

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

DRK-Tagesklinik

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ  
auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 24.10.2007 um 15:53 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]    | DRK-Tagesklinik für Psychiatrie  |
| 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

**Sehr geehrte Leserin,**

**sehr geehrter Leser,**

die DRK-Tagesklinik in Trägerschaft der DRK-Fachklinik Hahnknüll gGmbH, einer Einrichtung des Deutschen Roten Kreuzes Kreisverband Neumünster e.V. ist Teil eines psychiatrischen Zentrums zur Behandlung, Rehabilitation und Pflege von psychisch kranken Menschen.

Zum Behandlungszentrum gehören:

- die Fachklinik für Psychiatrie,
- die Tagesklinik,
- der Wohnbereich für psychisch Kranke/Eingliederung
- der Gerontopsychiatrische Wohnbereich,
- der Wohnbereich für Schwerst- u. Mehrfachbehinderte.

In der DRK-Tagesklinik werden psychiatrisch erkrankte Patientinnen und Patienten behandelt, für die ambulante Therapieangebote (niedergelassener Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapeut, Hausarzt etc.) nicht mehr oder noch nicht ausreichen, eine vollstationäre Aufnahme aber nicht notwendig oder möglich ist. Für zuvor in vollstationärer Behandlung stabilisierte Patienten kann der Zwischenschritt eines Tagesklinikaufenthaltes den Übergang zurück in den Alltag außerhalb der Klinik vorbereiten.

Die Erkrankten können und sollen so die Beziehung zu ihren Angehörigen und ihrem sonstigen Umfeld beibehalten oder wieder ausbauen, unterstützt durch intensive therapeutische Betreuung auf Klinikniveau. Das fördert den Genesungsprozess und beugt Rückfällen vor.

Die DRK-Tagesklinik ist integriert in den gemeindepsychiatrischen Verbund der Stadt Neumünster. Die Mitarbeiter der Tagesklinik arbeiten eng mit Einrichtungen komplementärer vor- und nachgeordneter Angebote in Neumünster und Umgebung zusammen.

## **Ziele des Qualitätsberichtes**

Die Ziele des Qualitätsberichtes umfassen:

Information und Entscheidungshilfe für Versicherte und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung,

- Orientierungs- und Entscheidungshilfe für Patienten und deren Angehörige,

- Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten insbesondere für Vertragsärzte und Krankenkassen,
- Möglichkeit für die Krankenhäuser, ihre Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen.

Unser Anliegen ist es, mit diesem Qualitätsbericht, einen Überblick über konkrete Maßnahmen zu geben, welche wir im Sinne unserer Patienten durchführen und weiterentwickeln.

Umgesetzt in der Praxis heißt das,

- auftretende Fehler werden benannt, analysiert, die Schäden begrenzt und Wiederholungen vermieden,
- die Transparenz der Arbeitsprozesse soll weiterentwickelt werden,
- es werden Organisationsstrukturen, Arbeitsabläufe und Dienstleistungen geregelt, optimiert, geprüft und ständig verbessert.

### Struktur des Qualitätsberichtes

Während sich der erste Teil des Qualitätsberichtes eher mit messbaren Leistungen befasst, soll der zweite Teil des Berichtes unter anderem darstellen, wie und mit welchen Mitteln diese Leistungen erbracht werden und wie die Qualität sichergestellt wird.

### Verantwortlich:

| Name                        | Abteilung           | Tel. Nr.    | Fax Nr.       | Email                                   |
|-----------------------------|---------------------|-------------|---------------|---|
| Gerhard Wachsmuth           | Geschäftsführer     | 04321/905-0 | 04321/905-109 | drk-hahnknuell@foni.net                 |
| Prof. Dr. med. H. C. Hansen | Ärztlicher Direktor | 04321/905-0 | 04321/905-109 | drk-hahnknuell@foni.net                 |
| Dr. Marita Manheim          | Ärztliche Leitung   | 04321/14330 | 04321/16893   | drk-tagesklinik.neumuenster@t-online.de |

### Ansprechpartner:

| Name           | Abteilung                                 | Tel. Nr.      | Fax Nr.       | Email                   |
|----------------|---|---------------|---------------|-------------------------|
| Anja Lembrecht | Leiterin Koordination Qualitätsmanagement | 04321/905-106 | 04321/905-109 | drk-hahnknuell@foni.net |

