

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V
für das Berichtsjahr 2008

Psychiatrische Tagesklinik Preetz

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ
auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 23.07.2009 um 11:39 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
A-14	Personal des Krankenhauses
B-[1]	Psychiatrische Tagesklinik Preetz
B-[1].1	Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].6	Diagnosen nach ICD
B-[1].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 SGB V (BQS-Verfahren)
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden

Qualitätssicherung

- C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V
- C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] ("Strukturqualitätsvereinbarung")
- 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

Verantwortlich:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Dr. Herald Hopf	Leiter der Tagesklinik Preetz	(0 43 42) 76 20-0		h.hopf@bruecke-sh.de
Anja Staas	Referentin für Qualitätsmanagement	(04 31) 9 82 05-14		a.staas@bruecke-sh.de

Ansprechpartner:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
D. Herald Hopf	Leiter der Tagesklinik Preetz	(0 43 42) 76 20-0		h.hopf@bruecke-sh.de
Anja Staas	Referentin für Qualitätsmanagement	(04 31) 9 82 05-14		a.staas@bruecke-sh.de

Links:

<http://www.bruecke-sh.de>

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

Teil A - Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hausanschrift:

Psychiatrische Tagesklinik Preetz

Wakendorfer Straße 18

24211 Preetz

Telefon:

04342 / 7620 - 0

Fax:

04342 / 7620 - 22

E-Mail:

h.hopf@bruecke-sh.de

Internet:

<http://www.bruecke-sh.de>

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

510106622

A-3 Standort(nummer)

00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name:

Brücke Schleswig-Holstein gGmbH

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-11.1 Forschungsschwerpunkte

trifft nicht zu / entfällt

A-11.2 Akademische Lehre

trifft nicht zu / entfällt

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

trifft nicht zu / entfällt

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

18 Betten

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses:

Vollstationäre Fallzahl:

0

Ambulante Fallzahlen

Fallzählweise:

378

Quartalszählweise:

257

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	4 Vollkräfte	
davon Fachärzte und Fachärztinnen	4 Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0 Vollkräfte	

A-14.2 Pflegepersonal

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

Teil B - Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-[1] Fachabteilung Psychiatrische Tagesklinik Preetz

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

Psychiatrische Tagesklinik Preetz

Art der Abteilung:

Hauptabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

3160

Hausanschrift:

Wakendorfer Straße 18

24211 Preetz

Telefon:

04342 / 76200

E-Mail:

h.hopf@bruecke-sh.de

Internet:

<http://www.bruecke-sh.de>

Chefärztinnen/-ärzte:

Titel:	Name, Vorname:	Funktion:	Tel. Nr., Email:	Sekretariat:	Belegarzt / KH-Arzt:
Dr.	Hopf, Herald	Leiter der Tagesklinik	04342 76200 h.hopf@bruecke-sh.de		

B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte [Psychiatrische Tagesklinik Preetz]

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrische Tagesklinik Preetz:	Kommentar / Erläuterung:
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrische Tagesklinik Preetz:	Kommentar / Erläuterung:
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	

B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Psychiatrische Tagesklinik Preetz]

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP07	Beratung/Betreuung durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP11	Bewegungstherapie	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	
MP27	Musiktherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Psychiatrische Tagesklinik Preetz]

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA55	Beschwerdemanagement	
SA22	Bibliothek	
SA27	Internetzugang	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA08	Teeküche für Patienten und Patientinnen	
SA19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer	
SA58	Wohnberatung	

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

Vollstationäre Fallzahl:

0

Teilstationäre Fallzahl:

154

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10- Ziffer* (3-stellig):	Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	F32	38	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
2	F33	35	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit
3	F43	25	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben
4	F20	14	Schizophrenie
5	F41	13	Sonstige Angststörung
6	F60	7	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung
7	F25	6	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffective Störung
7	F31	6	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit
9	F22	<= 5	Psychische Störung, bei der dauerhafte falsche Überzeugungen bzw. Wahnvorstellungen auftreten
9	F23	<= 5	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

