

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V
für das Berichtsjahr 2006

Psychiatrische Tagesklinik Friedrichshafen

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ
auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 02.10.2007 um 08:53 Uhr erstellt.

DKTIG: <http://www.dktig.de>

ProMaTo: <http://www.netfutura.de>

Inhaltsverzeichnis

	Einleitung
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-12	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses
B-[1]	Tagesklinik
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	Hauptdiagnosen nach ICD
B-[1].7	Prozeduren nach OPS
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	Apparative Ausstattung
B-[1].12	Personelle Ausstattung
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 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 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V
- C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)
- D-1 Qualitätspolitik
- D-2 Qualitätsziele
- D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements
- D-5 Qualitätsmanagement-Projekte
- D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Einleitung



Abbildung: Die Tagesklinik befindet sich am nordöstlichen Ende des Stadtgebietes von Friedrichshafen, ist in einem Mischgebiet gelegen und gut an öffentliche Verkehrsmittel angebunden.

Die Psychiatrische Tagesklinik Friedrichshafen existiert seit 1995 und bietet 20 Behandlungsplätze für den Bereich Psychiatrie/Psychotherapie Erwachsene; die Tagesklinik ist Teil des Baden-Württembergischen Krankenhausplanes.

Verantwortlich:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Dr. Matthias Krüger	Ltd. Dipl.-Psychologe	07541/6001-0	07541/6001-49	info@tagesklinik-fn.de

Ansprechpartner:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Dr. Matthias Krüger	Ltd. Psychologe	07541/6001-0	07541/6001-49	info@tagesklinik-fn.de

Links:

www.tagesklinik-fn.de

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Dr. Matthias Krüger, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Teil A - Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hausanschrift:

Psychiatrische Tagesklinik

Merkurstraße 3

88046 Friedrichshafen

Telefon:

07541 / 60010

Fax:

07541 / 600149

E-Mail:

info@tagesklinik-fn.de

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

510841096

A-3 Standort(nummer)

00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name:

Arkade-Pauline 13 gGmbH

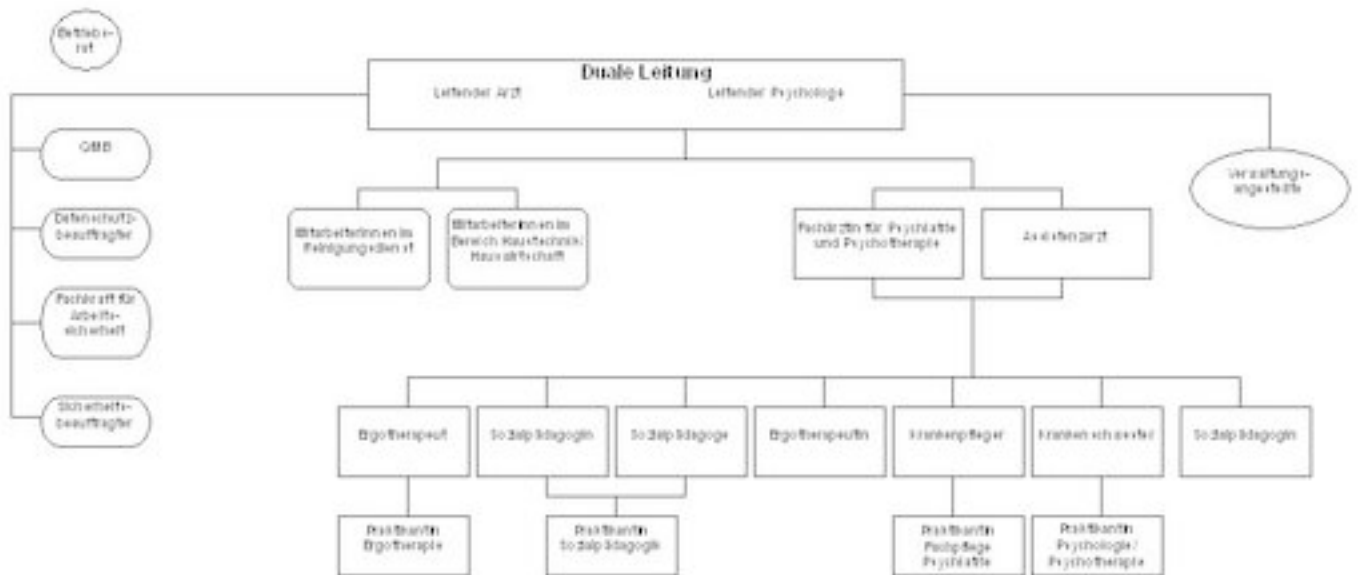
Art:

freigemeinnützig

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Nein

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



Organigramm: Team-Organisation

Das therapeutische Team organisiert sich nach einem "Bezugstherapeutensystem": Jedem Patienten ist ein fallverantwortlicher approbierter Therapeut (Arzt oder Psychologe) sowie ein klinisch tätiger Mitarbeiter aus dem Bereich Krankenpfleger, Sozialpädagogik oder Ergotherapie.

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung ?

Ja

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V

20 Betten

A-13 Fallzahlen des Krankenhaus:

Vollstationäre Fallzahl:

0

Teilstationäre Fallzahl:

174

Ambulante Fallzahlen

Fallzählweise:

0

Quartalszählweise:

0

Patientenzählweise:

0

Sonstige Zählweise:

0

Teil B - Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-[1] Fachabteilung Tagesklinik

B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Tagesklinik

Art der Abteilung:

bettenführende Hauptabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

2960

B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Vollstationäre Fallzahl:

0

Teilstationäre Fallzahl:

174

*Eventuelle Unterschiede zwischen Gesamtfallzahl des Krankenhauses und der Summe der Fallzahlen der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen können im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung auf internen Verlegungen innerhalb der Psychiatrie/ Psychosomatik beruhen.

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].7 Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].11 Apparative Ausstattung

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].12 Personelle Ausstattung

B-12.1 Ärzte:

Ärzte insgesamt (außer Belegärzte):

3

Davon Fachärzte:

2

Belegärzte (nach § 121 SGB V):

0

B-12.2 Pflegepersonal:

Pflegekräfte insgesamt:

2

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung):

2

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung):

0

B-12.3 Spezielles therapeutisches Personal:

Teil C - Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

Das Krankenhaus erbringt keine Leistungen, die eine Teilnahme an den Maßnahmen der verpflichtenden externen Qualitätssicherung (BQS-Verfahren) ermöglichen.

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 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)

trifft nicht zu / entfällt

Teil D - Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

1. Allgemeines

Wie müsste eine Psychiatrische Tagesklinik gestaltet sein, damit wir sie selbst in Zeiten psychischer Erkrankung und Krise aufsuchen oder sie einem uns nahestehenden Menschen empfehlen würden?

An dieser Leitfrage orientiert, möchten wir uns als Team an das Ideal einer wirkungsvoll arbeitenden Tagesklinik annähern, die dem einzelnen Patienten als Individuum gerecht wird.

2. Strategische Ziele

2.1 *Patientenzufriedenheit und Behandlungseffektivität*

Als therapeutisches Ziel und gleichzeitig Grundhaltung streben wir an, **den Patienten zu helfen, sich selbst zu helfen** und ihn solange es nötig und hilfreich ist, auf seinem Weg zu einem **gelingenderen Selbstmanagement**, einer **besseren Krankheitsbewältigung** und damit wieder zu mehr Lebensqualität zu begleiten. Wir achten auf seine **Ressourcen und Kompetenzen** und spiegeln ihm seine emotionalen, kognitiven und interaktionellen Muster wieder, mit denen er aus unserer Sicht diese Kompetenzen blockiert bzw. nicht zur Entfaltung bringt.

2.2 *Mitarbeiterzufriedenheit und Sichern einer hohen professionellen Qualität*

Die **Vielfältigkeit** der Kanäle, auf denen ein Mensch ansprechbar und empfänglich ist, soll sich in unserer Palette **therapeutischer Angebote** widerspiegeln.

Ebenso möchten wir **unsere Mitarbeiter dazu ermuntern, auf ihre Ressourcen und Kompetenzen zu achten**, damit sie in eine kraftvolle, dem Patienten dienliche therapeutische Haltung kommen. Der **offene, teaminterne inter- und supervisorische Diskurs**, ebenso wie die **kontinuierliche Förderung von Fort- und Weiterbildung** soll dabei auf blinde Flecken und „verrannte“ therapeutische Sackgassen aufmerksam machen, um wieder Schritte aus diesen heraus tun zu können.

