

Der strukturierte Krankenhaus-Qualitätsbericht nach § 137 SGB V

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses (Anschrift, E-Mail-Adresse, Internetadresse)

PANORAMA-Fachkliniken für Psychosomatik, Psychotherapeutische Medizin und Naturheilverfahren, Kurstrasse 16-22, 88131 Scheidegg, Tel. 08381-8020 FAX 08381-802484 E-Mail-Adresse: info@panorama-fachkliniken.de , Homepage: www.panorama-fachkliniken.de
--

A-1.2 Wie lautet das Institutskennzeichen des Krankenhauses?

260971960

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Panorama GmbH Kurstrasse 16-22, 88131 Scheidegg,

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

Ja
Nein <input checked="" type="checkbox"/>

A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12.2004)

Anzahl der Planbetten (Stichtag 31.12.2004)	Gesamtzahl 25
--	---------------

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten	Gesamtzahl 418
Ambulante Patienten	Gesamtzahl 0

A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12.2004)

Anzahl der Planbetten (Stichtag 31.12.2004)	Gesamtzahl 25
--	---------------

Der strukturierte Krankenhaus-Qualitätsbericht nach § 137 SGB V

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten	Gesamtzahl 418
Ambulante Patienten	Gesamtzahl 0

A-1.7 A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Panorama-Fachklinik	Zahl der Betten	Zahl stationäre Fälle	Hauptabteilung (HA) oder Belegabteilung (BA)	Poliklinik / Ambulanz ja (j) / nein(n)
03100	Psychosomatik	25	418	HA	n

A-1.7 B Mindestens Top-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamt-Krankenhauses im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
		entfällt	

A-1.8 Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen?
(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)

Psychosomatische Erkrankungen

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?

Ja	
Nein	X

A-1.9 Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen?
(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

entfällt

Der strukturierte Krankenhaus-Qualitätsbericht nach § 137 SGB V

A-2.0 Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?

entfällt

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

	Vorhanden		Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	
EKG	Ja		Ja	
Ultraschall	Ja		Ja	
Laborgemeinschaft	Ja			Nein

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

	Vorhanden	
Physiotherapie	Ja	
Ergotherapie	Ja	
Schmerztherapie	Ja	
Gruppenpsychotherapie	Ja	
Einzelpsychotherapie	Ja	
Psychoedukation	Ja	
Traditionelle Chinesische Medizin	Ja	
Naturheilverfahren	Ja	

Der strukturierte Krankenhaus-Qualitätsbericht nach § 137 SGB V

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Psychosomatische Fachklinik

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:
(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Psychosomatik

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl)
der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
	entfällt		

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen
der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	F32	217	Depressive Episoden
2	F60	108	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
3	F33	81	Rezidivierende depressive Episoden
4	F45	64	Somatoforme Störungen
5	F41	40	Sonstige Angststörung
6	F50	38	Essstörung
7	F43	36	Anpassungsstörung
8	F34	24	Anhaltende affektive Störung
9	F40	18	Phobien
10	F42	11	Zwangsstörungen
			Viele Patienten mit Mehrfachdiagnosen

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

Name des Autors: Petra Gruchot

Datum: 05.07.2005

Telefon: 08381-802416

Freigegeben von: Erwin Obenaus

Freigegeben am: 06.07.2005

Anzahl Zeichen gesamt (mit Leerzeichen): 23.524

Der strukturierte Krankenhaus-Qualitätsbericht nach § 137 SGB V

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
			entfällt

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses entfällt

B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V Gesamtzahl (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr:

Ambulante Operationen	Gesamtzahl
keine	0

B-2.2 Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung* im Berichtsjahr

EBM-Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
	entfällt	

* Sofern keine Unterteilung nach Fachabteilungen vorhanden, Auflistung über das Gesamt-Krankenhaus.

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl für das Berichtsjahr)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)	0
Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)	0
Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)	0

Der strukturierte Krankenhaus-Qualitätsbericht nach § 137 SGB V

B-2.4 Personalqualifikation im ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. 2004)

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
2900	Allgemeine Psychiatrie	1		
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie			
3100	Psychosomatik/Psychotherapie	5	2	3
	Gesamt	6	2	3

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis Gesamtzahl 1
(gesamtes Krankenhaus):

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12.2004)

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil der examinierten Krankenschwestern/ -pfleger (3 Jahre)	Prozentualer Anteil der Krankenschwestern/ -pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/ in (1 Jahr)
3100	Psychosomatik/ Psychotherapie	8,5	100	13	
	Gesamt	8,5	100	13	

Der strukturierte Krankenhaus-Qualitätsbericht nach § 137 SGB V

C: Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Zugelassene Krankenhäuser sind gesetzlich zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitätssicherung		Dokumentationsrate	
		Ja	Nein	Ja	Nein	Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1	Psychosomatik			x			
	Gesamt						

C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V

Eine Aufstellung der einbezogenen Leistungsbereiche findet im Qualitätsbericht im Jahr 2007 Berücksichtigung.