B-[1].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

keine Angaben

B-[1].7 Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr:	Art der Ambulanz:	Bezeichnung der Ambulanz:	Nr. / Leistung:	Kommentar / Erläuterung:
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V		<ul style="list-style-type: none">• Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)• Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)• Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)• Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)• Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)	

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

trifft nicht zu / entfällt

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

nicht vorhanden

B-[1].11 Apparative Ausstattung

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].12 Personelle Ausstattung

B-[1].12.1 Ärzte und Ärztinnen:

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	4 Vollkräfte	

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
davon Fachärzte und Fachärztinnen	4 Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung:

Nr.	Facharztbezeichnung:	Kommentar / Erläuterung:
AQ23	Innere Medizin	
AQ42	Neurologie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	

B-[1].12.2 Pflegepersonal:

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung:

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss:	Kommentar / Erläuterung:
PQ10	Psychiatrische Pflege	

B-[1].12.3 Spezielles therapeutisches Personal: Für die Organisationseinheit/Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
SP23	Psychologe und Psychologin	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	

Teil C - Qualitätssicherung

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

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

Die Psychiatrische Tagesklinik Preetz der Brücke Schleswig-Holstein gGmbH beteiligt sich an einem Benchmarking mit der Partnertagesklinik der Brücke Schleswig-Holstein gGmbH in Heide. In diesem Benchmarking werden kontinuierlich anonymisiert erhoben und jährlich ausgewertet:

- der GAF bei Aufnahme und Entlassung
- soziodemographische Basisdaten
- gesundheitliche Basisdaten
- Patient/innen-Zufriedenheitsbefragung

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] ("Strukturqualitätsvereinbarung")

trifft nicht zu / entfällt

Teil D - Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Die Psychiatrische Tagesklinik Preetz ist eine Einrichtung der Brücke Schleswig-Holstein gGmbH und unterliegt somit auch deren Qualitätspolitik und Qualitätsmanagement.

Orientierung am EFQM-Modell

Die Brücke SH orientiert ihr Qualitätsmanagementsystem am Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM). Dieses Modell ist in erster Linie ein Instrument zur umfassenden Selbstbewertung der Qualität in einer Organisation. Es gibt keine Standards vor, sondern bietet einen Leitfaden mit neun Untersuchungskriterien, die den Blick darauf richten, wie die Organisation ihre Ziele plant, wie diese umgesetzt werden, ob und wie der Erfolg dieser Umsetzungen bewertet und überprüft wird, welche Ergebnisse dabei erreicht und wie Verbesserungen daraus abgeleitet werden und wiederum in den Planungszyklus einfließen.

Bei den ersten fünf Kriterien, den so genannten Befähiger-Kriterien, geht es darum zu bewerten, *wie* die Organisation bei der Umsetzung ihrer Ziele vorgeht. Hier werden anhand eines detaillierten Fragenkataloges die Themenbereiche Führung, Politik und Strategie, Mitarbeiterorientierung, Partnerschaften und Ressourcen und Prozesse untersucht. Die vier Ergebnis-Kriterien untersuchen, *was* bei diesen Umsetzungen herausgekommen ist, d.h. welche kunden-, mitarbeiter-, gesellschaftsbezogenen und sonstigen wichtigen Ergebnisse die Organisation erreicht hat.

Ziel einer EFQM-Selbstbewertung ist die Identifikation von Stärken und Verbesserungspotenzialen in den jeweiligen Untersuchungsbereichen. So entsteht ein umfassendes Bild des derzeitigen Standes der Qualität in allen Bereichen der Organisation. Die Selbstbewertungsgruppe legt nach jeder Selbstbewertung eine überschaubare Zahl wichtiger Verbesserungsprojekte für die nähere Zukunft fest. Auf diese Art und Weise entwickelt sich die Organisation kontinuierlich ihren Zielen entsprechend weiter.