**Links:**

[www.drk-hahnknuell.de](http://www.drk-hahnknuell.de)

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herr Gerhard Wachsmuth, 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:**

DRK-Tagesklinik  
Moltkestr. 8  
24534 Neumünster

### **Postanschrift:**

Postfach 2303  
24513 Neumünster

### **Telefon:**

04321 / 14330

### **Fax:**

04321 / 16893

### **E-Mail:**

drk-tagesklinik.neumuenster@t-online.de

### **Internet:**

www.drk-hahnknuell.de

## **A-2** Institutionskennzeichen des Krankenhauses

510100693

## **A-3** Standort(nummer)

00

## **A-4** Name und Art des Krankenhausträgers

### **Name:**

DRK-Fachklinik Hahnknüll gGmbH

### **Art:**

freigemeinnützig

## **A-5** Akademisches Lehrkrankenhaus

Nein

## A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Psychiatrie

## 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

| Nr.  | Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses:   | Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt teilnehmen:                                 | Kommentar / Erläuterung:   |
|------|--|--|--|
| VS00 | DRK-Tagesklinik ist Bestandteil des psychiatrischen Behandlungszentrum zur Behandlung, Rehabilitation und Pflege von psychisch kranken Menschen der DRK-Fachklinik Hahnknüll gGmbH | Kooperation mit Klinik Neurologie und Psychiatrie des Friedrich-Ebert-Krankenhauses Neumünster | Die Tagesklinik ist für Patienten, welche eine Behandlung über den Rahmen ambulanter Therapieangebote hinaus benötigen, aber keine vollstationäre Aufnahme. Die Tagesklinik ermöglicht diese Erkrankung behandeln zu lassen. |

## A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr.  | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:       | Kommentar / Erläuterung: |
|------|---|--------------------------|
| MP00 | Präventive Leistungsangebote/Präventionkurse      |                          |
| MP00 | Ergotherapie                                      |                          |
| MP00 | Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen |                          |
| MP00 | Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare        |                          |
| MP00 | Atemgymnastik                                     | Entspannungsgymnastik    |

| Nr.  | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:                                  | Kommentar / Erläuterung:  |
|------|--|---|
| MP00 | Außenaktivitäten   | zur Unterstützung der Verhaltenstherapie bei Angst-/Panik- und Zwangsstörungen und zur Unterstützung der Selbstsicherheit |
| MP00 | Diät- und Energieberatung  |   |
| MP00 | Kunsttherapie  |   |
| MP00 | Psychologisches / psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst |   |
| MP00 | Bewegungstherapie  |   |

## **A-10** Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

| Nr.  | Serviceangebot:  | Kommentar / Erläuterung: |
|------|--|--------------------------|
| SA00 | Einkaufsmöglichkeiten                                  | citynahe Lage            |
| SA00 | Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)      |                          |
| SA00 | Teeküche für Patienten                                 |                          |
| SA00 | klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten     |                          |
| SA00 | frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl) |                          |
| SA00 | Aufenthaltsräume                                       |                          |

## **A-11** Forschung und Lehre des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

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

17 Betten

## **A-13** Fallzahlen des Krankenhaus:

### **Vollstationäre Fallzahl:**

0

### **Teilstationäre Fallzahl:**

155

### **Ambulante Fallzahlen**

#### **Fallzählweise:**

155

# Teil B - Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

## B-[1] Fachabteilung DRK-Tagesklinik für Psychiatrie

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

DRK-Tagesklinik für Psychiatrie

#### **Art der Abteilung:**

bettenführende Hauptabteilung

#### **Fachabteilungsschlüssel:**

2960

#### **Hausanschrift:**

Moltkestr. 8

24534 Neumünster

#### **Postanschrift:**

Postfach 2303

24513 Neumünster

#### **Telefon:**

04321 / 14330

#### **Fax:**

04321 / 16893

#### **E-Mail:**

drk-tagesklinik.neumuenster@t-online.de

#### **Internet:**

www.drk-hahnknuell.de

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

| Nr.  | Versorgungsschwerpunkte im Bereich DRK-Tagesklinik für Psychiatrie:             | Kommentar / Erläuterung: |
|------|---|--------------------------|
| VP02 | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen |                          |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen                                |                          |

| Nr.  | Versorgungsschwerpunkte im Bereich DRK-Tagesklinik für Psychiatrie:              | Kommentar / Erläuterung: |
|------|--|--------------------------|
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen |                          |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen             |                          |