C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen teil:

Qualitätssicherung durch die Forschungsstelle für Psychotherapie in Heidelberg

Der strukturierte Krankenhaus-Qualitätsbericht nach § 137 SGB V

C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP-Qualitätssicherungsmaßnahmen teil:

entfällt

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Leistung 1	OPS der einbezogenen Leistungen 1	Mindestmenge 1 (pro Jahr) pro KH / pro gelistetem Operateur 2	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja / Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr) Pro KH (4a) / pro gelistetem Operateur (4b) 2		Anzahl der Fälle mit Komplikationen im Berichtsjahr
1a	1b	2	3	4a	4b	5
entfällt						

1 Jeweils entsprechend der im Berichtsjahr geltenden Anlage 1 zur Vereinbarung über Mindestmengen nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V.

2 Angabe jeweils bezogen auf den Arzt/ Operateur, der diese Leistung erbringt.

Leistung 1	OPS der einbezogenen Leistungen 1	Mindestmenge 1 (pro Jahr) pro KH / pro gelistetem Operateur 2	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja / Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr) Pro KH (4a) / pro gelistetem Operateur (4b) 2		Anzahl der Fälle mit Komplikationen im Berichtsjahr
1a	1b	2	3	4a	4b	5
entfällt						

1 Jeweils entsprechend der im Berichtsjahr geltenden Anlage 1 zur Vereinbarung über Mindestmengen nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V.

2 Angabe jeweils bezogen auf den Arzt/ Operateur, der diese Leistung erbringt.

Name des Autors: Petra Gruchot

Datum: 05.07.2005

Telefon: 08381-802416

Freigegeben von: Erwin Obenaus

Freigegeben am: 06.07.2005

Anzahl Zeichen gesamt (mit Leerzeichen): 23.524

Der strukturierte Krankenhaus-Qualitätsbericht nach § 137 SGB V

Leistung 1	OPS der einbezogenen Leistungen 1	Mindestmenge 1 (pro Jahr) pro KH / pro gelistetem Operateur 2	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja / Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr) Pro KH (4a) / pro gelistetem Operateur (4b) 2		Anzahl der Fälle mit Komplikationen im Berichtsjahr
1a	1b	2	3	4a	4b	5
entfällt						

(Grau unterlegte Felder sind nicht auszufüllen)

C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung, die erbracht werden, obwohl das Krankenhaus/der Arzt die dafür vereinbarten Mindestmengen unterschreitet, sind an dieser Stelle unter Angabe des jeweiligen Berechtigungsgrundes zu benennen (Ausnahmetatbestände gem. Anlage 2 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V, Votum der Landesbehörde auf Antrag nach § 137 Abs. 1 S. 5 SGB V). Für diese Leistungen ist hier gem. § 6 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 jeweils auch darzustellen, mit welchen ergänzenden Maßnahmen die Versorgungsqualität sichergestellt wird.

(Das Folgende ist für jede Leistung aus Spalte 1a der obigen Tabelle darzustellen, für die die im Vertrag vereinbarte Mindestmenge in diesem Krankenhaus im Berichtsjahr unterschritten wurde).

Leistung (aus Spalte 1a der Tabelle unter C-5.1)

entfällt

Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand

entfällt

Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung

entfällt

Leistung (aus Spalte 1a der Tabelle unter C-5.1)

Entfällt

Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand

Entfällt

Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung

Entfällt

Leistung (aus Spalte 1a der Tabelle unter C-5.1)

Entfällt

Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand

Entfällt

Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung

Entfällt

Name des Autors: Petra Gruchot

Datum: 05.07.2005

Telefon: 08381-802416

Freigegeben von: Erwin Obenaus

Freigegeben am: 06.07.2005

Anzahl Zeichen gesamt (mit Leerzeichen): 23.524

Der strukturierte Krankenhaus-Qualitätsbericht nach § 137 SGB V

Leistung (aus Spalte 1a der Tabelle unter C-5.1)
entfällt

Leistung (aus Spalte 1a der Tabelle unter C-5.1)
entfällt
Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand
entfällt
Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung
entfällt

Der strukturierte Krankenhaus-Qualitätsbericht nach § 137 SGB V

Systemteil

D Qualitätspolitik

Folgende Grundsätze sowie strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik werden im Krankenhaus umgesetzt:

Aktive Interne Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie

Qualitätssicherung durch die Forschungsstelle für Psychotherapie der Universität Heidelberg.