Leitzielorientierte Qualitätsentwicklung

Das EFQM-Modell gibt zwar eine gute Struktur für die differenzierte Betrachtung unterschiedlicher Dimensionen der Qualität in der Organisation vor, aber keine fachlich begründeten Qualitätsstandards bzw. -indikatoren. Die Brücke SH entwickelt daher das inhaltliche Qualitätsverständnis ihrer Arbeit werte- und leitzielorientiert.

An oberster Stelle der Qualitätsentwicklung steht das Leitbild. Es enthält Aussagen zu den grundlegenden Werten der Organisation, zu unserer Haltung, zu unserem Menschenbild und zu unserer Beziehungsgestaltung nach innen und außen. Das Leitbild ist für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbindliche Richtschnur in ihrem alltäglichen Handeln. Es ist die Basis für alle Planungen und Aktivitäten. Die derzeitige Form des Leitbildes entstand in 2003. Sie ist das Ergebnis der vierten Leitbildüberarbeitung in der Geschichte der Brücke SH. An seinem Entstehungsprozess waren MitarbeiterInnen, NutzerInnen und GesellschafterInnen beteiligt. (*vollständiger Text des Leitbildes: siehe <http://www.bruecke-sh.de/wir/index.php?kat=wir&the=leit>*)

Abgeleitet aus dem Leitbild entwickeln wir die Grundsätze unserer Arbeit. Diese Grundsätze beschreiben, wie die Werte des Leitbildes in Bezug auf unsere verschiedenen Arbeitsfelder grundlegenden und längerfristigen Qualitätsziele in den Arbeitsbereichen Berufliche und Psychosoziale Rehabilitation, Medizinische Behandlung und Pflege, Partnerschaften und Netzwerke wie in Bezug auf die Querschnittsaufgaben Empowerment, Förderung von Vielfalt und Chancengleichheit, Führung und Zusammenarbeit, MitarbeiterInnenorientierung und Personalentwicklung, interne und externe Kommunikation, Organisation, Finanzen und Wirtschaft. Die Erarbeitung der Grundsätze unserer Arbeit erfolgt in Projektgruppen bzw. im Leitungskreis unter Einbeziehung der MitarbeiterInnen. (*ausführliche Texte: siehe <http://www.bruecke-sh.de/wir/index.php?kat=wir&the=leit>*)

Die Brücke Schleswig-Holstein versteht sich als sozialpsychiatrisch orientiertes Dienstleistungsunternehmen und fühlt sich den folgenden fachlichen Grundsätzen und Zielen verpflichtet:

- Übernahme von Versorgungsverantwortung in der Region
- Entwicklung und Gestaltung eines niedrigschwelligen, gemeindezentrierten Netzwerkes an Hilfen
- Lebensweltorientierte Ausrichtung der Hilfen
- Personenzentrierte Ausrichtung der Hilfen: subjekt- und beziehungsorientierte Angebote anstelle einer institutionellen, objektorientierten Ausrichtung
- Ganzheitliche Hilfen nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen
- Sicherstellung von Betreuungskontinuität über Einrichtungsgrenzen hinweg durch Komplexleistungsangebote bzw. integrierte Angebote
- Bedeutung der individuellen Biografie: „Aus einem Fall eine Lebensgeschichte machen“
- Beteiligung der Nutzerinnen und Nutzer unserer Einrichtungen an der individuellen Ausgestaltung der Hilfen sowie die Schaffung von Mitwirkungsmöglichkeiten auf allen Ebenen der Organisation
- Anknüpfung der Hilfen an bestehende Ressourcen, Fähigkeiten, Netzwerke

- Beachtung der individuellen Rechte auf angemessene Wohn- und Lebensräume, angemessene Tätigkeit, autonome Lebensgestaltung, gesundheitliche Stabilität, soziale Teilhabe
- Konstruktive Gestaltung des kommunalen Miteinanders

Bei der medizinischen Behandlung und Rehabilitation ist die Förderung der seelischen Stabilität und Gesundheit der Patientinnen und Patienten wegweisend. Wir gehen davon aus, dass seelische Krisen und Phasen der emotionalen Belastung zum Leben dazu gehören. Die therapeutische Arbeit mit psychisch erkrankten Frauen und Männern in unseren Tageskliniken zielt deshalb wesentlich darauf ab, zu lernen, trotz der psychischen Probleme ein zufriedenes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen. Körperliche, soziale und kreative Ressourcen werden deshalb gefördert und für die Lebensbereiche Arbeit, Freizeitgestaltung, Freundschaften, Partnerschaften und Familie zielorientiert umgesetzt.

