



Strukturierter Qualitätsbericht 2008

Psychiatrische Tagesklinik Ostholstein

*gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über das Berichtsjahr 2008
erstellt am 27.08.2009*

Impressum

Krankenhaus: Psychiatrische Tagesklinik Ostholstein
Anschrift: Rettiner Weg 30
23730 Neustadt in Holstein
Tel. 04561 1011
Fax 04561 9484
<http://www.tagesklinik-ostholstein.de>

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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-11.1	Forschungsschwerpunkte
A-11.2	Akademische Lehre
A-11.3	Ausbildung in anderen Heilberufen
A-12	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses
A-14	Personal des Krankenhauses
A-14.1	Ärzte und Ärztinnen
A-14.2	Pflegepersonal

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1	Psychiatrische Tagesklinik Ostholstein
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-1.6.1	Hauptdiagnosen nach ICD
B-1.6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen
B-1.7	Prozeduren nach OPS
B-1.7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS
B-1.7.2	Weitere Kompetenzprozeduren
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
B-1.12.1	Ärzte und Ärztinnen
	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung
B-1.12.2	Pflegepersonal
B-1.12.3	Spezielles therapeutisches Personal

Inhaltsverzeichnis

C **Qualitätssicherung**

- 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 **Qualitätsmanagement**

- D-1 Qualitätspolitik
- D-2 Qualitätsziele
- D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements
- D-5 Qualitätsmanagementprojekte
- D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Einleitung

Die in zentraler Lage gelegene Psychiatrische Tagesklinik Ostholstein wird zu gleichen Teilen von der AMEOS Krankenhausgesellschaft Holstein mbH und Der Brücke Ostholstein gGmbH getragen.

Die Versorgung umfasst die allgemeinpsychiatrische Behandlung von Erwachsenen mit sozialpsychiatrischem Schwerpunkt. Es stehen insgesamt 15 Behandlungsplätze und eine angegliederte psychiatrische Institutsambulanz zur Verfügung. Die Einrichtung verfügt über Ruhezoneen ebenso wie über Gemeinschaftsräume. Diese Strukturqualität ist eine adäquate Basis für unseren konzeptionellen Ansatz.

Die Psychotherapieangebote erfolgen überwiegend in Gruppen und sind verhaltenstherapeutisch, ressourcenorientiert, tiefenpsychologisch und systemisch angelegt. Es werden ärztliche und pflegerische Leistungen angeboten mit psychiatrischem Schwerpunkt, der Möglichkeit einer psychiatrischen Medikation, einschließlich der notwendigen Laborkontrollen und ein Bezugsgruppensystem.

Weitere therapeutische Angebote bestehen in Gesprächs-, Ergo-, Musik-, Entspannungs- und Bewegungs- und Sporttherapien.

Angebote zur strukturierten Freizeitgestaltung, Kochen, Training sozialer Kompetenzen, Training zur Steigerung der Selbstkontrolle, eine Suchtaufklärungsgruppe und die ZERA-Gruppe (Zusammenhang zwischen Erkrankung, Rehabilitation und Arbeit) ergänzen das Angebot.

Dabei liegt der Schwerpunkt der Behandlung auf der Re-Integration in die Arbeit und die Zurückführung in eine geregelte Tagesstruktur.

Teil A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hausanschrift:
 Rettiner Weg 30
 23730 Neustadt in Holstein
 Postanschrift:
 Postfach: 1442
 23724 Neustadt in Holstein
 Telefon: 04561 1011
 Fax: 04561 9484
 E-Mail: info@tagesklinik-ostholstein.de
 Internet: <http://www.tagesklinik-ostholstein.de>

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

510100659

A-3 Standort(nummer)

00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: AMEOS Krankenhausgesellschaft Holstein mbH (50%) und Die Brücke Ostholstein gGmbH (50%)
 Art: freigemeinnützig und privat

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Nein

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Trifft nicht zu / entfällt.

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Trifft nicht zu / entfällt.

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Die Versorgungsschwerpunkte sind bei den einzelnen Fachabteilungen im Teil B aufgeführt.

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Die medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote sind bei den einzelnen Fachabteilungen im Teil B aufgeführt.

Teil A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Die nicht-medizinischen Serviceangebote sind bei den einzelnen Fachabteilungen im Teil B aufgeführt.

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

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

15

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fallzahl: 0

Ambulante Fallzahl:

Quartalszählweise: 163

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar / Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	1,4 Vollkräfte	
– davon Fachärzte und Fachärztinnen	1,4 Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0 Personen	

A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	0,9 Vollkräfte	3 Jahre	

Teil A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

	Anzahl	Ausbildungs- dauer	Kommentar / Erläuterung
Gesundheits- und Kinder- krankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0,5 Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0,0 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0,0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
Entbindungspfleger und Hebammen	0,0 Personen	3 Jahre	
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Psychiatrische Tagesklinik Ostholstein

B-1.1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Psychiatrische Tagesklinik Ostholstein

Fachabteilungsschlüssel: 2960

Hausanschrift:

Rettiner Straße 30

23730 Neustadt in Holstein

Postanschrift:

Postfach: 1442

23724 Neustadt in Holstein

Telefon: 04561 1011

Fax: 04561 9484

E-Mail: info@tagesklinik-ostholstein.de

Internet: <http://www.tagesklinik-ostholstein.de>

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung:

Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

B-1.2

Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte	Kommentar / Erläuterung
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
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	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Nr.	Versorgungsschwerpunkte	Kommentar / Erläuterung
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	

B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung / -beratung / -seminare	
MP07	Beratung / Betreuung durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen	
MP08	Berufsberatung / Rehabilitationsberatung	
MP11	Bewegungstherapie	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassungsmanagement / Brückenpflege / Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie / Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement / Case Management / Primary Nursing / Bezugspflege	Bezugspflege
MP27	Musiktherapie	
MP34	Psychologisches / psychotherapeutisches Leistungsangebot / Psychosozialdienst	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP52	Zusammenarbeit mit / Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Serviceangebot	Kommentar / Erläuterung
SA01	Aufenthaltsräume	
SA08	Teeküche für Patienten und Patientinnen	
SA12	Balkon / Terrasse	
SA16	Kühlschrank	
SA18	Telefon	

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Nr.	Serviceangebot	Kommentar / Erläuterung
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung	
SA22	Bibliothek	
SA27	Internetzugang	
SA31	Kulturelle Angebote	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

B-1.6 Diagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10-Ziffer (3-stellig)	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F32.1	38	Mittelgradige depressive Episode
2	F32.2	16	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
3	F33.2	14	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
4	F33.1	10	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
5	F20.0	10	Paranoide Schizophrenie
6	F43.2	<=5	Anpassungsstörungen
7	F60.3	<=5	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
8	F41.0	<=5	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]
9	F43.1	<=5	Posttraumatische Belastungsstörung
10	F25.0	<=5	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Trifft nicht zu / entfällt.

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1.7 Prozeduren nach OPS

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. der Ambulanz	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Psychiatrische Institutsambulanz Ostholstein		

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu / entfällt.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:

Nein

Stationäre BG-Zulassung:

Nein

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)	1,4 Vollkräfte	
– davon Fachärzte und Fachärztinnen	1,4 Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0 Personen	

Teil B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung	Kommentar / Erläuterung
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	

B-1.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	0,9 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0,5 Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0,0 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0,0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
Entbindungspfleger und Hebammen	0,0 Personen	3 Jahre	
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	

B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar / Erläuterung
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin / Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
SP23	Psychologe und Psychologin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	

Teil C Qualitätssicherung

- C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)**
Entfällt / die Daten liegen zum Veröffentlichungszeitpunkt noch nicht vor.
- 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 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

Das Qualitätsmanagement der psychiatrischen Tagesklinik Ostholstein umfasst alle Bereiche. Dadurch stellt die Förderung des Qualitätsbewusstseins einen konstanten und integralen Faktor der täglichen Praxis dar. Dieser Ansatz lässt sich als Total Quality Management (TQM) zusammenfassen und ist bestrebt, sämtlichen internen und externen Interessensgruppen bestmögliche Ergebnisse anzubieten.