Bei dem QS-Programm handelt es sich um ein Modell für intern in Institutionen durchgeführte QS. Es setzt dort an, wo die Qualität der Behandlung hergestellt wird und gibt einer aktiven Rückmeldung einen hohen Stellenwert. Damit wird eine empirisch initiierte klinische Reflexion von problematischen Behandlungsverläufen angestoßen. Die dauerhafte Etablierung von QS-Maßnahmen in der klinischen Alltagspraxis wird gefördert, wenn dem Therapeutischen Team ermöglicht wird, die QS-Maßnahmen als Chance für die Verbesserung der Qualität zu erfahren und nicht als Bedrohung des therapeutischen Selbstverständnisses oder als Drohung mit Entzug der Arbeitsmöglichkeit (Sanktion). Das QS-Programm stellt somit das Motto "Qualität durch Vertrauen" (vgl. Piwernetz et. al. 1991) in den Mittelpunkt.

Im Mittelpunkt des QS-Modells steht die so genannte Ergebnisqualität, Aspekte der Struktur- und Prozessqualität werden ergänzend betrachtet. Eine besondere Aufmerksamkeit ist auf die Entdeckung und Dokumentation 'problematischer' Behandlungsergebnisse gerichtet. Solche problematischen Verläufe werden bevorzugt - aber nicht ausschließlich - an das therapeutische Team rückgemeldet. Dies geschieht in Qualitätszirkeln, in denen diese Fälle unter dem Gesichtspunkt der QS klinisch reflektiert werden.

Die QS startet mit der Beobachtung relevanter Qualitätsindikatoren. Diese Beobachtungen werden dann anhand bestimmter Standards und nach a priori festgelegten Regeln hinsichtlich "guter" oder "schlechter" Qualität bewertet. Bei Abweichung von den angestrebten Standards wird eine Problemanalyse in Gang gesetzt.

Methodik und Konzeption eines QS-Programmes sollen die Integration der Ergebnisse in den klinischen Alltag ermöglichen (Kächele & Kordy 1992, Berwick 1990). z.B. erleichtern ein angemessener Aufwand und unkomplizierte Technik die praktische Durchführung; für die Akzeptanz bei den Betroffenen und ihre Bereitschaft, QS aktiv zu nutzen, ist es psychologisch von großem Vorteil, wenn die QS-Maßnahmen einen erkennbaren Nutzen für Patienten und Behandler in aktuellen Behandlungen haben.

Name des Autors: Petra Gruchot

Datum: 05.07.2005

Telefon: 08381-802416

Freigegeben von: Erwin Obenaus

Freigegeben am: 06.07.2005

Anzahl Zeichen gesamt (mit Leerzeichen): 23.524

Der strukturierte Krankenhaus-Qualitätsbericht nach § 137 SGB V

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus stellt sich wie folgt dar:

Das hier vorgeschlagene QS-Programm kann am Einzelpatienten ansetzen, auf Stationsebene oder auf Krankenhausebene. Die Basis bilden die Daten zum Ausgangsstatus des Patienten, zum Behandlungsverlauf und zum Entlassungsstatus des Patienten. Aufgrund dieser Daten wird der Behandlungsverlauf jedes Patienten bewertet, graphisch aufbereitet und über die Mitteilung an das therapeutische Team in den klinischen Prozess rückgekoppelt.

Das QS-Programm umfasst vier Komponenten:

- (1) ein QS-Inventar zum Monitoring klinischer Routine
- (2) einen Algorithmus (formalisiertes Regelsystem) zur Bewertung der Ergebnisqualität jeder einzelnen Behandlung
- (3) eine Kommunikationsstruktur (Qualitätszirkel) zur Rückmeldung der Ergebnisse an das therapeutische Team
- (4) einen wissenschaftlichen Jahresbericht (inkl. so genannter 'Report Cards') (kann in der Klinik angefordert werden)

Der strukturierte Krankenhaus-Qualitätsbericht nach § 137 SGB V

E-2 Qualitätsbewertung

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt (Selbst- oder Fremdbewertungen):

