

ADULA KLINIK

OBERSTDORF

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie



Der strukturierte
Krankenhaus-
Qualitätsbericht
nach §137 SGB V

Berichtsjahr 2006

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Einleitung	2
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	3
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	3
A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	3
A-3 Standort(nummer)	3
A-4 Name und Art des Krankenhausträgers	3
A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus	3
A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses	3
A-6.1 Fachabteilungen	3
A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	3
A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses	4
A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	4
A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses	4
A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses	5
A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)	5
A-13 Fallzahlen des Krankenhauses	5
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten /Fachabteilungen	6
B-[1] Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie	6
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel	6
B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung	6
B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	6
B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	7
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	7
B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD	7
B-[1].6.1 ICD, 3stellig	8
B-[1].6.2 Kompetenzdiagnosen	8
B-[1].7 Prozeduren nach OPS	8
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	8
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	8
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	9

B-[1].11 Apparative Ausstattung	9
B-[1].12 Personelle Ausstattung	9
B-[1].12.1 Ärzte	9
B-[1].12.1.1 Facharztqualifikation	9
B-[1].12.2 Pflegepersonal	9
B-[1].12.3 Spezielles therapeutisches Personal	10
C Qualitätssicherung	11
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)	11
C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate	11
C-1.2 Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren	11
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	11
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	11
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	11
C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	13
C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)	13
D Qualitätsmanagement	14
D-1 Qualitätspolitik	14
D-1.1 Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission	14
D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses	14
D-1.2.1 Patientenorientierung	15
D-1.2.2 Verantwortung und Führung	15
D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung	15
D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit	15
D-1.2.5 Prozessorientierung	15
D-1.2.6 Zielorientierung und Flexibilität	15
D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern	15
D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess	16
D-1.3 Umsetzung / Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z.B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit).	16
D-2 Qualitätsziele	16

D-2.1 strategische/ operative Ziele	17
D-2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung	18
D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung	18
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	18
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements	18
D-5 Qualitätsmanagement-Projekte	19
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements	19

Vorwort

Verehrte Leserinnen und Leser,

mit vorliegendem Krankenhaus-Qualitäts-Bericht KQB wollen wir Sie über die erbrachte Qualität der Krankenhausleistung in der Adula-Klinik informieren. Mit der im Dezember 2005 abgeschlossenen Zertifizierung nach ISO 9001:2000 haben wir uns zur kontinuierlichen Verbesserung verpflichtet. Eine Besonderheit, die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie betrifft, gilt es bei der Lektüre dieses KQB zu berücksichtigen: anders als Kliniken der allgemeinen Versorgung sind psychosomatisch und psychotherapeutisch tätige Kliniken von der Abrechnung nach Fallpauschalen ausgenommen. Der Fokus dieses in seinem Aufbau und Umfang gesetzlich festgelegten Qualitätsberichts liegt jedoch auf der Veröffentlichung von Struktur und Leistungsdaten wie sie in allgemeinen Krankenhäusern erhoben werden.

Unser Anliegen ist, Ihnen Einblick in die Qualitätssicherung und Leistungsfähigkeit der Adula-Klinik zu ermöglichen. Wenn Sie, liebe Leserinnen und Leser, über den vorliegenden Bericht hinaus Informationen erhalten möchten, laden wir Sie ein mit uns telefonisch unter 0049 (0)8322-709-0 Kontakt aufzunehmen oder einen unserer Besuchertage dienstags oder samstags mit Inforveranstaltung zum Klinikkonzept und Fach-Vortrag zu besuchen.

Für die Adula-Klinik
Dr. Georg Reisach

Einleitung

Die ADULA-KLINIK, gegründet 1996, ist eine staatlich anerkannte Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie. Sie ist die Tochterklinik der Hochgrat-Klinik, die 2004 ihr 15-jähriges Bestehen feiern konnte. Die Grundlage der therapeutischen Arbeit in der ADULA-KLINIK bildet eine ganzheitliche Betrachtungsweise, wonach ein Mensch sein Leben in körperlicher, seelischer, geistiger und sozialer Hinsicht entfalten und verwirklichen, aber auch verfehlen kann. Therapie fassen wir als Hilfe zur Selbsthilfe auf, d.h. als eine Stärkung der nach Gesundung drängenden Anteile in jedem einzelnen Menschen.

Das Behandlungskonzept beruht auf den Grundlagen der humanistischen Psychotherapie und ist tiefenpsychologisch fundiert.