Bei der Gestaltung unserer Angebote im Bereich der medizinischen Behandlung und Rehabilitation setzen wir uns dafür ein, dass psychisch kranke Menschen wohnortnah Zugang zu qualifizierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, zu Pflege und Rehabilitation erhalten. Die Leistungen sollen die Selbständigkeit und Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten weitest möglich fördern und sich an sozialpsychiatrischen Standards orientieren. Konsequenterweise setzen wir die Prinzipien "ambulant vor stationär", "Rehabilitation vor Pflege" und „Rehabilitation vor Rente“, um.

Wir erbringen eigene psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungs-, Rehabilitations- und Pflegeleistungen, entwickeln integrierte Angebote und arbeiten mit anderen Leistungserbringern in der Gesundheitsversorgung partnerschaftlich und eng zusammen. Wir beachten in unserer Arbeit, dass seelische Erkrankungen bei Frauen und Männern unterschiedliche Auslöser haben (können) und in ihren Auswirkungen für Frauen und Männer unterschiedlich sind.

Durch qualifizierte Weiterentwicklung der Angebote wollen wir den Zugang zur ambulanten und tagesklinischen Behandlung und Rehabilitation für weitere Personengruppen erschließen, wie für psychisch erkrankte alte Menschen, Kinder und Jugendliche, Abhängigkeitserkrankte, Migrantinnen und Migranten und Menschen mit geistiger Behinderung.

Aus den grundlegenden Qualitätszielen, wie sie in den Grundsätzen unserer Arbeit beschrieben werden, leiten sich sämtliche Planungen für einen mittelfristigen Zeitraum von ca. drei Jahren ab. Derzeit werden die internen Planungen für alle Arbeitsbereiche und die Querschnittsthemen für 2009 - 2012 erarbeitet und mit Kennzahlen hinterlegt. Die strategischen Planungen werden im Dialog zwischen Geschäftsleitung und Führungskräften entworfen. Im Rahmen der jährlich stattfindenden Mitarbeitergespräche werden mit den Führungskräften Zielvereinbarungen getroffen, die sich aus den strategischen Zielen für die jeweilige Region bzw. den Bereich ableiten. Der Fortschritt der Zielerreichung wird in vierteljährlichen Reportinggesprächen zwischen der Geschäftsführung und den einzelnen Regionalleitungen anhand von

Kennzahlen überprüft und gesteuert. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden ausführlich über diese Planungen informiert und bei der Ausgestaltung der Umsetzungen miteinbezogen.

Die wesentlichen Geschäftsprozesse der Brücke SH sind definiert und beschrieben. Die Verantwortlichkeiten für sämtliche Prozesse und Aufgaben sind in einer umfassenden Verantwortungsmatrix festgelegt. Sämtliche Prozesse, Richtlinien und Regelungen sowie wichtige Informationen sind im Organisationshandbuch niedergelegt. Das Organisationshandbuch wird laufend aktualisiert und ist für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter per Intranet zugänglich. Aktuelle Informationen werden über den ebenfalls per Intranet zugänglichen Rundbrief weitergegeben. In allen Einrichtungen sowie im Leitungskreis auf regionaler und überregionaler Ebene finden zudem regelmäßige Besprechungen statt.