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

| Nr.  | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:                                    | Kommentar / Erläuterung:   |
|------|--|--|
| MP03 | Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare                                     |  |
| MP04 | Atemgymnastik  | Entspannungstherapie   |
| MP11 | Bewegungstherapie  |  |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung   |  |
| MP16 | Ergotherapie   |  |
| MP23 | Kunsttherapie  |  |
| MP33 | Präventive Leistungsangebote/<br>Präventionskurse                              |  |
| MP34 | Psychologisches/ psychotherapeutisches<br>Leistungsangebot/ Psychosozialdienst |  |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu<br>Selbsthilfegruppen                           |  |
| MP00 | Außenaktivitäten   | zur Unterstützung der Verhaltenstherapie bei Angst-/ Panik- und Zwangsstörungen und zur Unterstützung der Selbstsicherheit |

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

| Nr.  | Serviceangebot:   | Kommentar / Erläuterung: |
|------|---|--------------------------|
| SA01 | Aufenthaltsräume  |                          |
| SA08 | Teeküche für Patienten                                    |                          |
| SA20 | Frei wählbare Essenszusammenstellung<br>(Komponentenwahl) |                          |

| Nr.  | Serviceangebot:                                       | Kommentar / Erläuterung: |
|------|---|--------------------------|
| SA21 | Kostenlose Getränkebereitstellung<br>(Mineralwasser)  |                          |
| SA28 | Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten                          |                          |
| SA30 | Klinikeigene Parkplätze für Besucher und<br>Patienten |                          |

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

### Vollstationäre Fallzahl:

0

### Teilstationäre Fallzahl:

155

\*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

### Top 10 Diagnosen

| Rang | ICD-10 Ziffer: | Absolute Fallzahl: | Umgangssprachliche Bezeichnung:  |
|------|----------------|--------------------|--|
| 1    | F32            | 38                 | Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode  |
| 2    | F33            | 29                 | Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit   |
| 3    | F43            | 21                 | Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben   |
| 4    | F20            | 17                 | Schizophrenie  |
| 5    | F40            | 12                 | Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen   |
| 6    | F31            | 10                 | Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger<br>Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit                |
| 7    | F60            | 7                  | Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens   |
| 8    | F25            | 6                  | Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter<br>Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung |
| 9    | F34            | <= 5               | Anhaltende Stimmungs- und Gefühlstörung  |
| 9    | F41            | <= 5               | Sonstige Angststörung  |

### **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

| Nr.  | Vorhandene Geräte:  | Kommentar / Erläuterung: |
|------|---|--------------------------|
| AA00 | Notarztkoffer   |                          |
| AA00 | Kooperation mit Friedrich-Ebert-Krankenhaus<br>Neumünster |                          |

### **B-[1].12** Personelle Ausstattung

#### **B-12.1** Ärzte:

#### **Ärzte insgesamt (außer Belegärzte):**

1,6

#### **Kommentar / Ergänzung:**

die Angabe erfolgt in Vollkräftestellen

#### **Davon Fachärzte:**

1

#### **Belegärzte (nach § 121 SGB V):**

0

#### **B-12.2** Pflegepersonal:

**Pflegekräfte insgesamt:**

1,2

**Kommentar / Erläuterung:**

die Angabe erfolgt in Vollkräftestellen

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

1,0

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

1,0

**B-12.3 Spezielles therapeutisches Personal:**

| Nr.  | Spezielles therapeutisches Personal: | Kommentar: |
|------|--------------------------------------|------------|
| SP04 | Diätassistenten                      |            |
| SP05 | Ergotherapeuten                      |            |
| SP13 | Kunsttherapeuten                     |            |
| SP26 | Sozialpädagogen                      |            |

## 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

Unser Konzept und Leistungen der DRK-Fachklinik Hahnknüll bauen auf 30 Jahren Erfahrung und basieren auf Überzeugungen und Handlungsprinzipien, die sich durch Mitmenschlichkeit und Ganzheitlichkeit auszeichnen. Als Einrichtung des Deutschen Roten Kreuzes sind unsere Grundsätze Menschlichkeit, Unparteilichkeit, Neutralität, Unabhängigkeit, Freiwilligkeit, Einheit und Universalität das Leitbild für ein Miteinander von Patient/innen, Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen. Das Leitbild dient als Grundlage und Orientierung bei der Planung, Durchführung und Überprüfung unserer Aufgabe in Behandlung, Betreuung, Pflege und weiteren Dienstleistungen am Menschen.