Der TQM-Ansatz beinhaltet drei dafür wichtige Grundsätze:

- "Total" beschreibt die Ausdehnung dieses Prinzips auf alle Bereiche der psychiatrischen Tagesklinik und alle beteiligten Interessensvertreter. Für diese Realisierung wird ausdrücklich ein fach-, berufsgruppen-, hierarchie- und abteilungsübergreifender Ansatz präferiert und langfristige Bindungen und Kooperationen mit unseren PartnerInnen gewünscht und realisiert.
- "Quality" sagt etwas über die zentrale Aussage und Aufgabe der psychiatrischen Tagesklinik Ostholstein aus. Es ist unser nachhaltiges Bestreben und damit der wichtigste Grundsatz unserer Unternehmenspolitik, eine Leistungserstellung zu realisieren, die zu einer maximalen Zufriedenheit aller Beteiligten führt. Dies ist der Maßstab, an dem wir uns messen lassen möchten. Qualitativ hochwertige Dienstleistungen stellen nämlich unsere Existenzberechtigung dar und sind Ausdruck unserer hohen Verantwortlichkeit gegenüber jedem Einzelnen und der Gesellschaft.
- "Management" meint die größtmögliche Vernetzung von Qualitäts- und Unternehmenspolitik, die von der obersten Leitungsebene vorgelebt wird und fördernd und motivierend auf die nachgeordneten MitarbeiterInnen wirkt. Gleichzeitig findet über eine Integration der MitarbeiterInnen in diese Grundsätze statt. Nur durch motivierte und hochqualifiziert ausgebildete MitarbeiterInnen können Aufgaben adäquat delegiert werden und Möglichkeiten der Partizipation an der Unternehmensentwicklung erfolgreich stattfinden. Diese Orientierung an unseren MitarbeiterInnen basiert auf den uns gestellten Anforderungen durch die PatientInnen. Unsere erstklassige Ergebnisqualität wird durch eine bestmögliche Struktur- und Prozessqualität gewährleistet.

Nach unserer Überzeugung beinhaltet die Etablierung dieses Ansatzes eine strategische Ausrichtung, die geprägt ist von einer langfristigen Positionierung. Nur auf die Weise manifestiert sich die Bedeutung einer kontinuierlichen Qualitätsförderung, die damit zu einer wichtigen Variante der Unternehmenspolitik wird. Ein nur zeitlich befristetes Qualitätsprogramm in Form von rein operativen Umsetzungen wird dem Grundgedanken nicht gerecht.

Durch die Qualitätspolitik werden Prozesse hinterfragt, analysiert und stetig verbessert, Arbeitsabläufe optimiert und kontinuierliche Verbesserungen realisiert. Über unser Qualitätsmonitoring werden Ergebnisse ermittelt, die Auskunft über die Zielerreichung und damit über den weiteren Handlungsbedarf geben. Das übergeordnete und damit handlungsleitende Ziel besteht in der dauerhaften Förderung der Zufriedenheit aller Interessensgruppen.

Eng damit verbunden ist der offene Informationsfluss, die transparente Kommunikation und zielgerichtete Schulung. Erst die im Detail zu konkretisierenden Qualitätsaspekte schaffen eine solide und robuste Basis, um die Qualitätspolitik präzise und zielorientiert in den Routinebetrieb zu integrieren. Dies ist nur unter Schaffung einer integren Unternehmenskultur möglich.

Der psychiatrischen Tagesklinik Ostholstein ist es gelungen, diese Partialaspekte einer modernen Unternehmensführung optimal miteinander zu vernetzen und auf diesem Weg einen hochqualitativen Leistungserstellungsprozess zu garantieren.

Teil D Qualitätsmanagement

Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung des TQM-Modells ist die Bereitschaft der Unternehmensleitung, adäquate Rahmenbedingungen zu garantieren. Hierzu zählen neben den unverzichtbaren personellen Ressourcen auch Zeitkontingente für Schulungsprogramme, eine angemessene Sachmittelausstattung und eine aktive organisatorische Unterstützung. Diese allgemeinen Prämissen und die unverzichtbaren Vorbildfunktionen der Führungskräfte im Sinne von Promotoren der Qualitätsentwicklung haben wir realisieren können.

Unsere Grundannahmen für die Entwicklung der Qualitätspolitik bestehen in folgenden Überlegungen:

- Qualitätsmanagement stellt die Menschen in den Mittelpunkt, insbesondere PatientInnen und MitarbeiterInnen.
- Qualitätsziele orientieren sich an den Wünschen und Bedürfnissen der PatientInnen.
- Die optimale Behandlung unserer PatientInnen basiert auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand, die Orientierung an den Leitlinien der Fachgesellschaften, den pflegerischen Standards und den Expertenstandards.
- Die Kompetenz und das Wissen unserer MitarbeiterInnen sind entscheidende Grundlagen einer optimalen Behandlung und werden durch vielfältigen Wissenstransfer gefördert.
- Qualitätsmanagement bedeutet einen Entwicklungsprozess langfristig und systematisch zu gestalten.
- Jedes erreichte Qualitätsniveau kann nur Ausgangspunkt für eine Weiterentwicklung sein. Dies wird unter dem Begriff kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) zusammengefasst.
- Die Leistungen der psychiatrischen Tagesklinik Ostholstein werden im Behandlungsteam erbracht. Daher ist unser Qualitätsmanagement konsequent bereichs-, hierarchie- und berufsgruppenübergreifend ausgerichtet.
- Gerade in Dienstleistungsbereichen kommt dem Qualitätsmanagement eine herausragende Bedeutung zu. Da die Qualitätsbewertung bei Dienstleistungen immer erst nach der eigentlichen Inanspruchnahme durchgeführt werden kann, ist uns das gewährte Vertrauen Aufgabe und Ansporn zugleich.
- Ein kooperativer, effektiver und effizienter Führungsstil sind ein Garant für Qualität, Stabilität und Sicherheit und damit Voraussetzung für ein optimales Leistungsgeschehen.
- Leistungstransparenz, ein gezielter Informationsfluss und ein leitbildkonformer Umgang realisieren ein Klima, in der Verbesserungspotenziale erkannt werden können, die wir als Chance und Herausforderung betrachten, um Handlungsabläufe kritisch zu reflektieren und zu verbessern.

Um die umfassenden Aspekte unserer Qualitätspolitik in die selbstverständliche tägliche Praxis integrieren zu können, sahen wir die unverzichtbare Notwendigkeit, eine unternehmensspezifische und authentische "Vision der Werte" zu formulieren und überzeugend zur individuellen Verinnerlichung entsprechend zu kommunizieren. Wir ließen uns bei diesem Gedanken davon leiten, dass die Bewusstmachung eines visionären Leitbildes eine im Denken und Handeln eigendynamische Bedeutung erlangen wird. In der konkreten Umsetzung ist es uns wichtig, dass diese Unternehmensphilosophie kontinuierlich mit Leben erfüllt und im Arbeitsalltag konkretisiert wird.