Redaktion: Christian Töllner QMB

Freigegeben von Dr. Georg Reisach am 29.10.2007

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts: ChristianTöllner QMB

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

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

PLZ:	87561
Ort:	Oberstdorf
Straße:	In der Leite
Hausnummer:	6
Krankenhaus-URL:	http://www.adula-klinik.de
Email:	info@adula-klinik.de
Telefon-Vorwahl:	08322
Telefon:	7090
Fax-Vorwahl:	08322
Fax:	709403

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

#	IK-Nummer
1	260971846

A-3 Standort(nummer)

0

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Dr. Reisach GmbH
Träger-Art:	privat

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus:	Nein
Name der Universität:	

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin

A-6.1 Fachabteilungen

#	Abteilungsart	Schlüssel	Fachabteilung
1	HA	3190	Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie?: Nein

Psychiatrisches Krankenhaus: Nein

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Erläuterungen
1	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiter	
2	Berufsberatung/ Rehabilitationsberatung	
3	Bewegungsbad/ Wassergymnastik	
4	Bewegungstherapie	
5	Diät- und Ernährungsberatung	
6	Entlassungsmanagement	
7	Fallmanagement/ Case Management/ Primary Nursing/ Bezugspflege	
8	Hippotherapie/ Therapeutisches Reiten	
9	Musiktherapie	bedingt
10	Physikalische Therapie	
11	Physiotherapie/ Krankengymnastik	
12	Präventive Leistungsangebote/ Präventionskurse	
13	Rückenschule/ Haltungsschulung	
14	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen	
15	Spezielle Entspannungstherapie	
16	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

#	Serviceangebot	Erläuterungen
1	Den Patienten steht die kostenlose Teezubereitung mit einer breiten Auswahl von Kräutertees zur Verfügung.	
2	Aufenthaltsräume	
3	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
4	Teeküche für Patienten	
5	Unterbringung Begleitperson	
6	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
7	Balkon/ Terrasse	
8	Telefon	

9	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	
10	Bibliothek	
11	Faxempfang für Patienten	
12	Internetzugang	
13	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)	
14	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	
15	Kulturelle Angebote	
16	Sauna	
17	Schwimmbad	
18	Wäscheservice	
19	Besuchsdienst/ "Grüne Damen"	
20	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Besucher	
21	Seelsorge	

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

Seit Beginn der Kliniken ist die wissenschaftliche Ausrichtung für uns selbstverständlich, was sich in Kooperationen mit psychologischen Universitäts-Instituten (Würzburg, Freiburg), Verbund mit anderen Kliniken, Mitgründung eines eigenen Qualitätssicherungsinstitutes IQP (München), Zusammenarbeit mit Weiterbildungsinstituten (CIP, SYST, Süddeutsche Akademie für Psychotherapie, Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Gruppenanalyse und Gruppentherapie) zeigt. Dissertationen, Diplomarbeiten und wissenschaftliche Artikel sowie Vorträge dokumentieren diese Aktivität und dienen der Überprüfung unserer Therapiequalität (weiteres und im Internet unter www.adula-klinik.de). Das bezieht sich nicht nur auf die wissenschaftliche Sicherung des Therapieerfolges, sondern auch auf den nach Entlassung anhaltenden Therapieerfolg (Katamnese-Untersuchungen). Unser Chefarzt besitzt die Weiterbildungsermächtigung in Psychotherapeutischer Medizin bzw. Psychiatrie und Psychotherapie.

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

120

davon 45 Akutbetten

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

713

Hauptdiagnosen Fallzahl = 5 sind gemäß Vorschrift nicht enthalten. Insgesamt beträgt die Fallzahl 738, davon 354 im Rahmen des Kontingents für Akutbetten.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten /Fachabteilungen

B-[1] Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	(3100) Psychosomatik/Psychotherapie

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

#	Versorgungsschwerpunkte	Erläuterungen
1	VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
2	VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	bedingt
3	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
4	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
5	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
6	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
7	VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
8	VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
9	VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
10	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	bedingt
11	VP11 - Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kinder- u. Jugendalter	bedingt

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

siehe oben

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

siehe oben

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

Die Leistungen der Kliniken im Bereich Psychosomatik und Psychotherapie werden nicht nach DRG ausgewiesen und abgerechnet.

713

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD**Haupt- und Nebendiagnosen**

Das Herausstellen der ersten Diagnose kann die seelische Erkrankung eines Menschen und somit die Behandlungsschwerpunkte nicht angemessen beschreiben, weil einzelne Diagnosen immer nur Teilbereiche des Erlebens und Verhaltens berücksichtigen. Im Bereich psychischer Erkrankungen werden deshalb in der Regel mehrere Diagnosen je Patient vergeben. In der anschließenden Tabelle wird die Gesamtzahl der 2157 in 2006 vergebenen psychischen Diagnosen für alle behandelten Patienten (N=738) ergänzend dargestellt. Zusätzlich wurden 1347 somatische Diagnosen erhoben.