Der Bewertungsalgorithmus: Ein formalisiertes Regelsystem zur Bewertung einzelner Behandlungen

Das Programm übernimmt die Bewertungsregeln aus dem Heidelberger Modell, was u. a. einen Vergleich mit externen Standards (Heidelberg, Esslingen) ermöglicht. Die Regeln zur Bewertung der Behandlungsergebnisse sind das Ergebnis eines Konsensbildungsprozesses in der Gesamtgruppe der an diesem QS-Modell Beteiligten, schließt somit das Therapeutische Team (Ärzte, Psychologen, Schwestern, Sozialarbeiterin, Pfleger) und die externen QS-Experten von der Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart ein. In mehreren Sitzungen wurden konkrete Beispiele für formalisierte Bewertungsregeln anhand aktueller Fälle entworfen und in ihrer klinischen Bedeutung diskutiert. In diesem Sinne hatten diese Sitzungen die Funktion einer Konsenskonferenz, der für die QS üblicherweise die Festlegung von Qualitätsstandards übertragen wird. Der Hauptzweck dieser Konferenzen war es, klinisch bedeutsame Regeln zu formulieren, um problematische Behandlungen entdecken zu können. Resultat der klinischen Diskussionen ist ein Satz formalisierter Bewertungsregeln bzw. ein Bewertungsalgorithmus, mit dem die Ergebnisqualität konkreter einzelner Behandlungen automatisiert (und in diesem Sinne „objektiv“) beurteilt wird. Hinsichtlich ihrer Ergebnisse problematische Fälle werden als 'auffällig' signalisiert. Das Auffälligkeitssignal kann ein Hinweis sein auf ein nicht optimales Behandlungskonzept oder auf einen nicht hinreichend geeigneten Behandler; sie mögen jedoch auch begründet sein in der Schwere eines Falles, dessen Entwicklung nicht aufzuhalten war, der Unangemessenheit der Methode oder der nicht adäquaten Durchführung der Therapie genau in diesem einen Fall. Auffälligkeitssignale fördern die Aufmerksamkeit für Schwachstellen in der Patientenversorgung und sollen gleichzeitig Hinweise geben für die Qualitätsverbesserung der Patientenversorgung. In diesem Sinne ist ein QS-Programm eine empirisch gestützte Entscheidungshilfe (Wottawa & Thierau 1991, Wittmann 1985).

Die Bewertung erfolgt schrittweise nach qualitativen und quantitativen Aspekten. Im ersten und zweiten Schritt erfolgt eine Einschätzung nach qualitativen Aspekten durch Therapeut und Patient. Liegt z. B. nach Therapeuteneinschätzung am Ende der Behandlung eine Verschlechterung vor, was sich in einem (um mindestens 2 Punkte) erhöhten BeeinträchtigungsschwereScore (BSS) zeigt, folgt ein Auffälligkeitssignal. Ebenso wird ein auffälliger Verlauf signalisiert, wenn der Patient nach der Behandlung starke (od. sehr starke) Selbstmordgedanken äußert (Item 15 der SCL-90).

Falls die - qualitativen - Bedingungen nicht zu einem „Auffälligkeitssignal“ führen, erfolgt auf der dritten Stufe eine Bewertung unter quantitativem Gesichtspunkt: die positiven

Name des Autors: Petra Gruchot

Datum: 05.07.2005

Telefon: 08381-802416

Freigegeben von: Erwin Obenaus

Freigegeben am: 06.07.2005

Anzahl Zeichen gesamt (mit Leerzeichen): 23.524

Der strukturierte Krankenhaus-Qualitätsbericht nach § 137 SGB V

und negativen Erfolgsbewertungen für die ausgewählten Einzelvariablen werden getrennt summiert. Wenn die Summe der negativen Bewertungen überwiegt oder (zu) wenige positive Veränderungen eingetreten sind, resultiert ein Auffälligkeitssignal. Die Einzelbewertungen der Variablen orientieren sich dabei an dem Konzept der „Klinisch Bedeutsamen Veränderung“ (Kordy & Senf 1985; Kordy im Druck), das unter dem englischen Schlagwort "Clinical Significance" (Jacobson et al. 1984; Jacobson & Truax 1991) zunehmend Beachtung findet.