Unser Leitbild bildet die innere Identifikationsmöglichkeit für unsere MitarbeiterInnen und entfaltet in ihrer Umsetzung gleichzeitig eine Außenwirkung, die für unsere PatientInnen unmittelbar erfahrbar und fühlbar wird. Dabei wird bei unserem Leitbild zwischen den abzuleitenden Missionen und ihren konkreten Ausgestaltungen differenziert.

Der eingeleitete TQM-Prozess kann als Kaskade von Unternehmenspolitik, Unternehmensstrategie und Qualitätspolitik verstanden werden, der über eine visionäre Ausrichtung schließlich in praxisorientierte Handlungen und Darstellungen mündet.

Teil D Qualitätsmanagement

Unser gemeinsam erarbeitetes Leitbild bildet die Wertegrundlage unserer Tätigkeiten. Auf sie bauen nicht nur unsere oben formulierten Grundannahmen auf, sondern auch unsere Zielsetzungen und Handlungsabläufe.

"Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, Menschen mit psychischen und neurologischen Erkrankungen sowie geistigen und seelischen Behinderungen umfassende und vielseitige Hilfen anzubieten. ... Unsere Vision ist, dass psychisch erkrankte und behinderte Menschen ein zufriedenes Leben führen können und ihnen alle Möglichkeiten offen stehen, die auch für andere selbstverständlich sind."

So beginnt bzw. endet unser gemeinsames Leitbild. Es verbindet und ist verbindlich. Wir fassen unseren Versorgungsauftrag unter dem Satz

"Leben und Gesundheit in guten Händen"

zusammen.

Das Leitbild ist die Grundlage unseres Zielsystems. Es beschäftigt sich mit den Potenzialen, die eine sichere und qualitativ hochwertige Leistungserbringung ermöglichen, um somit ein sich stetig verbesserndes Qualitätsniveau bereitzustellen:

- Wir bieten allen PatientInnen eine auf die individuellen Bedürfnisse ausgerichtete Therapieform an.
- Wir begegnen den einzelnen Lebensgeschichten mit Würde. Freundlichkeit, Verständnis und Respekt sind uns dabei genauso wichtig, wie ein vertrauensvolles Klima und der Einsatz für unsere PatientInnen.
- Wir sind stolz auf unsere hohe fachliche und soziale Kompetenz und auf unsere Teamarbeit, die auf gegenseitiger Achtung und Akzeptanz beruht. Leitende MitarbeiterInnen nehmen bei uns eine Vorbildfunktion ein. An Entscheidungsprozessen beteiligen wir möglichst viele hier tätigen MitarbeiterInnen.
- Wir nutzen den wissenschaftlichen Fortschritt und sind aufgeschlossen für neue Impulse.

Mit unserem gemeinsamen Leitbild können wir gewährleisten, dass wir alles in unserer Kraft stehende einsetzen, um die bestmöglichen Behandlungsergebnisse und das optimale Qualitätsniveau zu erreichen. Dies bewerten wir nicht als einen statischen, sondern als einen dynamischen Prozess und betrachten das Motto "Wer aufhört besser zu werden, hat aufgehört gut zu sein" (Philip Rosenthal) als für uns handlungsleitend.

D-2 Qualitätsziele

Im vorangegangenen Abschnitt haben wir bereits über unsere strategischen Ziele berichtet. Sie sind naturgemäß eng mit den Unternehmenszielen bzw. mit der so genannten normativen Ebene verbunden.

In der Praxis ist es natürlich entscheidend, diese übergeordneten Ziele in einem konsistenten Gesamtsystem und einer friktionsfreien Form auf die operative Ebene zu transferieren. Dieser Prozess ist eine wichtige Aufgabe der Unternehmensleitung und wird in entscheidender Weise durch das Qualitätsmanagement geprägt. Hier besteht einerseits die Aufgabe, die Qualitätspolitik, ihre zu realisierenden Ziele und Verantwortlichkeiten mit zu definieren und andererseits durch eine Kaskade von Qualitätsplanung, Qualitätslenkung und Qualitätsüberprüfung (siehe auch Kapitel D-4) das bestehende Qualitätsniveau nicht nur zu sichern, sondern kontinuierlich und nachhaltig zu verbessern. Somit ist unser Qualitätsmanagement der Verbindungspunkt zwischen den strategischen und operativen Zielen.

Teil D Qualitätsmanagement

Die überragenden Ziele der psychiatrischen Tagesklinik Ostholstein bestehen in der bestmöglichen medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und sozialen Behandlung, Betreuung und Versorgung unserer PatientInnen, unter Berücksichtigung unserer wichtigsten Ressource, nämlich den MitarbeiterInnen. Sie werden für ihre hochqualifizierten Tätigkeiten systematisch geschult und weitergebildet, um die sich ständig erweiternden Erkenntnissen adäquat umsetzen zu können.

Selbstverständlich finden auch die Wünsche, Anliegen und Interessen aller weiteren Interessensgruppen in unseren Qualitätszielen ihren nachhaltigen Niederschlag.

Bei der Realisierung neuer oder veränderter Qualitätsziele bedienen wir uns dem so genannten Demingkreis oder PDCA-Zyklus (Plan - Do - Check - Act). Somit gewährleisten wir ein strukturiertes, transparentes und allgemein anerkanntes Grundmuster, die durch diese vier Teilschritten definiert wird.

- **Plan:**
Alle Prozesse werden analysiert und geplant, um mögliche Verbesserungspotenziale zu erkennen. Hierzu gehört als Ausgangspunkt die Feststellung des Ist-Zustands und die Formulierung eines verbesserten Qualitätsniveaus.
- **Do:**
Dies ist die eigentliche Umsetzungsphase als direkte Folge der Planung, wobei es (noch) nicht zwingend notwendig ist, die Realisierung schon im ersten Schritt in allen Bereichen anzustreben. Aus Effektivitäts- und Effizienzgründen kann es sinnvoll sein, zunächst mit besser überschaubaren und weniger komplexen Pileteinheiten zu beginnen.
- **Check:**
In dieser nachgeordneten Phase erfolgt die Überprüfung und Bewertung der Auswirkung von Planung und konsekutiver Umsetzung im Hinblick auf ihre Zielwirksamkeit und gegebenenfalls die Freigabe als neuen Standard, der organisationsweit eingeführt wird.
- **Act:**
Nach Einführung eines neuen Standards muss deren Wirksamkeit überprüft und unter Umständen weiter adaptiert werden, um beispielsweise individuelle Besonderheiten einzelner Organisationseinheiten oder möglicher Interdependenzen Rechnung tragen zu können. Ausgangspunkt für diese Aktivitäten sind die aus der Check-Phase resultierenden Ergebnisse, die die Grundlage möglicher weiterer Korrekturmaßnahmen darstellen.

Somit stellt der PDCA-Zyklus eine Kaskade von Phasen unseres kontinuierlichen Verbesserungsprozesses dar, auf dem das Qualitätsmanagementsystem aufbaut und der eine Grundlage der Formulierung unserer Qualitätsziele ist: Unser Bestreben einer kontinuierlichen Prozessoptimierung zielt auf unsere wichtigsten Stakeholder ab, nämlich den PatientInnen, die den berechtigten Anspruch haben, eine hochprofessionelle Behandlung erfahren zu können ("best place to come") und den MitarbeiterInnen, deren berechtigter Wunsch es ist, dass ihre Leistungen adäquat geschätzt, anerkannt und weiter gefördert werden ("best place to work"). Gleichzeitig muss garantiert werden, dass die limitierten Ressourcen im Gesundheitssektor sozial gerecht und mit möglichst hoher Effektivität und Effizienz genutzt werden.