In 2006 waren durchschnittlich fast 3 psychische und fast 2 somatischen Diagnosen je Patient zu erheben.

Psychische Haupt- und Nebendiagnosen

Rang	ICD-10 Nummer	Aufnahmen absolute Anzahl	Beschreibung
	F33	428	rezidivierende depressive Störung (depressive Störung mit wiederholten Episoden)
	F32	239	depressive Episode
	F50	192	Essstörungen
	F60	163	spezifische Persönlichkeitsstörungen
	F45	135	somatoforme Störung (seelische Störungen mit körperlichen Symptomen)
	F10	126	Störungen durch Alkohol (Alkoholsucht)
	F41	117	sonstige Angststörungen (außer Phobien)
	F431	103	posttraumatische Belastungsstörung
	F610	86	kombinierte Persönlichkeitsstörungen
10	F17	72	Störungen durch Tabak (Nikotinsucht)
11	F432	65	Anpassungsstörungen
12	F42	52	Zwangsstörungen
13	F40	48	Phobische Störungen

Somatische Diagnosen

Rang	ICD-10 Nummer	Aufnahmen absolute Anzahl	Beschreibung
	M 54	111	Wirbelsäulenschmerzsyndrome

2	E66	96	Adipositas (starkes Übergewicht)
3	I10	51	Bluthochdruck (Essentielle Hypertonie)
4	H931	34	Tinnitus aurium
5	M51 M52	28	Bandscheibenschäden
6	G442	26	Spannungskopfschmerzen
7	J45	23	Asthma bronchiale
8	J069	21	Grippaler Infekt (Akute Infektion der oberen Atemwege)
9	N94	18	Regelbeschwerden (Dysmenorrhoe)
	J301	18	Heuschnupfen (Allergische Rhinopathie durch Pollen)
11	M628	17	Muskelverspannungen

B-[1].6.1 ICD, 3stellig

#	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F33	Wiederkehrende depressive Störung	310
2	F32	Depressive Episode	171
3	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	76
4	F50	Ess-Störungen	43
5	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	30
6	F41	Andere Angststörungen	19
7	F40	Angststörungen	17
8	F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	14
9	F45	Körperliche Beschwerden ohne Befund	13
10	F42	Zwangsstörung	10
11	F31	Psychose mit nachfolgend oder gleichzeitig auftretenden Symptomen der Schizophrenie u. manisch-depressiver Erkrankungen (Bipolare affektive Störung)	10

B-[1].6.2 Kompetenzdiagnosen

siehe oben

B-[1].7 Prozeduren nach OPS

entfällt.

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatambulanz des Chefarztes.

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

entfällt.

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

entfällt.

Ambulante D-Arzt-Zulassung: Nein

Stat. BG-Zulassung: Nein

B-[1].11 Apparative Ausstattung

#	Apparative Ausstattung	Kommentar/Erläuterung
1	Belastungs-EKG/ Ergometrie	
2	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät	

B-[1].12 Personelle Ausstattung**B-[1].12.1 Ärzte**

Ärzte insgesamt (außer Belegärzte): 15

Kommentar dazu:

Davon Fachärzte: 7

Kommentar dazu:

Belegärzte nach § 121 SGB V:

Kommentar dazu:

B-[1].12.1.1 Facharztqualifikation

#	Facharztqualifikation
1	Anästhesiologie
2	Innere Medizin und Allgemeinmedizin (Hausarzt)
3	Psychiatrie und Psychotherapie
4	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

B-[1].12.2 Pflegepersonal

Pflegekräfte insgesamt: 11

Kommentar dazu:

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung): 11

Kommentar dazu:

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

Kommentar dazu:

B-[1].12.3 Spezielles therapeutisches Personal

#	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar
1	Diätassistenten	
2	Hippotherapeuten	
3	Masseure/ Medizinische Bademeister	
4	Physiotherapeuten	
5	Psychologen	
6	Psychotherapeuten	
7	Sozialarbeiter	
8	Sozialpädagogen	

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

entfällt.

C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

entfällt.

C-1.2 Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren

entfällt.

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

entfällt.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Mit jährlich anonymisierten Daten wird die Klinik durch das Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP) mit Sitz in München in einem Verbund von 15 Kliniken evaluiert.