- **Menschlichkeit:** Im Mittelpunkt unseres Wirkens steht ganzheitlich der hilfebedürftige Mensch mit dem Ziel, dessen Leid zu lindern und dessen Persönlichkeit zu respektieren.
- **Unparteilichkeit:** Unsere Hilfe wird entsprechend der Not des Betroffenen und der Dringlichkeit der Situation, unabhängig von Nationalität, Religion, Geschlecht, sozialer Stellung und politischer Überzeugung vorbehaltlos gegeben.
- **Neutralität:** In unserer Verantwortung gegenüber Hilfebedürftigen enthalten wir uns politischer und religiöser Aktivitäten, lehnen Rassismus ab und treten für die Grundsätze der Menschlichkeit ein.
- **Unabhängigkeit:** In gesellschaftliche und gesundheitspolitische Strukturen eingebunden, bewahren wir demokratische Prinzipien sowohl gegenüber Hilfebedürftigen als auch gegenüber Kollegen.
- **Freiwilligkeit:** In unserer Arbeit fühlen wir uns den hilfebedürftigen Menschen gegenüber ohne persönliches Gewinnstreben verpflichtet.
- **Einheit:** Wir behandeln, betreuen und pflegen nach einem ganzheitlichen Therapiekonzept und berücksichtigen dabei die Persönlichkeit und Individualität des Hilfebedürftigen.
- **Universalität:** Kooperation und Koordination sind Grundlagen unseres Handelns, um ein universelles Hilfeangebot für die Betroffenen zu gewährleisten.

Die Orientierung für alle im Rahmen des Qualitätsmanagements zu definierenden Ziele ist das Leitbild der DRK-Fachklinik Hahnknüll. Die Realisierung der festgelegten Ziele und Politik bezüglich Dienstleistungsqualität sowie die Lenkung und Sicherung der entsprechenden Prozesse sind Aufgaben des Qualitätsmanagements. Durch die Einführung und Umsetzung eines Qualitätssicherungssystems für die DRK-Fachklinik Hahnknüll erhält die Organisations- und Arbeitsablaufstruktur eine verbindliche Regelung, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten können klar zugeordnet werden. Die Transparenz der Struktur und Festsetzung von Selbstkontrollen der Leistungen durch die Mitarbeitenden sichert reibungslose Abläufe. Eventuelle Korrekturmaßnahmen, auch während des Prozesses des Erbringens der Dienstleistung, ermöglichen, dass eine gleichbleibende Qualität der angebotenen und erbrachten Leistung gewährleistet wird. Durch die Installierung des

Qualitätsmanagementsystems soll die weitestgehende Zufriedenheit und zielgerichtete Behandlung, Betreuung, Pflege, Rehabilitation und Eingliederung, Unterbringung und Versorgung der jeweiligen Patienten und weiteren Kunden unseres Dienstleistungsangebotes sowie auch die Motivation und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter gesteigert werden. Die effektive Kooperation in Form von Vernetzung mit anderen Institutionen sowie positive Kontakte der DRK-Fachklinik Hahnknüll gGmbH zum Gemeinwesen sind weitere Aufgaben im Rahmen der Qualitätsarbeit unseres Hauses.

Die DRK-Fachklinik Hahnknüll kooperiert eng mit der Klinik für Neurologie und Psychiatrie des Friedrich-Ebert-Krankenhauses Neumünster. Dies eröffnet auch die Möglichkeit zur Behandlung komplexer Krankheitsbilder aus dem Grenzgebiet zwischen Psychiatrie und Neurologie. Des weiteren besteht der fachliche Austausch mit den anderen Einrichtungen des gemeindepsychiatrischen Verbundes Neumünster. Derartige Kooperationen können im Krankheitsverlauf - oder auch nach abgeschlossener Behandlung- von erheblicher Bedeutung für die langfristige Stabilisierung sein. Selbstverständlich besteht auch ein enger Kontakt zu den in Neumünster und Umgebung niedergelassenen Fach- und Allgemeinärzten.