Jede Festlegung von Qualitätszielen basiert auf unserem Leitbildes und unseren Visionen, unterstützt von der Politik und Strategie der psychiatrischen Tagesklinik Ostholsteins. Auf das gemeinsam erarbeitete Leitbild sind wir im Kapitel Qualitätspolitik bereits ausführlich eingegangen.

Unsere Visionen sind multidimensional verankert und reichen von unserem Anspruch, eine ständig lernende und kontinuierlich innovative Unternehmung darzustellen, um bestmögliche Leistungen anbieten zu können und eine einzigartige therapeutische Individualität zu gewährleisten, über unsere eigene Selbstverpflichtung eines ständig steigenden Qualitätsniveaus bis hin zu unserer gesellschaftlichen Verantwortung, einschließlich dem sozial gerechten Umgang mit den nur begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen. Für die

Teil D Qualitätsmanagement

Realisierung dieser Ziele stehen hochmotivierte und bestens ausgebildete MitarbeiterInnen zur Verfügung, deren individuelle Leistungen durch die Integration in multiprofessionelle Teams optimiert werden. Förderlich wirkt ein Arbeitsumfeld, das diese Fähigkeiten in innovativer und kreativer Weise unterstützt.

Um Ziele verantwortlich und "zielgerichtet" definieren zu können, sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- Es müssen zunächst die relevanten Aspekte identifiziert werden und
- es ist unabdingbare Voraussetzung, den so genannten Ist-Zustand zu erheben, um eine geeignete und aussagekräftige Basis für die weitere Qualitätsplanung zu gewinnen.

Unsere Existenzberechtigung resultiert aus unserer Professionalität, die sich vorrangig an dem Maßstab zu orientieren hat, den unsere PatientInnen wünschen.

Selbstverständlich gibt es eine große Fülle weiterer Qualitätsziele, die in Abhängigkeit von der Praktikabilität vollständig und kontinuierlich oder stichprobenhaft untersucht werden.

Dazu gehören beispielsweise

- Auswertung der Dokumentationsqualität
- die Therapie- und Behandlungsplanung
- die Integration der Angehörigen
- die Sachmittelausstattung
- die Transparenz des Behandlungsprozesses
- die Behandlungsdauer
- die strukturierte Entlassungsvorbereitung, ggf. mit Anbindung an nachstationäre Angebote
- die Dauer der Arztbriefschreibung

Diese vorrangig im klinischen Bereich angesiedelten Qualitätsziele werden durch betriebswirtschaftliche Kennzahlen ergänzt, die wegen der oben genannten gesellschaftlichen Verantwortung nicht zu vernachlässigen sind. Die nachhaltige Sicherung der ökonomischen Ertragskraft liegt im Interesse aller internen und externen Partner. Hier sind beispielsweise die Kennzahlen zur Belegungsentwicklung oder zur Verweildauer zu erwähnen.

Die Qualitätsziele aus dem klinischen Bereich werden mit unterschiedlichen Erhebungsmethoden bestimmt, die an die jeweils zu explorierenden Aspekten angepasst sind.

Es wird angestrebt, alle Ergebnisse objektiv und transparent messbar zu gestalten. Dadurch gewährleisten wir eine höchstmögliche Akzeptanz unserer Qualitätsziele und können Trends sichtbar machen. Korrekturmaßnahmen, beispielsweise in der Veränderung von Prozessabläufen, können bei Bedarf kurzfristig einleitet werden.

Die festgelegten Ziele (Soll-Werte) basieren auf dem jeweils aktuellen Qualitätsniveau (Ist-Wert). Über Erfahrungswerte aus den zurückliegenden Jahren oder durch veränderte Rahmenbedingungen wird eine Zielformulierung für einen definierten Zeitraum konsentiert. Mit Hilfe der jeweiligen Leitungskräfte erfolgt der Informationsfluss an die weiteren verantwortlichen MitarbeiterInnen.

Die Vorgaben werden auf dieser Ebene noch einmal auf ihre Erreichbarkeit diskutiert und es kommt in der Regel zu einer Rückmeldung, die Einfluss auf das anzustrebende Zielniveau hat. Dadurch ist gewährleistet, dass die Kommunikation aus einem Dialog besteht und "Betroffene" zu "Beteiligten" werden.

Teil D Qualitätsmanagement

D-3 Aufbau des einrichtungswenigen Qualitätsmanagements

Aufbauend auf dem Qualitätsmanagementsystem nach den Prinzipien des TQM (Total Quality Management, siehe auch Kapitel D-1) wird für alle Einrichtungen der AMEOS Gruppe eine Zertifizierung nach dem KTQ®-Modell (siehe auch Kapitel D-6) angestrebt.

Selbstverständlich haben die Vorbereitungen und Vorarbeiten dazu längst begonnen. Parallel wird unser Qualitätsmanagementsystem ständig aktualisiert und weiterentwickelt und ist patientInnen-, mitarbeiterInnen- und prozessorientiert, um auf dieser Basis die bestmögliche Ergebnisqualität zu erreichen.

Zunächst hatten wir die Leitung unseres zentralen Qualitätsmanagement organisatorisch direkt in der Geschäftsführung angesiedelt. Im Zuge einer Umstrukturierung und Neuausrichtung wollten wir die hohe Bedeutung, die wir diesem Bereich zumessen, durch eine noch engere Vernetzung mit unseren vier Geschäftsbereichen Klinikum, Pflege, Eingliederung und Forensik herausstellen. Daher haben wir die MitarbeiterInnen des Qualitätsmanagements als Stabsstellen den jeweiligen LeiterInnen der Geschäftsbereiche zugeordnet.

Damit konnten wir die schon unter dem Punkt Qualitätsziele (siehe Kapitel D-2) beschriebene Verbindungsstellen zwischen der strategischen und der operativen Ebene optimal realisieren.

Der Qualitätsausschuss der psychiatrischen Tagesklinik Ostholstein stellt das leitende Gremium dar.

Ständige Mitglieder sind die Geschäftsführung, die leitende Ärztin eine Vertretung aus dem Gesamtbetriebsrat bzw. dem örtlichen Betriebsrat, die Mitarbeiterin des Pflegedienstes und die VertreterInnen des Qualitätsmanagements, die eine fachlich beratende und koordinierende Funktion einnehmen.

Den Vorsitz führt die Geschäftsführung. Sie lädt zu den Sitzungen unter Angabe der Agenda ein. Themenwünsche für die jeweiligen Sitzungen sind zeitgerecht vor dem Sitzungszeitpunkt einzureichen.

Von jeder Sitzung wird ein Ergebnisprotokoll erstellt. Das Protokoll erhalten alle Mitglieder des Qualitätsausschusses. Nachrichtlich werden weitere leitende MitarbeiterInnen aus dem Geschäftsbereich Klinikum informiert und zusätzlich die leitenden MitarbeiterInnen der anderen Geschäftsbereiche.