Basis für die Datenerhebungen ist die „Psy-BaDo-PTM“ eine praktikable, einheitliche, schulen- und methodenübergreifenden Basisdokumentation für die stationäre Psychosomatik. Dafür wird durch umfangreiche Befragung der PatientInnen und der TherapeutInnen soziodemografischen Angaben, Diagnosen, Umfang der einzelnen Therapiebausteine und auch die Ergebnisse psychometrischer Verfahren erhoben. Dadurch können differenzierte Aussagen zu den individuellen und zu den diagnosebezogenen Therapieergebnissen gewonnen werden.

Bestandteil des „Psy-BaDo-PTM“ sind standardmäßig wissenschaftliche psychometrische Verfahren (Tests) wie die Symptom Check-Liste SCL-90-R, der Kurzform des Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV-K sowie der Beeinträchtigungs-Schwere-Score BSS die sowohl zu Beginn als auch vor dem Ende des Aufenthaltes eingesetzt werden. Zusätzlich darüber hinaus erfolgen Befragungen der PatientInnen durch das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI), den Gießen-Test (GT), das Beck-Depressions-Inventar (BDI) und die Kieler Änderungssensitive Symptomliste (KASSL).

Die erhobenen Daten werden auch für Diplomarbeiten zur Verfügung gestellt bzw. durch diese die Therapiequalität überprüft. Dabei wird nicht nur die Sicherung des Therapieerfolges, sondern auch der nach Entlassung anhaltende Therapieerfolg (Katamnese-Untersuchungen) dokumentiert. Sowohl in einer Ein-Jahres- als auch in einer Fünf-Jahres-Katamneseuntersuchung wurde die Stabilität der Therapieergebnisse untersucht.

Aufgrund gesetzlicher Grundlagen (Fünfte Sozialgesetzbuches/SGB V) müssen alle stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen an einem externen

Qualitätssicherungsverfahren teilnehmen. Seit Ende 2005 nimmt die Adula Klinik am Qualitätssicherungsprogramm der Gesetzlichen Krankenkassen in der Medizinischen Rehabilitation kurz QS-Reha[®] Verfahren teil. Die Datenerhebung wird im Frühjahr 2008 abgeschlossen. Ergebnisse liegen noch nicht vor. Für die organisatorische Durchführung ist das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zuständig.

Die Ergebnisse im Einzelnen:

IQP Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik

Die folgende Tabelle über N = 738 PatientInnen bietet einen kurzen Überblick über zentrale Ergebnisse der Income-Outcome-Untersuchung (Ergebnisqualität):

Bereich	Einschätzung durch:	Erlebte Veränderung in Prozent			
		verbessert	unverändert	verschlechtert	keine Angaben
Symptome insgesamt ¹	Patient	55,7	21,1	5,8	17,5
Veränderungserleb insgesamt ²	Patient	64,4	13,2	4,7	17,2
Veränderungserleb insgesamt ³	Therapeut	85,6	5,7	2,2	6,5

¹Symptomcheckliste SCL-90-R (Globaler Schwereindex GSI), ²Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV-K, ³BSS-Einschätzung Änderung psychische Befinden. Bei der Messung der subjektiv erlebten Veränderungen durch die Therapie mit dem *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV-K* ergibt sich folgendes Bild: 11% der behandelten PatientInnen nehmen ihren Zustand am Ende der Behandlung als *etwas positiv verändert* oder *positiv verändert* wahr. 53,4% erleben subjektiv sogar eine *sehr positive Veränderung* ihres Befindens. Etwa 13,2% können keine Veränderung feststellen. Nur wenige erleben eine subjektive Verschlechterung ihres Zustandes (4,7%). Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Veränderungsmessung der subjektiv erlebten Symptombelastung mit der Symptomcheckliste SCL-90-R. Für 17 % der PatientInnen liegen aus unterschiedlichen Gründen (vorzeitige Abreise, Terminversäumnisse, techn. Störungen) keine Abschlussdaten vor.

Für 2006 zeigt sich für die Adula Klinik ein signifikant überdurchschnittliches Ergebnis im psychischen Befinden des BSS für alle Patienten sowie für die Akut-Patienten im VEV-K. Ein überdurchschnittliches Ergebnis wurde bei der Reduzierung der Symptome im SCL90 erreicht.