Eine weitere Möglichkeit der Behandlung bieten wir unseren Bewohnerinnen und Bewohnern in den Wohnbereichen des Behandlungszentrums durch die der Klinik zugeordneten Institutsambulanz. Voraussetzung ist eine Bewilligung der Kostenübernahme durch die zuständigen Kostenträger.

Eine fachlich und menschlich gute und wirtschaftliche Versorgung der Patienten steht immer im Vordergrund unserer Bemühungen hierzu zählt besonders der Umgang mit Fehlern. Ziel im Umgang mit Fehlern ist deren unverzügliche Beseitigung sowie die Vermeidung von deren Ursachen und Folgen und somit die Vermeidung von fehlerhaften Dienstleistungen. Voraussetzung ist die statistische Erfassung und regelmäßige Auswertung mit Hilfe des Formulars zur Meldung von Fehlern und Verbesserungsvorschlägen, das in allen Arbeitsbereichen offen ausliegt und täglich bei der zuständigen Bereichsleitung abgegeben werden kann. Erst durch Auswertung der Fehlermeldungen, die Aussagen zu Fehlerart, Auftreten sowie Verbesserungsvorschläge beinhalten, wird das Erkennen und Korrigieren von Fehlern möglich. Auch bei der Analyse von Prozessen und Arbeitsvorgaben, Qualitätsaufzeichnungen und Kundenreklamationen erfolgt eine systematische Fehleranalyse. Oberstes Ziel ist es aus gemachten Fehlern zu lernen. Daher muß die Identifikation, Dokumentation und Bewertung von Fehlern, die Benachrichtigung betroffener Stellen, die Festlegung der Verantwortung für Korrekturmaßnahmen sowie die Fehlerprävention gewährleistet sein. Ein aufgetretener Fehler soll in erster Linie als Gelegenheit zur Verbesserung und zukünftigen Sicherstellung von Qualität gesehen werden. Der Pflege einer „Kultur“ im Umgang mit Fehlern soll besondere Bedeutung geschenkt werden.

Eine Fehlermeldung oder ein Verbesserungsvorschlag könnte wie folgt aussehen:

**Name(n) / Bereich:** Max Mustermann / Tagesklinik Mitarbeiter

Datum: 01.10.2007

betrifft:       X Fehlermeldung                    Verbesserungsvorschlag

Problembeschreibung: (Wo ist was, wann, wie und wodurch passiert ? Was klappt nicht ?)

Das Türschloss der Aussentür hakt / lässt sich schwer umdrehen

Bei Problemen mit Kollegen, Vorgesetzten

Gespräch unter „vier Augen“

Weiterleitung an den Lenkungsausschuß

---

Auszufüllen von der zuständigen Stelle

Was wurde bisher unternommen ? Wer wurde bereits in Kenntnis gesetzt ? Hausmeister wurde in Kenntnis gesetzt.

Instandsetzung erfolgt am 01.10.2007

Lösungsvorschlag / Wie kann das Problem zukünftig vermieden werden ?

Formular erhalten am: 01.10.2007

---

( Unterschrift des/der Zuständigen)

## **D-2** Qualitätsziele

Die kontinuierliche Verbesserung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität durch Ausschöpfung aller zur Verfügung

stehenden personellen und wirtschaftlichen Möglichkeiten ist Ziel des Qualitätsmanagements.

Unter Ergebnisqualität ist der Zielerreichungsgrad der behandelnden, betreuerischen, pflegerischen und versorgenden Maßnahmen sowie der weiteren durch die DRK-Tagesklinik angebotenen Leistungen unter Berücksichtigung des Befindens und der Zufriedenheit der Patienten zu verstehen. Um die gewünschte Ergebnisqualität zu erreichen, wird der jeweils erreichte Zustand einem Soll-Ist-Abgleich unterzogen.