Aufgaben des Qualitätsausschuss:

- Die aktuelle Ausrichtung der Qualitätspolitik der psychiatrischen Tagesklinik Ostholstein wird im Qualitätsausschuss mit Blick auf Strategie und Politik des Unternehmens festgelegt. Als oberstes Entscheidungsgremium setzt er den Aufbau des Qualitätsmanagements organisatorisch um.
- Die anstehenden Projekte werden priorisiert. Von ihm werden Aufträge für Arbeits- und Qualitätsprojekte beschlossen, Qualitätszirkel und Projektgruppen eingesetzt und deren Tätigkeiten fachlich begleitet.
- Er entscheidet über die Umsetzung strategischer Qualitätsmaßnahmen.
- Er stellt alle Ressourcen für die beschlossenen Qualitätsmaßnahmen zur Verfügung.
- In den regelmäßigen Tagungen werden die beschlossenen Maßnahmen beurteilt und gegebenenfalls an aktuelle Erfordernisse angepasst. Dazu nimmt er die erarbeiteten Ergebnisse entgegen und bewertet diese hinsichtlich des angestrebten Zielerreichungsgrades. Gegebenenfalls werden Anpassungen beschlossen oder eine weitere Evaluation zu einem späteren Zeitpunkt vereinbart.
- Die Ergebnisse der Sitzungen werden in Form von Protokollen dokumentiert, so dass

Teil D Qualitätsmanagement

auch zu späteren Zeitpunkten jederzeit die Entwicklung und die Entscheidungskaskaden sicher nachvollzogen werden können. Sie werden einem definierten Verteiler (siehe oben) zur Kenntnisnahme und gegebenenfalls zur weiteren Bearbeitung bekannt gemacht.

- Er berät über sämtliche Tätigkeiten, die das Qualitätsniveau beeinflussen und verabschiedet die Qualitätsberichte.

Dieser normativen Leitungsebene ist eine strategische Ebene nachgeordnet, die ihre direkte Ansiedlung in den jeweiligen Geschäftsbereichen hat. Die Zentralen Dienste (Verwaltung, Servicebereiche, z.B. Küche, Technik, Fahrdienste etc.) werden bei Bedarf in sie betreffende Entscheidungsprozesse integriert. Sämtliche Sitzungen werden protokolliert, so dass die Qualitätsentwicklungsprozesse mit ihren jeweiligen (Zwischen-)Ergebnissen transparent dargestellt werden.

Aufgaben der Stabsstelle Qualitätsmanagement:

Es wurde eingangs bereits erwähnt, dass die QualitätsmanagerInnen direkt den LeiterInnen der Geschäftsbereiche unterstellt und für einen wichtigen Teil der Unternehmensentwicklung verantwortlich sind.

Nach unserem Geschäftsverteilungsplan sind folgende Aufgaben im Qualitätsmanagement angesiedelt:

- Unterstützung, Beratung und Information der Geschäftsführung und ggf. anderer Gremien bei sämtlichen Daten und Maßnahmen zu internen und externen Fragen des Qualitätsmanagements. Besondere Berücksichtigung finden dabei die jeweils aktuellen gesetzlichen Bestimmungen und gegebenenfalls deren Fortschreibungen und Novellierungen
- Betreuung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Hierzu zählen beispielsweise Standardbeschreibungen von Arbeitsabläufen (z. B. Aufnahme- und Entlassungsverfahren, Untersuchungen über die Wartezeiten bei Aufnahmen, Dauer der Arztbriefschreibung und weitere Maßnahmen mit Auswertung der Ergebnisse und Vorschlägen zur Optimierung), die ständige Erhebung der Zufriedenheit der PatientInnen mit vielschichtigen, auch internen Vergleichsanalysen und weiter führenden Benchmarks. Auch die Erfassung, Auswertung und Verbesserung von differenzierten Fragestellungen (z. B. besondere Vorkommnisse), die Erarbeitung von Behandlungspfaden und Arbeiten zur Optimierung des Dokumentationssystems sind weitere Beispiele.
- Sämtliche Qualitätsmaßnahmen werden fachlich begleitet und gemeinsam mit den zuständigen Gremien und den betroffenen MitarbeiterInnen koordiniert.
- Darstellung der Qualitätsmanagementmaßnahmen gegenüber der Öffentlichkeit, z.B. in Form dieses strukturierten Qualitätsberichts.
- Bei der angestrebten Zertifizierung der psychiatrischen Tagesklinik Ostholstein werden diese Arbeiten durch das Qualitätsmanagement geleitet.
- Qualität beschränkt sich bei uns nicht nur auf den direkt von unseren PatientInnen wahrnehmbaren Bereichen. So haben wir den Leiter des Qualitätsmanagements beispielsweise in datenschutzrechtlichen Fragen kontinuierlich geschult. In enger Zusammenarbeit mit dem Unabhängigen Landeszentrum für den Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD) nimmt er zusätzlich die Funktion des Datenschutzbeauftragten wahr, denn Datenschutz bedeutet für uns den Schutz von PatientInnen.

An dieser schlagwortartigen Beschreibung und der organisatorischen Zuordnung ist erkennbar, dass wir insbesondere der weiteren Steigerung unserer Qualität besondere Bedeutung beimessen.

Teil D Qualitätsmanagement

Ablaufstruktur:

- Sobald Vorhaben geplant oder in der Zielsetzung modifiziert werden, besteht die Maßgabe, sie zusammen mit den MitarbeiterInnen aus dem Bereich Qualitätsmanagement bezüglich der weiteren Umsetzung, der zu personifizierenden Verantwortlichkeiten und der Festlegung von zeitlich definierten Meilensteinen zu diskutieren und zu koordinieren.
- Über geschäftsbereichsinterne Projekte, Qualitätsarbeiten und Qualitätszirkel entscheidet jeder Qualitätsausschuss alleine.
- Bereichsübergreifende Projekte werden in jeweils zu definierenden Konstellationen von relevanten MitarbeiterInnen gemeinsam verabschiedet.
- Bei der Formulierung einer eindeutigen Arbeits- bzw. Projektstruktur sollten die folgenden Angaben vorhanden sein:
 - Wie stellt sich die Ausgangssituation dar (Ist-Zustand)?
 - Wie sieht das angestrebte Ziel aus (Soll-Zustand)?
 - Wer muss an der Durchführung beteiligt werden?
 - Wie soll die Durchführung aussehen?
 - Welche ungefähren Kosten werden entstehen?
 - Welche Ressourcen sind weiterhin bereitzustellen?
 - Wie soll die Zielerreichung gemessen werden?
 - In welchen Zeitabständen soll die Zielerreichung gemessen werden?
 - Wer ist für diese Messung verantwortlich?
 - In welcher Zeit soll das Gesamtziel erreicht sein?
 - In welchen Zeitabständen soll die Verbesserung gemessen werden?
 - In wessen Verantwortung liegt diese Auswertung?

Diese Struktur entspricht dem in Kapitel D-2 skizzierten PDCA-Zyklus.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Ein handlungsfähiges Qualitätsmanagement bedarf vielfältiger Voraussetzungen. Neben der uneingeschränkten Unterstützung und aktiven Förderung der Unternehmensleitung ist es zwingend notwendig, die Grundgedanken des Qualitätsmanagements nachhaltig und damit selbstverständlich in die arbeitsorientierten Routineprozesse zu integrieren und damit einen hohen innerbetrieblichen Durchdringungsgrad zu erzielen.

Dieses Vorhaben ist uns durch den kollegialen und fairen Umgang mit unseren MitarbeiterInnen gelungen:

Ausgehend von unserem Leitbild und unserer Qualitätspolitik (siehe Kapitel D-1) konnten wir eine Unternehmenskultur entwickeln, die das Bestreben nach hoher qualitativer Erfüllung unseres Auftrags offen und kreativ unterstützt. Die integrierende, organisatorische Grundlage stellt das Qualitätsmanagement dar. Diese Rahmenbedingung ist eine wichtige Basis, aber alleine noch nicht ausreichend, um ein lebendiges, sich stetig wandelndes System erfolgreich zu implementieren und zu konsolidieren.