Fünf-Jahres-Katamnesestudie (2004)

In der Diplomarbeit „Langzeitwirkung von stationärer Gruppen-Psychotherapie: 5-Jahres-Katamnese an einer psychosomatischen Klinik mit gemeinschaftsorientiertem und personenzentriertem Behandlungskonzept“ untersuchte Frauke Birkenfeld die Stabilität des Behandlungserfolge über einen Zeitraum von fünf Jahren. Katamnestische Daten konnten von n = 75 der 201 ehemaligen PatientInnen, die im Therapiezeitraum September 1997 bis Januar 1998 behandelt wurden, gewonnen werden. Aufgrund vollständiger Messung konnten n= 64 in die Untersuchung der Langzeiteffektivität aufgenommen werden.

Untersucht wurde mit Hilfe des Nachbefragungsbogens BaDoNBB-5, des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI), dem Beck-Depressions-Inventar (BDI), der Kieler Änderungssensitive Symptomliste (KASSL) und dem Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV-K.

„Die Effektivitätsanalyse erbrachte durchweg positive Ergebnisse. Es zeigte sich eine sehr

gute Stabilität der Therapiegewinns über den Zeitraum von fünf Jahren.“

Die Ergebnisse zeigen bei den zwei zentralen Persönlichkeitsmerkmalen „Lebenszufriedenheit“ und „Emotionalität“ (d.h. Häufigkeit und Intensität des Erlebens von unangenehmen Emotionen wie Angst und Ärger) im Freiburger Persönlichkeitsinventar eine kontinuierlich fortschreitende Normalisierung vom Beginn der Behandlung über das Ende der Behandlung hin zum Zeitpunkt fünf Jahre nach der Behandlung ab. Große Verbesserungen der Beschwerdensymptome konnten mit Hilfe der KASSL festgestellt werden. Hier zeigte sich hinsichtlich der Veränderung der Gesamtsymptomatik nach fünf Jahren eine sehr große Effektstärke von 2,0. Die depressive Symptomatik erwies sich auch noch nach fünf Jahren mit einer Effektstärke von 0,9 als stark gebessert im Vergleich zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme in der Klinik bzw. stabil im Vergleich zum Entlassungszeitpunkt. Insgesamt konnte mit Hilfe der psychologischen Messgrößen ein Trend festgestellt werden, der in Richtung einer weiteren Verbesserung der Erkrankungssymptome sogar noch nach der Therapie in der Adula-Klinik hinweist.

Im Gegensatz zu einer 1 Jahres Katamnesestudie aus dem Jahre 2004 (anderen Patientengruppe) zeigten sich über 5 Jahre keine Rückgänge im Zeitraum Therapieende –Katamnese.

Darüber hinaus konnten kostenreduzierende Effekte für die Sozialversicherungskassen festgestellt werden:

Bei 51% der PatientInnen keine weiteren stationären Aufenthalte in Kliniken für Psychotherapie, Suchterkrankungen oder Psychosomatik.

- Von N= 22 RaucherInnen haben 45 % mit dem Rauchen aufgehört und eine Person gab an weniger zu rauchen.
- Von N = 36 PatientInnen die Medikamente eingenommen haben, haben 30 % sie ganz abgesetzt.

PatientInnenzufriedenheit:

Bezüglich der Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Therapie und dem Aufenthalt gaben nur 3 % an gar nicht zufrieden gewesen zu sein, 15 % ein bisschen und 82 % waren ziemlich, stark oder sehr stark zufrieden.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

entfällt.

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

entfällt.

D Qualitätsmanagement

Die Dr. Reisach Kliniken (Adula-Klinik und Hochgrat-Klinik) sind seit dem 15. Dezember 2006 nach DIN EN ISO 9001:2000 zertifiziert.

D-1 Qualitätspolitik

Zuständigkeiten und Entscheidungswege werden im Rahmen einer von gegenseitiger Achtung und Respekt getragenen Verantwortlichkeit klar geregelt:

- Struktur und Verantwortung (siehe Organigramm)
- Ablauf- und Stellenbeschreibungen
- Vertretungsregelungen
- Entscheidungskompetenzen und Aufgabendurchführung
- Reagieren auf Anforderungen und Veränderungen

Unser Qualitätsmanagement-System legt den Fokus auf eine ständige Verbesserung der Prozesse in der medizinisch-psychotherapeutischen Behandlung, in den unterstützenden Prozessen der Patientenversorgung vor, während und nach der stationären Behandlung sowie die wirtschaftliche Bestandssicherung der Kliniken.

Die Leitung benennt Christian Töllner (Fa. qmpartner) für die Adula-Klinik, und für die Koordination beider Kliniken in Sachen Qualitätsmanagement, zum Qualitätsmanagement-beauftragten (QMB). Als Vertreter ist Christian Riedisser (PDL) für die Adula-Klinik benannt.