Ohne Frage verlangt ein QS-Programm, das mit dem Hinweis auf auffällige Verläufe den Blick auf unangenehme Wahrheiten lenkt, viel von den Therapeuten, deren Ziel erklärtermaßen eine gute Behandlung ist. Nicht zuletzt um diese Zumutung erträglich zu gestalten und die Bereitschaft langfristig zu erhalten, in der Suche nach Qualitätsmängel die Chance zur Qualitätsverbesserung zu sehen, meldet der im Heidelberger Modell entwickelte Bewertungsalgorithmus auch sehr gute und gute Behandlungsverläufe an das therapeutische Team zurück. Eine detaillierte Darstellung des gesamten Bewertungsalgorithmus und eine Demonstration an differenzierenden klinischen Beispielen findet sich in Lutz (1993).

Qualitätsmanagement und Qualitätszirkel: Organisierte Rückmeldung der Ergebnisqualität an das Therapeutische Team.

Das vorgeschlagene QS-Programm setzt dort an, wo die Qualität der Behandlung hergestellt wird und gibt daher einer aktiven Rückmeldung einen hohen Stellenwert. Die dauerhafte Etablierung von QS-Maßnahmen in der klinischen Alltagspraxis wird gefördert, wenn dem therapeutischen Team ermöglicht wird, die QS-Maßnahmen als Chance für die Verbesserung der Qualität zu erfahren.

Eine gute Qualität der Patientenversorgung kann nur gesichert werden kann, wenn die an der Herstellung der Qualität Beteiligten Zugang zu Informationen über die Qualität haben. Es ist demnach nicht nur wichtig, dass 'auffällige' Verläufe rückgemeldet werden, sondern auch wie sie rückgemeldet werden.

Wie im Heidelberger Modell werden monatlich - schwerpunktmäßig, aber nicht ausschließlich - die identifizierten problematischen Behandlungsverläufe von den QS-Beratern, d. h. den Mitarbeitern der Forschungsstelle, an das therapeutische Team aktiv rückgemeldet. Dabei wird den Mitarbeitern die Analyse der Auffälligkeit, wie sie sich in den Daten des QS-Inventars darstellt, graphisch und verbal erläutert, wodurch eine "aktiv" angestoßene klinische Reflexion im therapeutischen Team untereinander und mit den QS-Beratern gestartet wird. Die ErgebnISRückmeldungen werden daraufhin diskutiert, inwiefern sie Entscheidungshilfen z. B. für die Weiterbehandlung genau dieses Patienten bieten und welche Folgerungen aus den an diesem Beispiel gemachten Erfahrungen für zukünftige Therapie- und Indikationsüberlegungen folgen. Insofern sind diese am 'auffälligen' Fall orientierten Besprechungen („Qualitätszirkel“) inhaltlich und organisatorisch einer Teambesprechung oder Supervision vergleichbar.

Name des Autors: Petra Gruchot

Datum: 05.07.2005

Telefon: 08381-802416

Freigegeben von: Erwin Obenaus

Freigegeben am: 06.07.2005

Anzahl Zeichen gesamt (mit Leerzeichen): 23.524

Der strukturierte Krankenhaus-Qualitätsbericht nach § 137 SGB V

Auf der instrumentellen Ebene stellt sich die Frage, wie die über das QS-Inventar und den Bewertungsalgorithmus hergestellten Daten so aufbereitet und präsentiert werden, dass den Beteiligten die wesentlichen Informationen schnell und augenfällig zugänglich werden. Dieses Rückmeldeblatt bildet die Datengrundlage für die oben genannten klinischen Besprechungen

Auf dem Rückmeldeblatt befinden sich die Aufnahme- und Entlassungswerte für die psychometrischen Messinstrumente (z.B. BSS, BL, SCL 90R etc.). In der Zeile darunter werden die Mittelwerte und Streuungen einer Vergleichs Stichprobe bzw. die verwendeten cut-off Werte (falls keine Vergleichsgruppe vorhanden ist) angegeben, um die Bewertung des Behandlungsergebnisses nachvollziehen zu können. Die Gesamtbewertung zeigt ein Beispiel für einen auffälligen Verlauf - und die Diagnose (nach ICD-10). Eine Legende erklärt die jeweiligen Abkürzungen der Skalen.

Die zahlmäßige Präsentation wird ergänzt durch eine grafische Darstellung. Die Grafik wurde nach Erkenntnissen zur Wahrnehmung von graphisch repräsentierter Information (Cleveland 1985) entwickelt. Die Ordnung der verschiedenen Dimensionen orientiert sich an den verschiedenen Datenquellen und den drei Hauptdimensionen. Eine Veränderung in positiver Richtung wird mit +, eine in negativer Richtung mit - bewertet. Die Einschätzung ++ und - - hängt davon ab, ob sich ein Patient in der betreffenden Skala in den Normbereich hinein- oder hinausentwickelt hat (näheres zur Methodik in Lutz 1993).