Weitere Ziele der DRK-Tagesklinik sind:

- Erweiterung der Tagesklinik
- Transparenz der Abläufe
- Förderung und Anerkennung von Anregungen und Verbesserungspotentialen
- Hohe Patientenzufriedenheit
- Wirtschaftlichkeit
- fachliche Dienstleistung
- Qualifikation der Mitarbeiter entsprechend ihrer Aufgaben

### **D-3** Aufbau des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements

Um diese Qualitätsanforderungen zu erfüllen, wurden folgende interne Gremien und Instanzen innerhalb der DRK-Tagesklinik und im Verbund mit der DRK-Fachklinik Hahnknüll geschaffen:

- Gründung eines Lenkungsausschusses,
- Einsetzung einer/s Qualitätsbeauftragten,
- Einrichtung verschiedener Qualitätszirkel,
- Erstellung eines einheitlichen Qualitätshandbuchs,
- Angebote interner Schulungsprogramme für Mitarbeiter/innen,
- Auswahl und Qualifizierung von Qualitätsbeauftragten zur Durchführung interner Audits.

## **Lenkungsausschuss**

Der Lenkungsausschuss als wesentliches Instrument des Qualitätsmanagements der DRK-Tagesklinik, setzt sich zusammen aus Führungskräften der unterschiedlichen Arbeitsbereiche und Berufsfelder. Die Gruppe erfüllt folgende Aufgaben:

- Definition und Erteilung von Arbeitsaufträgen an Projektgruppen
- Überwachung und Steuerung der Gesamtqualität
- Entscheidungen auf Basis der Ergebnisse der Arbeitsgruppen

Zur Umsetzung dieser Aufgaben finden regelmäßige Sitzungen statt. Ziel der Tätigkeit des Lenkungsausschusses ist der Aufbau und die kontinuierliche Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems in der DRK-Tagesklinik, welches mit Hilfe verschiedener Qualitätsmanagementhandbücher dokumentiert wird.

## **Einsetzung einer/s Qualitätsbeauftragten**

Die/der Qualitätsbeauftragte übt eine koordinierende, beratende und begleitende Funktion ohne Weisungsbefugnis aus und arbeitet vertrauensvoll mit allen Bereichsleitungen zusammen. Die Tätigkeit ist als Stabsstelle der Geschäftsführung unmittelbar zugeordnet.

Die wesentliche Aufgabe ist eine umfassende Sekretärsfunktion für den Lenkungsausschuss. Termine werden koordiniert, Einladungen versandt, Protokolle erstellt und die Ergebnisse der Qualitätszirkel zusammengestellt.

Darüber hinaus erfolgt eine Beratung des Lenkungsausschusses über die notwendigen systematischen Abläufe des Prozesses der Erstellung eines Handbuchs zum Qualitätsmanagement nach Maßgabe der bestehenden Normen und Gesetze.

Die/der Qualitätsbeauftragte initiiert über den Lenkungsausschuss ein alle Bereiche des Unternehmens umfassendes Qualitätsmanagement nach ökonomischen Grundsätzen.

## **Qualitätszirkel**

In Qualitätszirkeln treffen sich entweder bei Bedarf oder in regelmäßigen Abständen mit der jeweiligen Fragestellung vertraute Mitarbeiter unter Anleitung eines Moderators, um Probleme des eigenen Arbeitsbereiches zu bearbeiten. Die Beauftragung hierfür erteilt der Lenkungsausschuss. Auch ein Mitglied des Lenkungsausschusses, das für einen Bereichsqualitätszirkel zuständig ist, ist befugt, nach Rücksprache mit dem Lenkungsausschuss, dem Qualitätszirkel Aufträge erteilen. Es können aber auch selbst gewählte Probleme diskutiert, daraus folgende Lösungsbeispiele dem Lenkungsausschuss präsentiert und zur Umsetzung empfohlen werden. Dieser entscheidet über die -ggf. modifizierte- Akzeptanz bzw. begründete Ablehnung der Eingabe.

#### **D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements**

Zur Stabilisierung und Weiterentwicklung der durch die Qualitätspolitik festgelegten Grundsätze der DRK-Tagesklinik werden im Auftrag des Lenkungsausschusses in regelmäßigen Abständen interne Qualitätsprüfungen durchgeführt.