Als **Team** achten wir auf einen offenen, respektvollen und fairen Umgang miteinander: Wir möchten - auch gegenüber unseren Patienten - möglichst gute **Modelle für das konstruktive Umgehen mit Unterschieden und Konflikten** abgeben.

Als **Leitung** möchten wir den Mitarbeitern **Sicherheit und Orientierung** vermitteln, mit ihnen partnerschaftlich kooperieren und **jeden Einzelnen** in seinen Interessen und Neigungen so **fördern**, dass er aus seiner Tätigkeit Erfüllung schöpfen und sich konstruktiv in die gemeinsame Arbeit einbringen kann.

2.3 Sichern der institutionellen Stellung der Klinik

Als **Klinik** möchten wir uns zum einen **für alle psychiatrischen Erkrankungen** zuständig fühlen und uns bezüglich der Frage der **Indikation** für einen Aufenthalt bei uns von der Frage leiten lassen, wie nützlich ein Aufenthalt für den Patienten bei uns ist und welchen **Wirkungsgrad** wir als therapeutisches Angebot bei ihm erreichen können; zum anderen möchten wir - in Absprache mit anderen psychiatrischen und psychotherapeutischen Institutionen in der Region - bei den Störungsbildern **spezialisierte therapeutische Kompetenzen** erwerben und anwenden, bei denen eine allgemein ausgerichtete psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung nur wenig befriedigende Erfolge bringt. So verstehen wir unser Behandlungsprogramm bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, das sich an der Dialektisch-Behavioralen Therapie orientiert.

Wir möchten uns **als Teil eines regional vernetzten Behandlungs- und Rehabilitations-angebotes** begreifen und die

Kommunikation zu Vor- und Nachbehandlern sowie zu den Angehörigen zum Wohle der Patienten nutzen.

Alle Mitarbeiter der Klinik pflegen einen **verantwortungsbewussten Umgang mit Ressourcen** und sorgen damit für einen wirtschaftlichen Betriebsablauf. Unsere ökonomische Solidität ist die Grundlage dafür, „dass es uns gibt“ und wir unsere Rolle in der Gesellschaft verantwortungsvoll einnehmen können.

3. Operative bereichsübergreifende Zielsetzungen der Klinik

3.1 Wir möchten **zufriedenere Kunden**:

Kunden sind in erster Linie die von uns betreuten Patienten aber auch deren Angehörige sowie Vor- und Nachbehandler. „Kunde“ im weiteren Sinne ist die Gesellschaft und die Versicherungsgemeinschaft (vertreten durch die Kassen), für die wir uns bemühen möchten, mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln die bestmögliche Dienstleistung zu erbringen.

3.2 Wir möchten **zufriedenere Mitarbeiter**:

Jeder/jede soll Klarheit über seinen und ihren Arbeitsauftrag haben, seinen Kompetenzen und Neigungen entsprechend eingesetzt werden, Möglichkeiten zur Weiterqualifizierung und Entfaltung bekommen und von einem offenen und solidarischen Miteinander unter den Kollegen profitieren.

3.3 Wir möchten **weniger Fehler** machen:

Wir möchten unsere Arbeitsabläufe und kommunikativen Prozesse kontinuierlich auf den Prüfstand stellen und optimieren, um zum Wohle aller Beteiligten effizienter, fehler- und risikoärmer zu arbeiten.

Unser Leitbild

Als Therapeuten ...

- bemühen wir uns, dem Patienten dabei zu helfen, sein Leiden zu überwinden und mehr Autonomie zu gewinnen und seinen durch psychische Krankheit eingeengten Möglichkeitshorizont wieder zu erweitern.
- bemühen wir uns um eine von Respekt geprägte Haltung gegenüber unseren Patienten. Dazu gehört, dass wir unser therapeutisches Handeln dem Patienten gegenüber plausibel und transparent darstellen und ihn diesbezüglich als gleichwertigen Partner ernstnehmen.
- bedienen wir uns auf der Basis allgemeiner therapeutischer Wirkungsprinzipien - je nach Person und Krankheitsbild des Patienten - spezifischer Interventionsmethoden und Vorgehensweisen.
- möchten wir den Patienten dazu ermuntern, für sich Verantwortung zu übernehmen und seine Ressourcen zu nutzen. Wir möchten ihm dabei helfen, sich wieder mehr als Gestalter und weniger als Opfer seiner Lebensumstände zu erleben.
- stehen wir zu unseren Grenzen und anerkennen - wenn das gemäß erscheint - unsere Hilflosigkeit.
- möchten wir den Patienten Zuversicht vermitteln und Mut zu Neuem machen - in dem Wissen, dass dazu „sicherer Boden unter den Füßen" gespürt werden muss.