Qualität soll subjektiv fühlbar sein, aber sie bedarf ergänzend einer möglichst objektiven Operationalisierung in Form von transparenten und reproduzierbaren Fakten, die eine valide Evaluation ermöglichen. Erst mit ihrer Hilfe ist es möglich, verlässliche Aussagen zu formulieren und Vergleiche zwischen einzelnen Bereichen (Querschnittsvergleich) oder zu unterschiedlichen Zeitpunkten (Längsschnittvergleich) anzustellen. Dabei besteht immer das übergeordnete Ziel, durch entsprechende Messungen eine solide und robuste Basis für die Realisierung einer ständigen Qualitätsoptimierung zu generieren.

Teil D Qualitätsmanagement

Darüber hinaus erheben wir eine große Anzahl von wichtigen Messergebnissen, die alle von unserem ständigen Anliegen nach immer besserer Leistungserstellung geprägt und orientiert sind. Hierzu gehören merkmals- und ereignisorientierte Selbstbewertungen in definierten Einzelfragen, aus deren Ergebnissen wir strukturierte Verbesserungsmaßnahmen ableiten.

Die Befragung der PatientInnen und das etablierte Beschwerdemanagement werden ergänzt durch unser Risikomanagement (Critical Incident Reporting-System). Hierunter verstehen wir die strukturierte Erfassung von definierten Ereignissen und Vorkommnissen (Beispiele siehe nachfolgend), deren Analyse und die Realisierung von Verbesserungs- bzw. Vermeidungspotenzialen. Die dafür notwendigen Daten werden je nach ihrer Bedeutung entweder zentral erfasst und ausgewertet oder dezentral analysiert, wenn sich die entsprechende Fragestellung nur auf bestimmte organisatorische Teilbereiche erstreckt. Neben einer statistisch aggregierten Auswertung werden wichtige Einzelfälle selbstverständlich gesondert betrachtet und bewertet.

Inhaltlich bezieht sich unser Risikomanagement auf alle unerwünschten Ereignisse beziehungsweise besondere Vorkommnisse, die insbesondere im Bereich der Psychiatrie nicht immer zu vermeiden sind. Hierzu zählen z. B. Suizidversuche, Suizide, autoaggressives oder fremd aggressives Verhalten mit möglichen Verletzungen und andere Gewalthandlungen, Unfälle oder Entweichungen.

Das Risikomanagement ist ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements und soll auf der Basis empirischer Ereignisse prophylaktische Maßnahmen von identifizierten Gefahrensituationen ableiten helfen. Die sich daraus ergebende Veränderung der Ablauforganisation hat eine unmittelbare Steigerung unseres Qualitätsniveaus zur Folge.

Zu den unverzichtbaren Instrumenten des Qualitätsmanagements zählen weiterhin die verschiedenen Formen des Benchmarkings (internes, funktionales, kompetitives, best-practise Benchmarking). Derzeit wenden wir vorrangig das interne Benchmarking an. Wir vergleichen beispielsweise die Verweildauern, die Zufriedenheit der PatientInnen, die Anzahl der Beschwerden, die oben genannten besonderen Vorkommnisse oder den quantitativen und qualitativen Einsatz von Arzneimitteln.

Bei dem Arzneimitteln und dem medizinischen Bedarf werden wir zusätzlich von einer zertifizierten, krankenhausversorgenden Apotheke unterstützt. Alle sechs Monate findet die Arzneimittelkommissionssitzung statt und unabhängig davon erfolgt in der gleichen Frequenz eine Begehung, mit dem Ziel, die arzneimittelrechtlichen Vorgaben zu überprüfen. Die Begehungsprotokolle werden im Qualitätsmanagement ausgewertet und die Ergebnisse bekannt gemacht, um mögliche Verbesserungsmaßnahmen umsetzen zu können.

Derzeit erarbeiten wir im Verbund mit allen anderen Klinikeinrichtungen der AMEOS Gruppe ein umfassendes Kennzahlensystem, um weitergehende Benchmarks anzustreben und die vielfältigen Synergieeffekte eines großen Anbieters effektiv und effizient umzusetzen.

Alle von uns durchgeführten Erhebungen zum Qualitätsniveau unserer Leistungserstellung basieren auf den Grundlagen einer validen Dokumentation und der Auswertung der Daten. Unter diesen Voraussetzungen ist eine Beurteilung des Qualitätsgrades möglich und stellt die Basis für unsere Weiterentwicklung dar.

Die Arbeitsbereiche unseres Qualitätsmanagement kann in folgende Teilbereiche eingeteilt werden, die sich jeweils unterschiedlichen Instrumenten bedienen:

Qualitätsplanung:

Das Ziel besteht in der Auswahl von Qualitätsmerkmalen, deren detaillierte Ausprägungsgrade zu definieren sind. Diese erfolgen z.B. mit Hilfe von Benchmarkprojekten oder orientieren sich an ausgewählten Qualitätsstandards und werden in unserem Qualitätsausschuss konsentiert.

Teil D Qualitätsmanagement

Qualitätslenkung:

Die Lenkung und Beeinflussung des Qualitätsniveaus setzt adäquate Rahmenbedingungen voraus, um das Ziel einer qualitativen Sicherstellung des geplanten Ausprägungsgrades zu realisieren. Eingesetzte Instrumente bestehen beispielsweise in unserer differenzierten Auswahl bei Neueinstellungen. Hier definieren wir ein Anforderungsprofil, das unseren Zielen entspricht und suchen entsprechende BewerberInnen aus. Zusätzlich schulen wir unsere MitarbeiterInnen und bieten ihnen vielfältige Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten an, um dadurch nicht nur eine möglichst hohe Identifikation mit unserer Unternehmung zu erreichen, sondern verfolgen zugleich den Ansatz, das neu erworbene Wissen wieder in unseren Leistungserstellungsprozess einfließen zu lassen. Ergänzt wird diese Umsetzung durch ein konsequent praktiziertes Empowerment, das als ergänzendes Instrument der Qualitätslenkung eine motivationsfördernde Wirkung entfaltet. Unser Qualitätsausschuss begleitet und fördert diese Ansätze, so dass sich eine hohe Qualitätskultur auf allen Ebenen etablieren konnte.

Qualitätsprüfung:

Nach der Planung, Lenkung und Umsetzung der ausgewählten Aktivitäten muss sich eine Prüfung hinsichtlich der Wirksamkeit der Maßnahmen anschließen. Hierzu setzen wir die bereits genannten Instrumente ein, insbesondere unsere oben erwähnten merkmals- und ereignisorientierten Befragungen, unser PatientInnenmonitoring, das Beschwerdemanagement und die (de-)zentrale Überprüfung anerkannter Qualitätsstandards, die umfassend dokumentiert werden. Zusätzlich finden Qualitätsaudits statt, beispielsweise im Bereich des Datenschutzes. Hier geht es uns nicht vorrangig um den Schutz von Daten, sondern um den Schutz unserer PatientInnen. Der Datenschutz ist dazu natürlich ein wichtiges Instrument.

Qualitätsdarstellung:

Mit der Darstellung des erreichten Qualitätsniveaus verfolgen wir das Ziel, einen transparenten Ablauf und Informationsfluss zu ermöglichen, der seinerseits Vertrauen und Sicherheit schafft. Dabei werden neben den erreichten Ergebnissen auch die anzustrebenden Ziele kommuniziert. Wir verwenden hierzu verschiedene Qualitätsstatistiken und planen neben der grundsätzlichen Orientierung am EFQM-Modell, das keine Zertifizierung vorsieht, sondern ein Award-Modell ist, die Zertifizierung nach dem KTQ®-Verfahren (siehe auch Kapitel D-6).