Das **Verfahrensaudit** prüft systematisch die Wirksamkeit der in der DRK-Tagesklinik getroffenen internen Vereinbarungen (Verfahrensanweisungen, Standards, Checklisten etc.) sowie die Einhaltung der festgelegten Qualitätsanforderungen in allen Arbeits- und Tätigkeitsbereichen sowie an deren Schnittstellen, um eine ständige Verbesserung der Prozessqualität zu erlangen.

Damit spielt das sogenannte Audit eine Schlüsselrolle im Informationsfluss innerhalb der DRK-Tagesklinik. Es soll Verständnisprobleme verringern und der Motivation der Mitarbeiter dienen, sich aktiv am Prozess der Qualitätssicherung zu beteiligen.

**Dienstleistungs- und Verfahrensaudits** finden über das ganze Jahr verteilt stichprobenartig in den jeweiligen Arbeitsbereichen statt. Sie sind wiederum eine wichtige Basis für die vorstehend genannten Audits.

Die **Dienstleistungsaudits** dienen der Überprüfung der Übereinstimmung erbrachter Dienstleistungen mit den vorgegebenen Qualitätsanforderungen, sie prüfen somit die Ergebnisqualität der Dienstleistung.

Im Berichtsjahr wurden folgende Dienstleistungs- und Verfahrensaudits durchgeführt:

- Brandschutz
- Hygiene
- Arbeitssicherheit
- Patientensicherheit
- Gefahrstoffverordnung
- hausinternes Notfallmanagement
- Umgang, Bereitstellung und Lagerung von Medikamenten
- Beschwerdemanagement

## **D-5 Qualitätsmanagement-Projekte**

Im Berichtszeitraum wurden verschiedene Projekte im Rahmen der Qualitätsverbesserung durchgeführt. Im Folgenden möchten wir zwei Projekte näher vorstellen.

1. Verbesserung der Mitarbeiterschulung

2. Umgang mit Medizinprodukten

### **Verbesserung und Steigerung der Mitarbeiterschulung**

Voraussetzung für eine zukunftsorientierte und professionelle Pflege auf dem allgemein anerkannten Stand medizinisch pflegerischer Erkenntnisse, sind systematische Fort- und Weiterbildungen aller Mitarbeiter in der Pflege.

Der Fortbildungsbedarf wurde nach einem festen Verfahren ermittelt. Er ist Bestandteil des Fortbildungsplans. Durch regelmäßige Fortbildungen soll eine vergleichbarer Informations- und aktueller Wissensstand unter den Mitarbeitern gewährleistet werden. Durch kontinuierliche Fortbildungen soll die Eigenverantwortung sowie die fachliche, persönliche und soziale Kompetenz der Mitarbeiter gefördert werden. Das Fortbildungsangebot soll die Ziele der Einrichtung stützen.

Im Jahr 2006 wurden folgende Fortbildungen angeboten:

- Suizidalität
- Autismus
- Fixierungen
- Kontrakturenprohylaxe
- Was ist eine Psychose?
- Thromboseprohylaxe
- Demenz
- Arzneimittellehre
- Deeskalationsstrategien in der Psychiatrie
- Brandschutz
- Medizinische Rückenschule
- Umgang mit Trauer
- Stomaversorgung
- Patientenverfügung
- Erste-Hilfe-Training
- Epilepsie
- Biografiearbeit
- Transfer und Lagerung

## **Umgang mit Medizinprodukten**

### **1. Ziel und Zweck**

Die Definition sollte so genau wie möglich sein, so daß die einzelnen Ziele im Verfahrensablauf der Anweisung zuzuordnen sind. Die Definition des Ziels ist die Grundlage für die spätere Qualitätskontrolle.

In der Verfahrensanweisung Umgang mit Medizinprodukten heißt es: Medizinprodukte dürfen nur ihrer Zweckbestimmung entsprechend nach den Vorschriften der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten, den allgemein anerkannten regeln der Technik sowie den Arbeitsschutz- und Unfallverhütungsvorschriften errichtet, betrieben oder angewendet und in Stand gehalten werden.

### **2. Geltungsbereich**

Hier wird eindeutig definiert für welche Unternehmensbereiche, Arbeits- oder Fachbereich(e), Berufsgruppe(n), etc. die Verfahrensanweisung Gültigkeit hat.