D-1.1 Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission

Der Mensch, der eine unserer beiden Kliniken betritt, begegnet der Therapeutischen Gemeinschaft, die sich um emotionale Offenheit und persönliche Ehrlichkeit bemüht. Diese Gemeinschaft empfängt den Einzelnen nicht allein als behandlungsbedürftigen Patienten, sondern darüber hinaus als einen Gast, dem wir eigenverantwortliches Handeln auf der Basis seiner Ressourcen – seien sie ihm bewusst oder seien sie ihm noch unbekannt – zutrauen und das kann auch heißen: zumuten.

Porta patet – magis Cor

Dieser Satz, den der heilige Augustinus an einen Freund in Not schrieb ("die Tür steht offen – mehr noch das Herz") steht als Motto über unseren Kliniken und prägt verbindlich die persönliche Einstellung von uns als Mitarbeiter der Adula-Klinik.

Einerseits stellen wir uns der Aufgabe, die Wirklichkeit des persönlichen Leidens der zu uns kommenden Menschen als Tatsache zu akzeptieren und den Menschen mit Mitgefühl zu begegnen. Andererseits wissen wir, dass Heilung rasch beginnen kann und jede menschliche Begegnung eine Chance – oft eine zündende Chance – sein kann, um die Stärken, die in jedem Einzelnen sind, zu seiner Gesundheit und zu seinem persönlichen und seelischen Wachstum zu aktivieren.

D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses

D-1.2.1 Patientenorientierung

Mit unserem prozessorientierten Qualitätsmanagement nehmen wir in unserem Tun und Handeln die Sicht unserer Patienten und Partner ein. Dazu gilt es, ihre Anforderungen und Erwartungen an uns zu ermitteln und in unsere Zieldefinition einzubeziehen.

D-1.2.2 Verantwortung und Führung

Zuständigkeiten und Entscheidungswege werden im Rahmen einer von gegenseitiger Achtung und Respekt getragenen Verantwortlichkeit klar geregelt:

- Struktur und Verantwortung
- Ablauf- und Stellenbeschreibungen
- Vertretungsregelungen
- Entscheidungskompetenzen und Aufgabendurchführung
- Reagieren auf Anforderungen und Veränderungen

D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung

Unsere psychologischen Mitarbeiter sind approbiert oder auf dem Weg dazu, unsere ärztlichen Mitarbeiter sind Fachärzte oder in Weiterbildung zum Facharzt. Der Pflegedienst besteht ausschließlich aus examinierten Fachkräften. Unsere Chefärzte besitzen die Weiterbildungsermächtigung in Psychotherapeutischer Medizin bzw. Psychiatrie und Psychotherapie.

Wir fordern und fördern die fachliche Qualifikation der Mitarbeiter in allen Funktionsbereichen der Kliniken. Durch regelmäßige Supervision und Fortbildung der Mitarbeiter in allen Abteilungen des Hauses fördern wir Wirksamkeit, Effizienz und Nachhaltigkeit unserer Behandlung.

Alle Mitarbeiter sind unserem Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9001:2000 verpflichtet. Sie arbeiten aufmerksam an der stetigen Qualitätsverbesserung mit.

D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit

Wirtschaftlichkeit einerseits und Qualitätssteigerung andererseits sind die Zielrichtungen unseres Qualitätsmanagements. Uns ist bewusst, dass nur durch Beachtung dieser Grundsätze der langfristige Erfolg der Klinik gesichert werden kann.

D-1.2.5 Prozessorientierung

Das Qualitätsmanagementsystem der Adula-Klinik ist prozessorientiert nach DIN EN ISO 9001:2000 aufgebaut.

D-1.2.6 Zielorientierung und Flexibilität

Wir setzen uns Ziele die herausfordernd, messbar, vereinbart, realistisch und zeitbezogen sind. Im Rahmen unseres QM leiten wir Maßnahmen ein, definieren ggf. Projekte und stellen die erforderlichen Ressourcen bereit. Das Ziel vor Augen, entscheiden wir an festgelegten Reviews über ggf. notwendige Kursänderungen.

D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

Mit dem klinikeigenen Verfahren "Umgang mit Fehlern" wird sichergestellt, dass fehlerhafte Produkte und Dienstleistungen gelenkt werden, um den unbeabsichtigten Gebrauch zu verhindern, bzw. fehlerhafte Dienstleistung zu korrigieren und mögliche schädliche Folgen zu vermeiden.

Wir stellen die Frage danach, was wir aus unseren Fehlern lernen können und nicht, wer daran Schuld ist. Dazu ermutigen wir unsere Mitarbeiter offen mit Fehlern umzugehen und so allen die Möglichkeit zur Qualitätssteigerung unserer Klinik zu geben.

