgrad. Dabei gibt der Erreichungsgrad Auskunft über die bewertete Qualität der Kriterienerfüllung, während der Durchdringungsgrad eine Aussage über die Breite der Umsetzung des jeweiligen Kriteriums zulässt. Bei der Anwendung des KTQ®-Qualitätsmodells werden die Leistungen der psychiatrischen Tagesklinik Ostholstein beurteilt. Dabei stehen neben der Zufriedenheit der PatientInnen und ihrer Angehörigen auch die einweisenden ÄrztInnen und Kliniken, nachbetreuende Einrichtungen und die Kostenträger im Mittelpunkt.

Dieses Ziel setzt viele Grundlagen voraus: Zufriedene MitarbeiterInnen und die Verantwortung der Unternehmensführung in Verbindung mit dem Qualitätsmanagement sind ebenso wichtig, wie ein ausgereiftes Konzept, ein gemeinsames Leitbild und eine sehr gute, innovative und intensive Prozessorientierung.

Unter diesen Voraussetzungen, einschließlich der Sicherheit im Krankenhaus und dem Einsatz moderner Informationstechnologien, gelingt es der psychiatrischen Tagesklinik Ostholstein, erstklassige medizinische und pflegerische Leistungen anbieten zu können.

Es entspricht dem umfassenden Qualitätsanspruch des KTQ®-Modells eine möglichst breit angelegte Informationsbasis aufzubauen. Dazu gehören neben internen Analysen selbstverständlich auch Qualitätsbewertungen von externen Partnern. So beziehen wir unsere Medikamente beispielsweise von einer krankenhausversorgenden Apotheke, die durch ein Gütesiegel ihre eigenen hohen Qualitätsansprüche dokumentiert. Alle sechs Monate erfolgt durch die Apotheke eine Begehung. Dabei werden systematisch alle Qualitätskriterien, wie beispielsweise Lagerung, Lagerort, Lagerungsbedingungen oder Beachtung der Gesetze der Arzneimittelsicherheit der hier vorhandenen Medikamente untersucht und schriftlich protokolliert. Die Auswertung erfolgt ebenfalls im Qualitätsmanagement. Auch hier ist im Ergebnis festzuhalten, dass bisher keinerlei Beanstandungen auftraten. Diese Kontrollen werden auch zukünftig mit gleicher Regelmäßigkeit durchgeführt.

2. Das EFQM-Modell

Dieser Ansatz wurde bereits 1988 von führenden europäischen Firmen entwickelt und stammte ursprünglich aus der Industrie. Damit war der beim KTQ®-Modell so überzeugende, genuine Ansatz aus dem Gesundheitswesen hier zunächst nicht vorhanden. Erst sukzessiv wurde das Modell auf den Dienstleistungssektor übertragen.

Es gilt international als Zielsystem für die Etablierung eines Total Quality Management (TQM), wie es bereits einleitend im Kapitel D-1 (Qualitätspolitik) ausführlich dargestellt wurde.

Der strukturelle Aufbau ist durch zwei Bereiche gekennzeichnet, nämlich den Befähigern und den Ergebnissen, wobei die Ergebnisse in einem Prozess der Innovation und des Lernens wieder auf die Befähiger Einfluss nehmen. Dadurch entsteht ein geschlossener Regelkreis.

Unter den Befähigern versteht man die eingesetzten Mittel und Wege, die sich im Detail wie folgt gliedern (in Klammern die prozentuale Bedeutung bzw. die relative Gewichtung im Rahmen von Selbst- und Fremdbewertungen):

Teil D Qualitätsmanagement

- Führung (10 %)
- Politik und Strategie (8 %)
- Mitarbeiter (9 %)
- Partnerschaften und Ressourcen (9 %)
- Prozesse (14 %)

Mit den Ergebnissen wird dokumentiert, was ein Unternehmen durch den Einsatz der Befähigerkriterien erreicht hat:

- Kundenbezogene Ergebnisse (20 %)
- Mitarbeiterbezogene Ergebnisse (9 %)
- Gesellschaftsbezogene Ergebnisse (6 %)
- Wichtige Ergebnisse bei den Schlüsselleistungen (15 %)

Es ist erkennbar, dass auch dieser Ansatz alle wichtigen Aspekte berücksichtigt.

Beim Vergleich der beiden Qualitätsmodelle ist naturgemäß eine große Schnittmenge vorhanden. Neben einer sehr ähnlichen Orientierung an PatientInnen, MitarbeiterInnen und den Prozessen war ursprünglich der direkte Bezug des EFQMModells zum Gesundheitswesen eher etwas extensiver ausgeprägt, dafür stand aber die Ergebnisqualität deutlicher im Vordergrund. Hier hat das KTQ®-Modell durch die differenzierte Unterteilung und Gewichtung der Kriterien, der Forderung nach PDCA-Zyklen und der Unterscheidung in Erreichungs- und Durchdringungsgrad sich inzwischen gleichrangig positionieren können.

Psychiatrische Tagesklinik Ostholstein

Rettiner Weg 30
23730 Neustadt in Holstein
Tel. 04561 1011
Fax 04561 9484
info@tagesklinik-ostholstein.de
<http://www.tagesklinik-ostholstein.de>