In der Verfahrensanweisung Umgang mit Medizinprodukten heißt es: Die Verfahrensanweisung „Umgang mit Medizinprodukten“ gilt für folgende Bereiche der DRK-Fachklinik Hahnknüll:

- Ambulante Pflege,
- Fachklinik,
- Tagesklinik,
- Wohnbereiche 3a-7

### **3. Begriffsbestimmungen**

Soweit zum Verständnis notwendig werden hier auslegungsbedürftige Begriffe definiert, um eine "gemeinsame Sprache" zu schaffen.

In der Verfahrensanweisung Umgang mit Medizinprodukten heißt es: Medizinprodukte sind alle einzeln oder miteinander verbunden verwendete Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen oder andere Gegenstände, einschließlich der für einwandfreies Funktionieren des Medizinproduktes eingesetzten Software, die vom Hersteller zur Anwendung für Menschen mittels ihrer Funktion zum Zwecke:

1. der Erkennung, Verhütung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten
2. der Erkennung, Überwachung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen
3. der Untersuchung, der Ersetzung oder der Veränderung des anatomischen oder physiologischen Vorgangs oder
4. der Empfängnisregelung zu dienen bestimmt sind.

Ausnahmen sind elektronische Fieberthermometer und Kompaktthermometer.

Es befindet sich in jedem Bereich eine Auflistung (Aufbewahrung im MPG - Ordner), die alle medizinischen Geräte enthält. Eine beauftragte Pflegekraft dokumentiert die Inspektion und prüft die einwandfreie Anwendung der medizinischen Geräte, die zu jedem einzelnen Bereich gehören.

Sollte sich bei dieser Prüfung herausstellen, dass das medizinische Gerät eine Funktionsstörung hat, so ist dieses sofort aus dem Verkehr zu ziehen, zu beschriften und an einem bestimmten, sicheren Ort zu verwahren.

#### **4. Beschreibung der Abläufe und Zuständigkeiten**

- Wie ist der Ablauf geregelt ? Wer ist verantwortlich / entscheidungsberechtigt ?(Entscheidungsverantwortung)
- Wer führt die Maßnahme durch ?(Durchführungsverantwortung)
- Gegenüber wem besteht eine Informationspflicht?(Informationsverantwortung)
- Wer überprüft, überwacht, wer gibt frei?(Kontrollverantwortung)

Die Darstellung kann z.B. in einer Tabelle, Matrix oder einem Ablaufdiagramm erfolgen. Besonders die Erstellung von Ablaufdiagrammen ist eine "nützliche Methode alle Tätigkeiten, Beziehungen und Abhängigkeiten darzustellen"(DIN ISO 9004-2).

#### **5. Mitgeltende Unterlagen für die Durchführung (Vorgabedokumente)**

An dieser Stelle erfolgt ein Verweis auf schriftliche Regelungen, die bereits im Hause bestehen (z.B. Leitbild, Spezifikationen, Regelwerke, Pflichtenhefte, Verträge, Arbeitsanweisungen (z.B. in Form von Standards und Checklisten), etc. ). Es handelt sich lediglich um einen Hinweis, wo spezielle Regelungen zu finden sind und keine ausführliche Erläuterung. Als praktisch erweist es sich, die speziellen Regelungen in den Anhang der Verfahrensanweisung aufzunehmen.

## **6. Auszustellende Dokumente für die Durchführung (Nachweisdokumente)**

Das Ergebnis eines Prozesses oder Verfahrens sind Qualitätsaufzeichnungen. Hierunter fallen die zu verwendenden Formulare und Vordrucke sowie deren Prüfung, Freigabe, Verteilung und Archivierung. Die Veränderung von Vorgaben ist in der Dokumentation zu ersehen. Veraltete und überholte Vorgaben werden für einen Zeitraum von fünf Jahren verwahrt.

## **7. Verteilung, Verwaltung und Änderungsdienst der Verfahrensanweisung**

Zur Zuständigkeit des Qualitätsbeauftragten gehört es überholte Verfahrensanweisungen einzuziehen, zu vernichten und durch aktuelle zu ersetzen, den Änderungsdienst in einer Dokumentenmatrix zu dokumentieren.

## **D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements**

Zur Zeit findet eine Selbst- aber keine Fremdbewertung im Sinne einer Zertifizierung statt. Über §137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.