D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Mit unserem Prozess „Internen Auditsystem“ stellen wir sicher, dass die Tätigkeiten des auditierten Bereiches/Prozesses mit den Forderungen der relevanten Abschnitte der Norm DIN EN ISO 9001:2000 sowie den dazugehörigen QM-Dokumentationen (z.B. Prozessbeschreibungen) übereinstimmen.

Wir nutzen das Interne Audit als Verbesserungsgespräch, um den Kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) für alle Bereiche der Klinik in Gang zu halten: Verbesserungspotenzial soll entdeckt, Vorschläge zur Ablaufverbesserung erörtert und Maßnahmen abgeleitet werden.

Insgesamt 10 Mitarbeiter beider Kliniken aus den Bereichen Medizin/Therapie, Pflegedienst, Hauswirtschaft und Haustechnik sind für das Interne Audit geschult. Wir achten darauf, Erkenntnisse der Abteilungen hinsichtlich der Qualität der Abläufe zu nutzen und voneinander zu lernen. Dafür lassen wir die Bereiche beider Kliniken (Hochgrat- und Adula-Klinik)sich gegenseitig auditieren.

D-1.3 Umsetzung / Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z.B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit).

In allen Bereichen beider Kliniken finden regelmäßige interne Besprechungen nach Plan statt, bei Bedarf werden außerplanmäßigen Sitzungen einberufen. Entscheidungen werden schriftlich protokolliert und umgehend an alle betroffenen Personen weiter geleitet. Bei der Übermittlung mündlicher Informationen wird besonders auf Verbindlichkeit und Verständnis des Rezipienten geachtet.

Die Forderungen des Datenschutzgesetzes müssen dabei jederzeit eingehalten werden. Insbesondere dürfen keine patientenbezogenen Inhalte in öffentlichem Kontext (innerhalb und außerhalb der Klinik) besprochen werden.

Dies gilt auch für die externe Kommunikation auf dem Post- oder elektronischen Weg sowie für den Umgang mit externen Telefonanrufen. Die Privatsphäre unsere Patienten bleibt unbedingt geschützt, es werden keine hausinternen Telefonnummern weitergegeben und Anrufe nur zu bestimmten Sprechzeiten an Mitarbeiter und Patienten weiter geleitet.

In unseren Kliniken ist jeweils ein Faxgerät verfügbar, eingehende Faxe werden, ebenso wie Posteingänge, umgehend weitergeleitet. Funktionen mit wichtigen Schnittstellen nach außen sind mit E-Mail-Adressen ausgestattet.

Die Website beider Kliniken ist für alle Interessenten der Öffentlichkeit zugänglich. Dort werden die Kliniken mit ihrem Leistungsspektrum dargestellt, zudem sind Stellenangebote, Termine für öffentliche Veranstaltungen und aktuelle Berichte dort veröffentlicht und.

Der Austausch mit unseren Einweisern und anderen niedergelassenen Kollegen (z.B. Weiterbehandlern) findet sowohl auf dem schriftlichen Wege, über die erstellten Arztbriefe und Berichte statt, als auch bei Bedarf bzw. konkreten Fragen telefonisch oder persönlich bei der jährlichen Ärztetagung.

D-2 Qualitätsziele

D-2.1 strategische/ operative Ziele

Wir wollen unsere Therapiequalität sichern, weiterentwickeln und kommunizieren.

Das bedeutet für uns:

- Aktive Mitgliedschaft im Institut für Qualität in der Psychotherapie IQP
- Teilnahme an vergleichender Qualitätssicherung (z.B. QS-Reha)
- Therapiebegleitende Datenerhebung
- Patientenbefragung
- Einweiserbefragung
- Kontinuierliche interne Fortbildung auf hohem Niveau
 - Freistellung bis zu 10 Tagen/Jahr je Mitarbeiter für externe Fort- und Weiterbildung
- Berichterlegung der internen und externe Qualitätssicherung
- Zertifizierung nach ISO 9001:2000

Wir wollen mit den Ressourcen der Kliniken effizient umgehen und wirtschaftlich arbeiten.

Das bedeutet für uns:

- Transparenz in der Leistungserbringung
- Förderung des Kostenbewusstseins
- effiziente Dokumentation der Behandlung
- Vermeidung unnötiger und/oder redundanter Arbeiten

Wir wollen die Qualität der Dokumentation in der Therapie kontinuierlich steigern.