Als Team ...

- bemühen wir uns um ein kontinuierliches, selbstreflexives „Dazulernen“: Zum einen möchten wir die jeweils gemachten Erfahrungen konstruktiv auswerten, zum anderen unseren Wissens- und Erfahrungshorizont durch Fort- und Weiterbildung ausbauen.
- arbeiten wir auf einer gemeinsamen Basis, sind uns aber auch unserer Unterschiede in der therapeutischen Orientierung und in der Favorisierung bestimmter Methoden bewusst. Als Kollegen möchten wir dieses jeweils „Andere“ achten; als Therapeuten möchten wir die Unterschiedlichkeiten so koordinieren, dass sie für den Patienten bereichernd und nicht verwirrend wirken. Unterschiedliche Perspektiven sollen sich ergänzen und gegenseitig Kraft geben, statt sich zu schwächen und gegenseitig zu entwerten. Über entsprechend anerkannte Ausbildungen einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind folgende therapeutische Ansätze im Team repräsentiert: Verhaltenstherapie, Integrative Bewegungstherapie, Tiefenpsychologisch orientierte Therapie, Systemisch-konstruktivistische Familientherapie, Systemisch-phänomeno-logische Familientherapie, Hypnotherapie, Dialektisch-Behaviorale Therapie, Ergo-, Kunst- und Musiktherapie.
- nutzen wir uns gegenseitig als Inter- und Supervisoren.
- nutzen wir externe Supervision, um mögliche „blinde Flecken“ aufzuspüren und um eine Distanz zu uns selbst herzustellen, die ein „Sich-Verrennen“ weniger und günstige Veränderungsprozesse eher wahrscheinlich werden lässt.
- bemühen wir uns, die Dinge nicht zu kurz kommen zu lassen, die uns für unsere Arbeit Kraft geben und aus denen wir Freude schöpfen: Humor, Selbstironie und den Blick für das Leichte.

Als Teil des Gemeindepsychiatrischen Verbundes ...

- bemühen wir uns um vernetztes Arbeiten im Austausch mit den jeweiligen Vor- und Nachbehandlern.
- halten wir über entsprechende Gremien Kontakt mit allen relevant am Therapie- und Rehabilitationsgeschehen Beteiligten.
- möchten wir ständig überprüfen, ob unser „Angebot“ zur „Nachfrage“ passt oder ob entsprechende Anpassungen erforderlich sind.

D-2 Qualitätsziele

Auf die Klinik bezogene Ziele

Ziele:

- I Ökonomische Solidität (1, 2, 6, 7, 9)
- II Hohes Ansehen in der Fach- und der allgemeinen Öffentlichkeit (3, 4, 5, 8, 9)
- III Auf der Höhe des fachlichen und psychiatriepolitischen Diskurses sein (3, 4, 7)

Umsetzung/Maßnahmen:

- 1 Monatliches Kontrollieren, ob die zur Erlangung des jährlichen Budgets geforderten Kenngrößen (Belegungszahl, Verweildauer) erfüllt werden
- 2 Monatliches Kontrollieren, ob die einzelnen Unterbudgets des Haushaltsplanes im veranschlagten Bereich liegen
- 3 Kontaktpflege zu den Einweisern
- 4 Veranstalten von Vorträgen und Workshops für ein Fachpublikum

- 5 Attraktive Gestaltung von Neujahrsgrußkarten
- 6 Effizientes Führen der Pflegesatzverhandlungen
- 7 Mitarbeit in Gremien und Arbeitskreisen, die die Veränderung der psychiatriepolitischen Rahmenbedingungen früh erkennen lässt
- 8 Veranstaltung von Besuchertagen und Festen für die Öffentlichkeit
- 9 Aquirierung von Drittmitteln