Ein weiteres Blatt gibt zusätzliche Informationen zur Patientenzufriedenheit, zur therapeutischen Arbeitsbeziehung, Art und Umfang der Therapie, offene Antworten zur Veränderungseinschätzung durch den Patienten und die Möglichkeit zu einer Gegenkontrolle durch den Therapeuten, sowie Angaben zu den eingeleiteten Maßnahmen für etwaige - meist ambulante - Nachbehandlungen.

Der strukturierte Krankenhaus-Qualitätsbericht nach § 137 SGB V

E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

Punktuelle Zusammenfassung des Jahresberichtes 2004

9. Jahresbericht der Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart über Qualitätssicherung durch Qualitätsmanagement in der PANORAMA-Fachklinik Scheidegg im Allgäu.

Erfasste Patienten:	338		
½ jährliche und jährliche Katamnese	seit November 1995 mit inzwischen 2.646 Patienten		
Verweildauer:	Die in der Qualitätssicherung erfassten Patienten hatten 2004 eine durchschnittliche Verweildauer von 34,8 Tagen (Die tatsächliche Verweildauer aller Patienten, auch diejenigen, die nicht in der Qualitätssicherung erfasst werden, liegt in diesem Zeitraum bei 32,8 Tagen). Damit zeigt sich, verglichen mit dem Vorjahr, eine weitere Abnahme der durchschnittliche Verweildauer um 1 Tag, womit sie noch deutlicher als in früheren Jahren unter dem bleibt, was für Fachkliniken derzeit als angemessen diskutiert wird. Bei unserem Patientenanteil waren nur 5,3% der Patienten über 42 Tage. Kein Patient war länger als 8 Wochen in Behandlung.		
Patienten-zufriedenheit:	bei Entlassung	nach 6 Monaten	nach 1 Jahr
	<ul style="list-style-type: none"> • Zufrieden mit der Qualität der Behandlung 97,7% • Zufrieden mit der Behandlung insgesamt 95,8% • Klinik entsprach den Bedürfnissen 95,8% 	<ul style="list-style-type: none"> 92,1% 89,3% 91,1% 	<ul style="list-style-type: none"> 89,9% 87,9% 89,9%
Beurteilung durch die Therapeuten und Patienten:	Die Therapeuten sehen bei über 95% ihrer Patienten eine positive Entwicklung der körperlichen und seelischen Verfassung, sowie des Allgemeinbefindens. Die Einschätzung der Patienten fallen ähnlich positiv aus wie die der Therapeuten. Mehr als 85% erleben ihre körperliche und seelische Verfassung sowie ihr Allgemeinbefinden als gebessert.		
Anmerkungen:	Insgesamt ist die Zufriedenheit mit der Behandlung und deren Ergebnissen in unserer Klinik sehr hoch und liegt z.B. noch deutlicher als im letzten Jahr über den guten Zufriedenheitswerten, die aus anderen psychosomatischen Kliniken berichtet werden. Diese überaus positive Beurteilung durch die Patienten ist offensichtlich von Dauer. Selbst 1 Jahr nach der Aufnahme in die Klinik äußern sich ca. 90% der ehemaligen Patienten zufrieden mit der Behandlung in der Panorama Fachklinik und deren Ergebnissen.		

Name des Autors: Petra Gruchot

Datum: 05.07.2005

Telefon: 08381-802416

Freigegeben von: Erwin Obenaus

Freigegeben am: 06.07.2005

Anzahl Zeichen gesamt (mit Leerzeichen): 23.524

Der strukturierte Krankenhaus-Qualitätsbericht nach § 137 SGB V

Leistungsbereiche: siehe dazu im Basisteil:

Abschnitt

C: Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Im Krankenhaus sind folgende ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum durchgeführt worden:

Stationäre Psychotherapie

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Erwin Obenaus (Geschäftsleitung)

Ansprechpartner:

Dr. P. Ch. Dogs (Ärztlicher Leiter,

Dr. W.-J. Maurer (Chefarzt),

Petra Gruchot (Sekretariat)

Links (z.B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage)

www.panorama-fachkliniken.de

Name des Autors: Petra Gruchot

Datum: 05.07.2005

Telefon: 08381-802416

Freigegeben von: Erwin Obenaus

Freigegeben am: 06.07.2005

Anzahl Zeichen gesamt (mit Leerzeichen): 23.524