D-5

Qualitätsmanagementprojekte

Qualitätsmanagement: Die Lauftherapie-Gruppe

1. Problemstellung

Viele psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen und Psychosen) werden häufig von massiven Antriebsstörungen begleitet. Gleichzeitig gilt als erwiesen, dass regelmäßige Bewegung (etwa Joggen und Walken) die psychische Stabilität fördert, Stressempfinden reduziert, die Belastbarkeit erhöht und die Stimmung aufhellt. Trotz dieses inzwischen weit verbreiteten Wissens, gelingt es vielen PatientInnen nicht, sich ausreichend Bewegung zu verschaffen.

2. Zielsetzung

Ziel der Laufgruppe ist es, PatientInnen buchstäblich in Bewegung zu bringen. Durch die Ansprache der Therapeutin und das gemeinsame Laufen bzw. Walken kann die erste und oftmals schwerste Antriebsblockade überwunden werden. Durch das regelmäßige Laufangebot sollen die PatientInnen erfahrungsgeliebt motiviert werden, sich auch in Zukunft und zum eigenen Wohle mehr Bewegung zu verschaffen.

Teil D Qualitätsmanagement

3. Beschreibung des Angebots

Es soll möglichst vielen PatientInnen die Teilnahme an einer Laufgruppe ermöglicht werden. Gleichzeitig soll auch die unterschiedliche Fitness der TeilnehmerInnen berücksichtigt werden. Deshalb bieten wir zwei Laufgruppen von jeweils 30 Minuten Länge an. So kann das Angebot in seinen Anforderungen vom zügigen Spaziergang bis zum halbstündigem Joggen variiert werden. Die Durchführung erfolgt durch unsere Mitarbeiterin des Pflorgeteams, welche sich in Lauftherapie nach Dr. Bartmann weitergebildet hat und die in ihrer Freizeit eine erfahrene Marathonläuferin ist.

4. Ergebnisse

Wie zu erwarten war, brauchte die Laufgruppe Zeit, um angenommen zu werden, da Antriebsstörungen häufig schwer zu behandelnde Symptome psychischer Erkrankung sind. Durch die positiven Erfahrungen der TeilnehmerInnen und die Motivationsarbeit der Therapeutin ist es jedoch gelungen, die Laufgruppe zu einem regelmäßig genutzten therapeutischen Angebot auszubauen. Inzwischen nutzen etwa ein Drittel unserer PatientInnen die Laufgruppe als einen aktiven Beitrag zur eigenen psychischen Stabilisierung.

Qualitätsmanagement: Die Entlassungsplanung

1. Problemstellung

Zu den größten Herausforderungen psychiatrischer Behandlung gehört es, den Behandlungserfolg für einen längeren Zeitraum zu sichern. Oft stellen sich nach der Behandlung bei der Rückkehr in den Alltag sehr schnell wieder alte Denk- und Verhaltensweisen ein, welche dann zu Rückfällen führen können.

2. Zielsetzung

Ziel der Entlassungsplanung ist es, eine so genannte "Transfer-Sicherung" zu erreichen. Die PatientInnen sollen dabei unterstützt werden:

- Rückfälle zu reduzieren,
- den Alltag besser zu bewältigen,
- neu erworbene Denk- und Verhaltensweisen dauerhaft anzuwenden und
- ambulante Behandlungs- und Hilfsangebote wahrzunehmen.

3. Beschreibung des Angebots

Der Zeitpunkt der Entlassung sollte möglichst drei Wochen vorher feststehen. Wir nutzen einen strukturierten Entlassungsplan, der alle wichtigen Aktivitäten erfasst, die bis zur Entlassung und danach zu leisten sind. Begleitend können auch so genannte Belastungserprobungen dazu dienen, schon während der Behandlung für unterstützende Bedingungen nach der Tagesklinik zu sorgen. Wir geben unseren PatientInnen Möglichkeiten, z. B. Kontakte zu Selbsthilfe-Gruppen, Sportvereinen, sowie zu TherapeutInnen, ÄrztInnen und BetreuerInnen herzustellen. Zur Überleitung in andere Dienste und Therapien kann ein gemeinsames Übergabegespräch mit allen Beteiligten stattfinden.

Sämtliche Hilfestellungen (z. B. Betreutes Wohnen oder ambulante Psychotherapie) sollten idealer Weise sehr bald nach der Entlassung aus der Tagesklinik starten. In Ausnahmefällen kann zur Überbrückung eine ambulante Nachsorge im Rahmen unserer psychiatrischen Institutsambulanz erfolgen.

Teil D Qualitätsmanagement

4. Ergebnisse

Es liegen noch keine statistischen Zahlen vor. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass eine strukturierte Entlassungsplanung den PatientInnen eine bessere Orientierung geben, was zu tun ist. Die Entlassungsplanung macht das Leben nach der Tagesklinik konkreter und vorstellbarer und vermittelt die Sicherheit, dass noch anstehende Probleme lösbar sein werden.

Qualitätsmanagement: Ausbau des Qi-Gong-Angebots

1. Problemstellung

Psychische Beschwerden und Erkrankungen sind auch Ausdruck eines Verlusts des Gleichgewichts. Dies wird belegt durch neuere Forschungen, welche das Zusammenspiel zwischen Körper und Seele zum Gegenstand haben. Eine Besserung der psychischen Befindlichkeit erfolgt deshalb oft schneller und umfassender durch den gezielten Einsatz von Bewegung und achtsamer Wahrnehmung von Empfindungen.

2. Zielsetzung

Das Ziel der Qi Gong-Gruppe ist es, PatientInnen ein kleines, leichtes und gesundes Bewegungsangebot zu machen. Es soll unmittelbar das eigene seelische und körperliche Gleichgewicht erfahrbar machen und eine Vorstellung von mehr Ruhe, Kraft und Entspannung vermitteln. Es soll Mut machen, sich einer Gruppe (etwa für Qi Gong, Yoga, Tai Chi Chuan u.s.w.) anzuschließen und auf sanfte Weise etwas für das eigene Wohlbefinden zu tun.

3. Beschreibung des Angebots

Qi Gong ist ein mindestens 2500 Jahre altes Heil- und Bewegungssystem aus China. Das System verfügt über eine Vielzahl von Übungen, welche recht schnell zu einer Besserung der Befindlichkeit führen können.

Die Qi Gong-Gruppe gibt es seit 2007. Da die Gruppe von vielen PatientInnen aktiv nachgefragt und besucht wurde, entschlossen wir uns in 2008 das Angebot zeitlich und qualitativ auszubauen. Inzwischen dauert die Qi-Gong-Gruppe 60 Minuten. Durchgeführt wird sie von einem ausgebildeten und sehr erfahrenem Qi-Gong-Lehrer. Die Teilnahme an der Gruppe ist variabel und kann zeitlich verkürzt werden, um Überlastung zu vermeiden.

4. Ergebnisse

Die Qi Gong-Gruppe wird regelmäßig von etwa der Hälfte der PatientInnen besucht. Die Erfahrungen sind durchweg positiv, vor allem bei PatientInnen, welche bereits schon an anderer Stelle Erfahrungen mit Qi Gong (oder auch Yoga) gemacht haben. PatientInnen, die früher eine Kampfkunst praktiziert haben, erleben eine Aktivierung alter Ressourcen. Auch SchmerzpatientInnen profitieren häufiger von den sanften Bewegungsabläufen.

Teil D Qualitätsmanagement

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Die psychiatrische Tagesklinik Ostholstein gehört im Verbund mit der AMEOS Krankenhausgesellschaft Holstein mbH und der Brücke Ostholstein gGmbH zu den größten Anbietern psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosozialer Dienstleistungen in Schleswig-Holstein. Wir verspüren die damit verbundene soziale Verantwortung und möchten ihr durch eine konsequente Qualitätsverbesserung gerecht werden.