D-2 Qualitätsziele

siehe Qualitätspolitik

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die oberste Prozessverantwortung für das Qualitätsmanagement der Brücke Schleswig-Holstein liegt beim Geschäftsführer. Er entscheidet über die Grundsätze des Qualitätsmanagements, allgemeine Regelungen, Strukturen, Prozesse und Standards. Die Referentin für Qualitätsmanagement (Teilzeit) arbeitet der Geschäftsführung in relevanten Fragen des Qualitätsmanagements zu. Für die Führungskräfte ist sie als Beraterin in allen Fragen des Qualitätsmanagements ansprechbar. Bei der Umsetzung des Qualitätsmanagements arbeitet sie eng mit den Führungskräften zusammen. Gemeinsam mit einer weiteren Stelle (Teilzeit) in diesem Bereich ist sie verantwortlich für Dokumentation und Evaluationsvorhaben.

Seit 1994 beteiligten sich die Tageskliniken an der allgemeinen Basisdokumentation der Brücke SH. Stufenweise wurde diese ab 2004 an die Zielsetzung der Tageskliniken angepasst. Die Dokumentation der Tageskliniken besteht aus einer statistischen Basisdokumentation und einer Dokumentation der Behandlung. Für jeden Patienten wird ein anonymisierter Fragebogen ausgefüllt, der Angaben zur allgemeinen Lebenssituation, sozialen Integration, Gesundheit und Krankengeschichte enthält. Daneben wird von jedem Patienten, jeder Patientin der Tagesklinik bei Entlassung anonym ein Fragebogen zur Zufriedenheit und Zielerreichung ausgefüllt. Die Basisdokumentation und die Zufriedenheitsbefragung wird einmal jährlich innerhalb eines organisationsinternen Benchmarkings zwischen den Tageskliniken der Brücke SH

ausgewertet und mündet in klinikinterne Verbesserungsmaßnahmen.

Die Verantwortung für die Umsetzung des Qualitätsmanagements in den Einrichtungen vor Ort liegt bei den regionalen Führungskräften, in der Tagesklinik Preetz beim ärztlichen Leiter der Klinik. Er ist einerseits verantwortlich für die Umsetzung der allgemein in der Brücke geltenden Regeln und Prozesse und andererseits für die Entwicklung fachspezifischer Qualitätsstandards in der Tagesklinik und der angegliederten Institutsambulanz.

Im Rahmen der Organisationsstrukturreform in 2004 wurde die Durchführungsverantwortung für das Qualitätsmanagement den für die jeweiligen Fachbereiche verantwortlichen Referentinnen und Referenten übertragen. Verantwortlich für die Tagesklinik war somit 2008 zunächst die Referentin für den Bereich medizinische Behandlung, Pflege und Rehabilitation. Im Berichtszeitraum wechselte die Zuständigkeit bedingt durch Personalwechsel zum Geschäftsführer.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

- Externe Fall- und Teamsupervision durch eine psychologische Psychotherapeutin in eigener Praxis und mit eigenem Institut (10 mal jährlich)
- Erstellen und Einhalten eines strukturierten Fortbildungsplans für alle therapeutisch tätigen Mitarbeiter des Hauses.
- In 2008 fanden geförderte Weiterbildungen statt in tiefenpsychologischer, verhaltenstherapeutischer und systemischer Psychotherapie einzeln und in der Gruppe, Traumatherapie, Gesprächsführung, Gruppeneffekte in der Therapie, Persönlichkeitsstörungen, Chi-Gong, Schematherapie, systemische Beratung mit Coaching, sozialpsychiatrischer Basisqualifikation, Musiktherapie, migrationspezifischen Ansätzen, Geriatrie mit Demenzen, Patientenbeteiligung, psychosozialer Rehabilitation, neuropsychologischer Grundlagenforschung, Versorgungsforschung, , Einsatz aktueller Medikation, EDV-Einsatz in der Klinik, Philosophische Grundlagen und Menschenbild u. a.
- Dokumentation und jährlicher Vergleich in wichtigen Kenndaten (Basisdokumentation, BADO) mit der psychiatrischen Partnertagesklinik Heide und über regelmäßige Leitungstreffen mit den anderen psychiatrischen Tageskliniken in der Arbeitsgemeinschaft psychiatrischer Tageskliniken Schleswig-Holsteins.
- Organisation und Durchführung eines Qualitätszirkels Psychotherapie (seit 2001) mit der Zielgruppe aller niedergelassenen und angestellten ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Teilnahme der Ärzte und Psychologen durchschnittlich 4 mal im Jahr.
- Fest etabliertes tagesklinikinternes System für Beschwerde und Verbesserungsvorschläge über Patienten- und Mitarbeiterrückmeldung: Wöchentliche spezielle Thematisierung von Beschwerden/Verbesserungsvorschlägen in einer Vollversammlung aller Patienten.
- Aktiver Hinweis auf das Vorschlags- und Beschwerdesystem innerhalb des Trägers Brücke Schleswig-Holstein sowie extern im DPWW und in der Ärztekammer Schleswig-Holstein.