Das bedeutet für uns:

- Informationsinhalte auf Wesentliches, Nutzbringendes aus Sicht des nächsten Nutzers zu prüfen
- Ansprechpartner für spezielle Fragestellungen (z.B. Reha-Doku) zu bieten
- Kenntnisse der Anforderungen an die Dokumentation in Schulungen vertiefen
- Einsatz moderner Kommunikationstechnik
- Einsatz geeigneter Software

Das bedeutet für uns:

- Informationsinhalte auf Wesentliches, Nutzbringendes aus Sicht des nächsten Nutzers zu prüfen
- Ansprechpartner für spezielle Fragestellungen (z.B. Reha-Doku) zu bieten
- Kenntnisse der Anforderungen an die Dokumentation in Schulungen vertiefen
- Einsatz moderner Kommunikationstechnik
- Einsatz geeigneter Software

Das bedeutet für uns:

- Informationsinhalte auf Wesentliches, Nutzbringendes aus Sicht des nächsten Nutzers zu prüfen
- Ansprechpartner für spezielle Fragestellungen (z.B. Reha-Doku) zu bieten
- Kenntnisse der Anforderungen an die Dokumentation in Schulungen vertiefen
- Einsatz moderner Kommunikationstechnik
- Einsatz geeigneter Software

Das bedeutet für uns:

- Informationsinhalte auf Wesentliches, Nutzbringendes aus Sicht des nächsten Nutzers zu prüfen

- Ansprechpartner für spezielle Fragestellungen (z.B. Reha-Doku) zu bieten
- Kenntnisse der Anforderungen an die Dokumentation in Schulungen vertiefen
- Einsatz moderner Kommunikationstechnik
- Einsatz geeigneter Software

D-2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung

Den Erfolg unserer Bemühungen zur Zielerreichung messen wir an:

- Benchmark (15 beteiligte Kliniken im IQP)
- interne Jahresvergleiche
- Ergebnis der Patientenzufriedenheitsbefragung
- Ergebnis der Einweiserzufriedenheitsbefragung
- wissenschaftliche Kennzahlen der psychometrischen Erhebungen
- Anzahl wissenschaftlicher Vorträge und Berichte
- Veröffentlichungen
- Zertifikaterhaltung
- Wirtschaftlichen Kennzahlen
- Rückfragen und ggf. Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen MDK
- Fehlerfreiheit der Berichte
- Teilnahme an Schulungen
- Stand der Kommunikationstechnik und Software

D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung

In regelmäßigen QM-Besprechungen (Jour Fixe) wird der Aktuelle Stand der Projekte und Eingaben aus unserem Verbesserungssystem EVI (Entwicklung - Verbesserung - Information) an die Leitung der Bereiche kommuniziert und an Mitarbeiter weitergegeben.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Das QM-System der Klinik ist nach DIN EN ISO 9001:2000 aufgebaut und seit 15. 12. 2006 zertifiziert.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Im folgenden sind die Instrumente des Qualitätsmanagements aufgelistet:

- EVI steht für Entwicklung Verbesserung und Information allen Patienten und Mitarbeitern als einrichtungsinternes Verbesserungssystem bzw. Beschwerdemanagement zur Verfügung.
- Interne Audits in allen Bereichen der Klinik.
- Jour Fixe der QMBs und Geschäfts- sowie Bereichsleitungen.
- Therapieevaluation anhand psychometrischer Verfahren werden mit dem Wiener Testsystem computergestützt durchgeführt.
- In einem einem Fragebogen wird die Patientenzufriedenheit mit allen Bereichen der Klinik erfragt.
- Fallbesprechungen finden in den Therapeutischen Teams regelmäßig jede Woche statt.
- Fallsupervisionen werden durch externe Fachleute in festgelegtem Zyklus durchgeführt.

- Die Mitarbeitern des Therapeutischen Teams nehmen turnusmäßig an Team-Supervisionen teil.
- Vorstationäre Beratung: Patienten werden bereits vor Antritt ihres stationären Aufenthaltes intensiv über Chancen und Risiken einer Behandlung aufgeklärt, gleichzeitig findet eine gründliche Prüfung hinsichtlich eines Behandlungsangebots seitens der Klinik statt.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Im Rahmen des ständigen Verbesserungsprozesses sind diverse interne Verbesserungsprojekte aufgesetzt, mit Verantwortlichkeiten, Ressourcen und Timeline versehen worden. Eine Regelmäßige Prüfung des Fortschritts wird durch Jour Fix, die Managementbewertung und die Überwachungsaudits durch den externen Zertifizierer gewährleistet.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Eine Bewertung des QM-Systems hinsichtlich der ständigen Eignung zur Zielerreichung der Klinik findet in der jährlichen Managementbewertung statt.