

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

Tagesklinik im Schlössle

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 23.08.2007 um 14:25 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 im Schlössle
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: Tagesklinik im Schlösle auf dem Areal der Samariterstiftung in Nürtingen Oberensingen

Die Tagesklinik im Schlösle in Nürtingen besteht seit 1984 als teilstationäres Plankrankenhaus mit 25 tagesklinischen Plätzen. Die Tagesklinik im Schlösle in Nürtingen besteht seit 1984 als teilstationäres Plankrankenhaus mit 25 tagesklinischen Plätzen. Zunächst wird in einem Vorgespräch (Vereinbarung unter 07022 505300) die Indikation zur Aufnahme geklärt. Zunächst wird in einem Vorgespräch (Vereinbarung unter 07022 505300) die Indikation zur Aufnahme geklärt. Zum Vorgespräch ist ein Einweisungsformular des Hausarztes oder eines Facharztes notwendig. Zum Vorgespräch ist ein Einweisungsformular des Hausarztes oder eines Facharztes notwendig. Für die Aufnahme in die Klinik ist es wichtig, dass der Weg in die Klinik und wieder nach Hause bewältigt werden kann, außerdem die Abende und Wochenenden ohne unmittelbaren Rückhalt der Klinik bewältigt werden können. Für die Aufnahme in die Klinik ist es wichtig, dass der Weg in die Klinik und wieder nach Hause bewältigt werden kann, außerdem die Abende und Wochenenden ohne unmittelbaren Rückhalt der Klinik bewältigt werden können.

Verantwortlich:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Dr. med. Peter Czisch	ltd. Arzt	07022 505300	07022 505 333	peter.czisch@samariterstiftung.de

Links:

<http://www.samariterstiftung.de/Einrichtungen/Tagesklinik%20im%20Schlößle/>

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Dr. Peter Czisch, 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:

Tagesklinik im Schlössle

Stuttgarterstraße 62

72622 Nürtingen

Telefon:

07022 / 505300

Fax:

07022 / 505333

E-Mail:

tagesklinik.nuertingen@samariterstiftung.de

Internet:

<http://www.samariterstiftung.de/Einrichtungen/Tagesklinik%20im%20Schlössle/>

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

510810475

A-3 Standort(nummer)

00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name:

Samariterstiftung Nürtingen

Art:

freigemeinnützig

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

trifft nicht zu / entfällt

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

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

25 Betten

A-13 Fallzahlen des Krankenhaus:

Vollstationäre Fallzahl:

0

Teilstationäre Fallzahl:

125

Ambulante Fallzahlen

Fallzählweise:

125

Teil B - Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-[1] Fachabteilung Tagesklinik im Schlössle

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

Tagesklinik im Schlössle

Art der Abteilung:

bettenführende Hauptabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

2992

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

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Tagesklinik im Schlössle:	Kommentar / Erläuterung:
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	

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

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP03	Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP07	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiter	
MP08	Berufsberatung/ Rehabilitationsberatung	
MP11	Bewegungstherapie	
MP15	Entlassungsmanagement	
MP16	Ergotherapie	
MP17	Fallmanagement/ Case Management/ Primary Nursing/ Bezugspflege	
MP23	Kunsttherapie	
MP34	Psychologisches/ psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen	
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

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

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA01	Aufenthaltsräume	
SA22	Bibliothek	
SA33	Parkanlage	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA42	Seelsorge	

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

Vollstationäre Fallzahl:

0

Teilstationäre Fallzahl:

125

*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	66	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
2	F60	29	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens
3	F33	23	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit
4	F20	17	Schizophrenie
5	F61	16	Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens
6	F45	14	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung
7	F41	13	Sonstige Angststörung

Kompetenz-Diagnosen

Rang	ICD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	F40	<= 5	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen
1	F25	<= 5	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung

B-[1].7 Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz:	Angebotene Leistung:	Art der Ambulanz:
Psychiatrische Institutsambulanz		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

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):

4

Davon Fachärzte:

4

Belegärzte (nach § 121 SGB V):

0

Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Bezeichnung:	Kommentar / Erläuterungen:
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	

B-12.2 Pflegepersonal:

Pflegekräfte insgesamt:

3

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

3

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

B-12.3 Spezielles therapeutisches Personal:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar:
SP05	Ergotherapeuten	
SP13	Kunsttherapeuten	
SP23	Psychologen	
SP24	Psychotherapeuten	
SP25	Sozialarbeiter	
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

Leitbild, Vision, Mission:

Wir stellen eine hochwertige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung für diejenigen Patienten zur Verfügung die von tagesklinischer Behandlung besonders profitieren und die sie am dringendsten benötigen. Wir stellen eine hochwertige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung für diejenigen Patienten zur Verfügung die von tagesklinischer Behandlung besonders profitieren und die sie am dringendsten benötigen. Unsere Behandlung orientiert sich an den aktuellen Erkenntnissen der Medizin und Psychotherapie, stellt dabei aber den Menschen in seinem So Sein, seinen Stärken aber auch seinem Nicht-Funktionieren in den Mittelpunkt. Unsere Behandlung orientiert sich an den aktuellen Erkenntnissen der Medizin und Psychotherapie, stellt dabei aber den Menschen in seinem So Sein, seinen Stärken aber auch seinem Nicht-Funktionieren in den Mittelpunkt. In einem ärztlich geleiteten Teamprozess erarbeiten wir jedem Patienten und jeder Patientin gegenüber eine individuelle Haltung und Einschätzung, sorgen aber dafür, dass diese Haltung auch immer wieder korrigiert werden kann. In einem ärztlich geleiteten Teamprozess erarbeiten wir jedem Patienten und jeder Patientin gegenüber eine individuelle Haltung und Einschätzung, sorgen aber dafür, dass diese Haltung auch immer wieder korrigiert werden kann.

Patientenorientierung:

Individuelle Vereinbarungen bezüglich der Behandlungsziele stehen am Anfang einer jeden Behandlung bei uns, im Behandlungsverlauf wird auch individuell die Behandlungsdauer festgelegt. Die Ressourcen der Klinik werden soweit irgend möglich dem direkten Patientenkontakt zur Verfügung gestellt. Sei es in Gruppen oder Einzelkontakten. Individuelle Vereinbarungen bezüglich der Behandlungsziele stehen am Anfang einer jeden Behandlung bei uns, im Behandlungsverlauf wird auch individuell die Behandlungsdauer festgelegt. Die Ressourcen der Klinik werden soweit irgend möglich dem direkten Patientenkontakt zur Verfügung gestellt. Sei es in Gruppen oder Einzelkontakten.

Verantwortung und Führung:

Die Organisation der Klinik ist in flacher Hierarchie. Es bestehen vier ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams, die die Behandlungen durchführen und dem leitenden Arzt gegenüber inhaltlich vertreten. Die Organisation der Klinik ist in flacher Hierarchie. Es bestehen vier ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams, die die Behandlungen durchführen und dem leitenden Arzt gegenüber inhaltlich vertreten. Die Mitarbeiter werden transparent über die Situation und Entwicklungen der Einrichtung informiert. Es bestehen klare Rahmenbedingungen. Die Mitarbeiter werden transparent über die Situation und Entwicklungen der Einrichtung informiert. Es bestehen klare Rahmenbedingungen.

Mitarbeiterorientierung und -beteiligung:

An allen das therapeutische Vorgehen der Klinik betreffenden Entscheidungen werden die Mitarbeiter beteiligt und haben die Möglichkeit sich inhaltlich einzubringen. So wird eine größtmögliche Identifikation der Mitarbeiter mit der Einrichtung gewährleistet. An allen das therapeutische Vorgehen der Klinik betreffenden Entscheidungen werden die Mitarbeiter beteiligt und haben die Möglichkeit sich inhaltlich einzubringen. So wird eine größtmögliche Identifikation der Mitarbeiter mit der Einrichtung gewährleistet.

Wirtschaftlichkeit:

Gemäß der Satzung des Trägers hat die Klinik die Aufgabe kostendeckend zu wirtschaften. Bei steigenden Sach- und Personalkosten und dem gleichzeitigen Anspruch unseren Patienten eine größtmögliche Behandlungsqualität zu bieten ist dies eine konfliktreiche Aufgabe. Konsequenz sind alle Möglichkeiten der Optimierungen im Bereich der Sachkosten ausgeschöpft. Gemäß der Satzung des Trägers hat die Klinik die Aufgabe kostendeckend zu wirtschaften. Bei steigenden Sach- und Personalkosten und dem gleichzeitigen Anspruch unseren Patienten eine größtmögliche Behandlungsqualität zu bieten ist dies eine konfliktreiche Aufgabe. Konsequenz sind alle Möglichkeiten der Optimierungen im Bereich der Sachkosten ausgeschöpft.

Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern:

Durch eine Kaskade von Überprüfungen jeder Einschätzung und Behandlungsstrategie wird größtmögliche Sicherheit erreicht. Durch die Arbeit in Behandler-Teams in denen Einschätzungen und Behandlungsmassnahmen festgelegt, dokumentiert und reflektiert werden können mehrere Sichtweisen in die Behandlung integriert werden. Eine externe Supervision ermöglicht es kompliziertere Behandlungssituation intensiv zu reflektieren. Die Fortbildungsregelung unseres Trägers der Samariterstiftung ermöglicht es auf allen fachlichen Ebenen aktuelle Entwicklungen im Blick zu haben. Durch eine Kaskade von Überprüfungen jeder Einschätzung und Behandlungsstrategie wird größtmögliche Sicherheit erreicht. Durch die Arbeit in Behandler-Teams in denen Einschätzungen und Behandlungsmassnahmen festgelegt, dokumentiert und reflektiert werden können mehrere Sichtweisen in die Behandlung integriert werden. Eine externe Supervision ermöglicht es kompliziertere Behandlungssituation intensiv zu reflektieren. Die Fortbildungsregelung unseres Trägers der Samariterstiftung ermöglicht es auf allen fachlichen Ebenen aktuelle Entwicklungen im Blick zu haben. Durch das offene und kollegiale Klima ist es möglich Fehler direkt zu erkennen und zu korrigieren - jedenfalls aus ihnen zu lernen. Durch das offene und kollegiale Klima ist es möglich Fehler direkt zu erkennen und zu korrigieren - jedenfalls aus ihnen zu lernen.

D-2 Qualitätsziele

Strategische/operative Ziele:

Es ist uns wichtig die tagesklinische Versorgung psychisch Kranker und von Menschen in psychischen Krisen so zu gestalten, dass die besonderen Möglichkeiten und Ressourcen einer Tagesklinik für die Patienten zum tragen kommen aber auch nach außen hin für Zuweiser und Fachöffentlichkeit nachvollziehbar werden. Es ist uns wichtig die tagesklinische Versorgung psychisch Kranker und von Menschen in psychischen Krisen so zu gestalten, dass die besonderen Möglichkeiten und Ressourcen einer Tagesklinik für die Patienten zum tragen kommen aber auch nach außen hin für Zuweiser und Fachöffentlichkeit nachvollziehbar werden.

Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung:

Die Erreichung der Selbstgesteckten Ziele wird in Abständen im Behandler team reflektiert und ggf. korrigiert und Angepasst. Die Erreichung der Selbstgesteckten Ziele wird in Abständen im Behandler team reflektiert und ggf. korrigiert und Angepasst. Es besteht ein System von Mitarbeiterjahresgesprächen bei denen die Ziele formuliert und überprüft werden. Es besteht ein System von Mitarbeiterjahresgesprächen bei denen die Ziele formuliert und überprüft werden

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

QM-Strukturen:

Sämtliche Abläufe der Klinik sind als Prozess definiert und festgelegt. Sämtliche Abläufe der Klinik sind als Prozess definiert und festgelegt. Prozesse werden laufend überprüft und ggf. an neue Erfordernisse angepasst. Prozesse werden laufend überprüft und ggf. an neue Erfordernisse angepasst.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Beschwerdemanagement:

Beschwerden von Zuweisern oder Patienten werden erfragt, registriert und geben ggf. Anlass zur Überprüfung der Prozesse. Beschwerden von Zuweisern oder Patienten werden erfragt, registriert und geben ggf. Anlass zur Überprüfung der Prozesse

Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen:

Jeder unvorhergesehene Zwischenfall (von der ungeplanten oder unvorhergesehenen Entlassung/Behandlungsabbruch über

Vollstationäre Verlegungen bis zu Suizidfällen werden im gesamten Behandler-Team reflektiert, ggf. extern supervidiert. Wo es sinnvoll ist werden Konsequenzen für die Gestaltung der Prozesse gezogen. Jeder unvorhergesehene Zwischenfall (von der ungeplanten oder unvorhergesehenen Entlassung/Behandlungsabbruch über Vollstationäre Verlegungen bis zu Suizidfällen werden im gesamten Behandler-Team reflektiert, ggf. extern supervidiert. Wo es sinnvoll ist werden Konsequenzen für die Gestaltung der Prozesse gezogen.

Patienten-Befragungen:

Patienten haben während Visiten, in Einzelgesprächen und v.a. bei Entlassung die Möglichkeit Kritik zu äußern, werden hierzu auch offen befragt. Patienten haben während Visiten, in Einzelgesprächen und v.a. bei Entlassung die Möglichkeit Kritik zu äußern, werden hierzu auch offen befragt.

Einweiser-Befragungen:

Da häufiger Telefonkontakt zu den Einweisern hergestellt wird ist eine rasche Rückmeldung möglich. Da häufiger Telefonkontakt zu den Einweisern hergestellt wird ist eine rasche Rückmeldung möglich.

Wartezeitenmanagement:

Die Vorstellungsgespräche sind so terminiert, dass in der Regel Wartezeiten von <5min entstehen. Die Vorstellungsgespräche sind so terminiert, dass in der Regel Wartezeiten von <5min entstehen.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

trifft nicht zu / entfällt

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

trifft nicht zu / entfällt