- Alle zwei Jahre Durchführung einer umfangreichen Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung, in 2007 erstmals "Great Place to Work". In diesem bundesweiten Wettbewerb "Beste Arbeitgeber im Gesundheitswesen 2008" belegte die Brücke SH den 1. Platz unter vergleichbar großen Unternehmen.
- Zur differenzierten Bewertung der Patientenzufriedenheit und zur verbesserten statistischen Auswertung gezielter Fragestellungen wurde gemeinsam mit der Partnertagesklinik in Heide ein Statistikbogen für den Zeitraum der Aufnahme von Patienten in der Tagesklinik und eine Zufriedenheitsfragebogen kurz vor der Entlassung entwickelt und eingesetzt. Erste Auswertung ergab eine viel versprechende Datenbasis, die über die Jahre erweitert werden soll. Gleichzeitig Einführung der Erhebung von GAF-Werten bei Aufnahme und Entlassung als Kennzahl zur Wirkungsorientierung.
- Tägliche Intervention im therapeutischen Mitarbeiterpool zur Abstimmung der unterschiedlichen professionellen und therapeutischen Sichtweisen und deren Integration.
- Strukturierte Jahresmitarbeitergespräche fanden im Oktober/November 2008 turnusgemäß statt.
- Zur Abstimmung zwischen psychiatrischer Institutsambulanz und Tagesklinik führten wir gemeinsame Supervisionen (4 mal), Fortbildungen (2 mal) und Organisationsabstimmungen (ca. 36 mal) durch. Überleitungen in beide Richtungen wurden dadurch unkomplizierter.
- Abstimmung und Qualitätssicherung der Behandlungsangebote und -maßnahmen im therapeutischen Verbund der Hilfsangebote des Trägers (monatliche regionale Leitungskonferenz, quartalsweises Coaching der Leitungskräfte, monatliche Besprechungen mit dem Integrationsfachdienst) sowie aller psychiatrischen Anbieter in der Region (Teilnahme am AK dezentrale Psychiatrie, Gemeindepsychiatrischer Verbund und am AK Gerontopsychiatrie, alle ca. vierteljährlich).
- Kooperation mit personellem Austausch zwischen voll- und teilstationärer Krankenhausbehandlung der unterschiedlichen Träger. Teilnahme an Bereitschaftsdiensten der psychiatrischen Abteilung der AMEOS-Klinik Preetz und beim sozialpsychiatrischen Dienst am Kreisgesundheitsamt Plön.
- Qualitätssicherung der Laborparameter im kooperierenden Labor.

D-5 Qualitätsmanagementprojekte

In der Tagesklinik fanden im Berichtszeitraum keine einmaligen, zeitlich begrenzten Prozesse zur Erreichung von Qualitätszielen statt. Stattdessen wurde auf kontinuierliche Verbesserungsprozesse fokussiert. Hierzu wurde im Berichtszeitraum ein neuer Prozess eingeführt und in seiner Wirksamkeit überprüft:

- Einführung des Zufriedenheitsfragebogens für Patientinnen und Patienten, Aufnahme eines gemeinsamen Benchmarking mit der anderen Tagesklinik der Brücke SH

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

In der Tagesklinik Preetz haben im Berichtszeitraum keine allgemeinen Selbst- oder Fremdbewertungen stattgefunden.