Kenngößen:

Erzielen einer ausgeglichenen Bilanz (I)

Die Tagesklinik führt jährlich mindestens eine Veranstaltung für Fachpublikum durch (II)

Die Tagesklinik führt jährlich mindestens eine Veranstaltung für die interessierte Öffentlichkeit durch (Tag der Offenen Tür, auch im Rahmen des Sommerfestes) (II)

Die Tagesklinik ist mindestens einmal im Jahr in den Medien über ein attraktives Projekt vertreten (II)

Die Tagesklinik verschickt zum Jahreswechsel attraktive Karten an die Kooperationspartner sowie an für sie relevante Personen und Institutionen (II)

Die Tagesklinik führt im zweijährigen Turnus eine Befragung der einweisenden Ärzte bezüglich deren Zufriedenheit mit der Kooperation/Arbeit der Tagesklinik durch. Dazu wird der erarbeitete Fragebogen verwendet. Bei der fünfstufigen Zufriedenheitsskala möchten wir einen Durchschnittswert von über 4 erreichen (II)

Der Tagesklinik gelingt es, für kreative Projekte, die im Kontext des Tagesklinikauftrags liegen aber nicht regelfinanziert sind, pro Jahr 3000 € Stiftungsgelder zu aquirieren (I, II)

Die Tagesklinik bleibt über einen leitenden Mitarbeiter im Arbeitskreis Württembergischer Tageskliniken und in der DATPPP vertreten (III)

Die Tagesklinik nimmt mit mindestens einer MitarbeiterIn an mindestens zwei der folgenden bundesweiten Treffen teil: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN), Arbeitskreis Württembergische Tageskliniken, DATPPP, Dachverband DBT (Dialektisch Behaviorale Therapie) (III)

Auf die Mitarbeiter bezogene Ziele

Ziele:

- I Arbeitsplatzzufriedenheit (1, 2, 3, 3a, 3b, 4, 5, 6, 7)
- II Identifikation mit der Klinik und der gGmbH (1, 2, 3a, 3b, 4, 5, 7)
- III Hohe professionelle Qualität (3, 3a, 3b, 6)

Umsetzung/Maßnahmen:

- 1 Rahmengesteuerter Führungsstil

- 2 Schaffen von formellen (Teambesprechungen, Supervisionen) und informellen Kommunikationsoptionen für die Mitarbeiter zur gegenseitigen Intervention und Unterstützung
- 3 Förderung von Fort- und Weiterbildungen
 - a) Veranstalten von mindestens zwei Fortbildungsveranstaltungen, die die therapeutische Grundhaltung der Klinik (Publikation Krüger/Schmidt-Michel 1997) zum einen nach außen repräsentieren, zum anderen nach innen - teamdynamisch - die gemeinsame therapeutische Plattform konsolidieren
 - b) Den einzelnen Mitarbeiter dazu anregen, den "therapeutischen Stil" zu finden, mit dem er sich am ehesten identifiziert, um diesen in die therapeutische Arbeit der Klinik einzubringen
- 4 Unterstützung von Gremienarbeit einzelner Mitarbeiter, in der diese die Tagesklinik vertreten
- 5 Ermöglichen von nicht-arbeitsbezogenen Teamaktivitäten (Betriebsausflüge, Weihnachtsessen, Teilnahme an Sportveranstaltungen)
- 6 Supervision
- 7 Turnusmäßige Mitarbeitergespräche

Kenngößen:

Es wird eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Im normierten BIMO streben wir an, in keinem Beurteilungsbereich unter den Wert von 5 zu kommen. BIMO = Bochumer Inventar zu Mitarbeiterzufriedenheit und Organisationsklima (I, II)

Es wird ein jährlicher Weiterbildungsplan erstellt. Es wird angestrebt, dass mindestens 80 % des therapeutischen Teams an mindestens einer der beiden von der Tagesklinik veranstalteten Fortbildungen beteiligt waren (II, III)

Jeder Mitarbeiter des therapeutischen Teams besucht mindestens einmal jährlich eine externe Fortbildung mit Seminar/Workshopcharakter (III)

Auf den Patienten bezogene Ziele

Ziele:

- I Patientenzufriedenheit (1, 2, 3, 4)
- II Behandlungseffektivität (1, 2, 3, 4)

Umsetzung/Maßnahmen:

- 1 Erhaltung der Methodenpluralität auf der Basis der lösungs- und ressourcenorientierten Grundhaltung der Klinik
- 2 Sorgfältige Indikationsstellung und Auftragsklärung über eine profunde vorstationäre Untersuchung
- 3 Erhaltung eines hohen Qualifizierungsstandes der Mitarbeiter über Förderung von internen und externen Fort- und Weiterbildungen
- 4 Qualitativ und quantitativ anspruchsvoller Wochenplan der therapeutischen Gruppenangebote

5 Einrichten eines Beschwerde-Management-Systems

Kenngößen:

Bei der routinemäßigen Erhebung der Patientenzufriedenheit über den standardisierten Fragebogen ZUF8 liegen die Werte mindestens auf dem Niveau der ersten Messung im Jahr 2003 (I)

Bei der routinemäßigen Prä-/Post-Erhebung der psychopathologischen Symptome liegen die Werte zum Entlasszeitpunkt signifikant niedriger als zum Aufnahmezeitpunkt (II)

D-3 Aufbau des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements

QM-Strukturen:

Wir entschieden uns für die Zertifizierung nach ISO 9001; eine Mitarbeiterin fungiert mit einem entsprechenden Deputatsanteil als QM-Beauftragte.

Einbindung in die Krankenhausleitung:

Es finden regelmäßige Besprechungen zwischen der QM-Beauftragten und dem Psychologischen Leiter der Klinik statt; halbjährlich findet ein Treffen unter Einbeziehung des Geschäftsführers der GmbH statt.

QM-Aufgaben:

Begleiten und Sichern des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses bezogen auf die Klinikziele.

Vorhandene Ressourcen:

Eine Mitarbeiterin ist mit einem entsprechenden Stellendeputat mit der Aufgabe der Qualitätsbeauftragten betraut; entsprechende Fort- und Weiterbildungsmittel werden zur Verfügung gestellt.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Interne Auditinstrumente zur Überprüfung der Umsetzungsqualität nationaler Expertenstandards (z. B. Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement,

Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz):

Orientierung an den Richtlinien der entsprechenden Fachgesellschaften.

Beschwerdemanagement:

Ein entsprechendes Beschwerdemanagement existiert; eine Verfahrensanweisung regelt, wie mit den Beschwerden umzugehen ist.

Fehler- und Risikomanagement:

Die regelmäßigen Teambesprechungen werden dazu genutzt, um Abweichungen von den vorgesehenen Prozessen rückzumelden und die Prozesse entsprechend zu optimieren.

Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen:

Entfällt

Patienten-Befragungen:

Erfolgen regelmäßig und systematisch; die Ergebnisse werden im Team rückgemeldet und dort weiterverarbeitet.

Mitarbeiter-Befragungen:

Es werden turnusmäßige Mitarbeiterbefragungen, sowohl in Form von Gesprächen, als auch in Form von anonymisiert gehaltenen Rückmeldungen zur Arbeitsplatzzufriedenheit durchgeführt.

Einweiser-Befragungen:

Werden turnusmäßig durchgeführt.

Maßnahmen zur Patienten-Information und -Aufklärung:

Erfolgen routinemäßig bei Aufnahme.

Wartezeitenmanagement:

Es wird eine Warteliste nachvollziehbar und transparent geführt; kommt es zwischen vorstationärer Untersuchung und Aufnahme zu längeren Wartezeiten, erfolgen Bemühungen, diese - je nach Indikation und Notwendigkeit - mit angemessenen Maßnahmen (ambulant, vollstationär) zu überbrücken.

Hygienemanagement:

Die entsprechenden Gesetze werden umgesetzt.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

trifft nicht zu / entfällt

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Allgemeine Zertifizierungsverfahren:

Die Zertifizierung erfolgt nach ISO 9001 über eine Auditierung seitens eines dafür anerkannten Unternehmens.

KH-spezifische Zertifizierungsverfahren:

entfällt

Excellence-Modelle:

Entfällt

Peer Reviews:

Entfällt

Sonstige interne Selbstbewertungen:

Entfällt