Dazu bestimmen wir mit Hilfe verschiedener Maßnahmen zunächst das bestehende Qualitätsniveau. Aus der Sicht unserer PatientInnen beginnen wir anschließend mit der gedanklichen Weiterentwicklung, die wir dann auf unterschiedlichsten Feldern konsequent umsetzen.

Im vorhergehenden Abschnitt (siehe Kapitel D-5) haben wir aus der Vielzahl unserer Qualitätsprojekte beispielhaft die Beschreibung einzelner Aktivitäten ausgewählt, die wir dort ausführlicher erläutert haben.

Grundlage unseres Ziels nach ständiger Verbesserung ist die Einführung, die kontinuierliche Umsetzung und die regelmäßige Weiterentwicklung unseres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, deren grundsätzlicher Aufbau bereits im Kapitel D-3 (Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements) skizziert ist.

Als Hauptziele unseres Qualitätsmanagements sind zu nennen:

- durch regelmäßige Erhebungen das jeweils aktuelle Qualitätsniveau festzustellen,
- Fortschritte zu planen, umzusetzen und den Erfolg zu überprüfen und
- eine ständig lernende Organisation zu sein.

Qualitätsmodelle

Ohne die von uns favorisierten Modelle im Detail hier zu erläutern, sei nachfolgend deren Grundstrukturen kurz dargestellt, die eine Vielzahl von Aktivitäten in sehr ähnlicher Weise betrachten und keineswegs konkurrierende Qualitätskonzepte darstellen. Bei allen Gemeinsamkeiten und Unterschieden muss festgehalten werden, dass bei der Präferenzierung von beschreibenden und bewertenden Qualitätsmodellen kein "one best way" existiert. Allein entscheidend ist der bewusste Prozess, dass Qualität nicht projiziert, sondern produziert werden muss.

1. KTQ®-Modell

Die KTQ® als "Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen" wurde ursprünglich mit der Zielvorstellung gegründet, ein Zertifizierungsverfahren zu generieren, das spezifisch auf die bundesdeutschen Krankenhäuser ausgerichtet ist. Die Orientierung erfolgte an der internationalen Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).

Somit besteht eine zielgerichtete Branchenorientierung und -optimierung, die ihren Hauptfokus auf die Prozess- und Ergebnisqualität legt.

In der aktuellen Version werden sechs Kategorien unterschieden und stellen den so genannten KTQ®-Katalog dar:

Teil D Qualitätsmanagement

- Patientenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit im Krankenhaus
- Informationswesen
- Krankenhausführung
- Qualitätsmanagement

Die einzelnen Kategorien werden ihrerseits in Subkategorien untergliedert, deren nächste Ebene durch die Kriterien konkretisiert werden. Auf diese Weise kann das berufsgruppen- und hierarchieübergreifende Leistungsgeschehen in der jeweiligen qualitativen Ausprägung differenziert dargestellt werden.

Auf der Ebene der Kriterien erfolgt eine differenzierte Gewichtung, um besonders relevante Aspekte nachhaltig bewerten zu können ("Kernkriterien").

Alle Kriterien basieren auf dem schon beschriebenen PDCA-Zyklus (siehe Kapitel D-2) unter jeweiliger Berücksichtigung von Erreichungs- und Durchdringungsgrad. Dabei gibt der Erreichungsgrad Auskunft über die bewertete Qualität der Kriterienerfüllung, während der Durchdringungsgrad eine Aussage über die Breite der Umsetzung des jeweiligen Kriteriums zulässt.

Bei der Anwendung des KTQ®-Qualitätsmodells werden die Leistungen der psychiatrischen Tagesklinik Ostholstein beurteilt. Dabei stehen neben der Zufriedenheit der PatientInnen und ihrer Angehörigen auch die einweisenden ÄrztInnen und Kliniken, nachbetreuende Einrichtungen und die Kostenträger im Mittelpunkt.

Dieses Ziel setzt viele Grundlagen voraus: Zufriedene MitarbeiterInnen und die Verantwortung der Unternehmensführung in Verbindung mit dem Qualitätsmanagement sind ebenso wichtig, wie ein ausgereiftes Konzept, ein gemeinsames Leitbild und eine sehr gute, innovative und intensive Prozessorientierung.

Unter diesen Voraussetzungen, einschließlich der Sicherheit im Krankenhaus und dem Einsatz moderner Informationstechnologien, gelingt es der psychiatrischen Tagesklinik Ostholstein, erstklassige medizinische und pflegerische Leistungen anbieten zu können.

Es entspricht dem umfassenden Qualitätsanspruch des KTQ®-Modells eine möglichst breit angelegte Informationsbasis aufzubauen. Dazu gehörten neben internen Analysen selbstverständlich auch Qualitätsbewertungen von externen Partnern.

2. Das EFQM-Modell

Dieser Ansatz wurde bereits 1988 von führenden europäischen Firmen entwickelt und stammte ursprünglich aus der Industrie. Damit war der beim KTQ®-Modell so überzeugende, genuine Ansatz aus dem Gesundheitswesen hier zunächst nicht vorhanden. Erst sukzessiv wurde das Modell auf den Dienstleistungssektor übertragen.

Es gilt international als Zielsystem für die Etablierung eines Total Quality Management (TQM), wie es bereits einleitend im Kapitel D-1 (Qualitätspolitik) ausführlich dargestellt wurde.

Der strukturelle Aufbau ist durch zwei Bereiche gekennzeichnet, nämlich den Befähigern und den Ergebnissen, wobei die Ergebnisse in einem Prozess der Innovation und des Lernens wieder auf die Befähiger Einfluss nehmen. Dadurch entsteht ein geschlossener Regelkreis.

Unter den Befähigern versteht man die eingesetzten Mittel und Wege, die sich im Detail wie folgt gliedern (in Klammern die prozentuale Bedeutung bzw. die relative Gewichtung im Rahmen von Selbst- und Fremdbewertungen):

Teil D Qualitätsmanagement

- Führung (10 %)
- Politik und Strategie (8 %)
- Mitarbeiter (9 %)
- Partnerschaften und Ressourcen (9 %)
- Prozesse (14 %)

Mit den Ergebnissen wird dokumentiert, was ein Unternehmen durch den Einsatz der Befähigerkriterien erreicht hat:

- Kundenbezogene Ergebnisse (20 %)
- Mitarbeiterbezogene Ergebnisse (9 %)
- Gesellschaftsbezogene Ergebnisse (6 %)
- Wichtige Ergebnisse bei den Schlüsselleistungen (15 %)

Es ist erkennbar, dass auch dieser Ansatz alle wichtigen Aspekte berücksichtigt.

Beim Vergleich der beiden Qualitätsmodelle ist naturgemäß eine große Schnittmenge vorhanden. Neben einer sehr ähnlichen Orientierung an PatientInnen, MitarbeiterInnen und den Prozessen war ursprünglich der direkte Bezug des EFQM-Modells zum Gesundheitswesen eher etwas extensiver ausgeprägt, dafür stand aber die Ergebnisqualität deutlicher im Vordergrund. Hier hat das KTQ®-Modell durch die differenzierte Unterteilung und Gewichtung der Kriterien, der Forderung nach PDCA-Zyklen und der Unterscheidung in Erreichungs- und Durchdringungsgrad sich inzwischen gleichrangig positionieren können.

Psychiatrische Tagesklinik Ostholstein

Rettiner Weg 30
23730 Neustadt in Holstein
Tel. 04561 1011
Fax 04561 9484
info@tagesklinik-ostholstein.de
<http://www.tagesklinik-ostholstein.de>