

BERGISCHE DIAKONIE APRATH

Strukturierter Qualitätsbericht

für das Berichtsjahr 2004

für das Krankenhaus

**Heilpädagogisch-Psychotherapeutisches Zentrum
Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**

Version 1.0

05. Juli 2005

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Basisteil	4
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	4
A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses	4
A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	4
A-1.3 Name des Krankenhausträgers	4
A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?	4
A-1.5 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108/109 SGB V	4
A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:	4
A- 1.7 A Fachabteilungen	5
A-1.7 B Mindestens Top 30 DRG	5
A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote	6
A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	6
A-2.0 Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?	7
A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten	7
A-2.1.1 Apparative Ausstattung	7
A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten	7
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	8
B-1.1 Name der Fachabteilung:	8
B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:	8
B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:	8
B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:	8
B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG	9
B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr	9
B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr	10

B-2	Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	11
B-2.1	Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V	11
B-2.2	Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen	11
B-2.3	Sonstige ambulante Leistungen	11
B-2.4	Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst	12
B-2.5	Personalqualifikation im Pflegedienst	12
C	Qualitätssicherung	13
C-1	Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	13
C-2	Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V	14
C-3	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	14
C-4	Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease - Management - Programmen (DMP)	14
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	15
C-5.2	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	18
	Systemteil	19
D	Qualitätspolitik	19
E	Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	20
E-1	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus	20
E-2	Qualitätsbewertung	21
E-3	Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	22
F	Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	23
G	Weitergehende Informationen	26

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

Straße: Erfurthweg 28
PLZ und Ort: 42489 Wülfrath
Postfach: Otto-Ohl-Weg 10
Postfach-PLZ und Ort: 42489 Wülfrath
E-Mail-Adresse:
Internetadresse:

A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen: 260511598

A-1.3 Name des Krankenhausträgers

Krankenhausträger: Bergische Diakonie Aprath

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

Akad. Lehrkrankenhaus: Nein

A-1.5 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108/109 SGB V

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

Anzahl Betten. 12

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten: 78

Ambulante Patienten: 1139

A- 1.7 A Fachabteilungen

FA-Kode § 301 SGB V	Name der Fachabteilung	Zahl der Betten	Zahl der stationären Fälle	HA (Hauptabteilung) oder BA (Belegabteilung)	Poliklinik/ Ambulanz ja/nein
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie	12	78	HA	ja

A-1.7 B Mindestens Top 30 DRG

(nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1		nicht zutreffend	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote

Es werden alle kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbilder behandelt, insbesondere Kinder und Jugendliche mit komplexen Störungsbildern und traumatischen Erfahrungen.

Durch die enge Zusammenarbeit mit dem trägerinternen Jugendhilfebereich sowie der angegliederten Schule für Erziehungshilfe, welche mit ihrer Abteilung für Schuldiagnostik die Beschulung während der Krankenhausunterbringung sicherstellt, eignet sich das Angebot in besonderem Maße, wenn mit der psychiatrischen Erkrankung auch schulische und/oder erzieherische Probleme einhergehen.

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? Nein

A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Institutsambulanz:

Die Behandlung ist auf Versicherte ausgerichtet, die wegen der Art, Schwere und Dauer ihrer Krankheit oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch die Institutsambulanz angewiesen sind.

Zielgruppe sind insbesondere entwicklungsgestörte, psychisch erkrankte und/oder behinderte Patienten mit ihren Beziehungspersonen, die bislang keine fachspezifische oder ausreichende therapeutische Hilfe gefunden haben und die von einer Verschlimmerung oder einer Chronifizierung ihrer Störung bzw. sekundären Schäden und sozialer Desintegration bedroht sind.

Methoden sind differenzierte ärztliche, psychologische und heilpädagogische diagnostische und therapeutische Verfahren.

Indikationen sind:

- Auffälligkeiten im emotionalen, motivationalen und sozialen Verhalten
- Psychosomatische Erkrankungen, psychotische Erkrankungen, Autismus
- Entwicklungsstörungen und –verzögerungen
- Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen
- Lern- und Leistungsstörungen
- Psychotraumatisierungen unterschiedlicher Genese

Das Behandlungssetting richtet sich nach Art und Schwere der Störung und umfasst einzel-, familien- gruppen- und systemorientierte Maßnahmen.

Die ambulante Diagnostik und Behandlung erfolgt vor stationärer Behandlung und im Rahmen der Nachsorge begleitend bei Maßnahmen der Hilfen zur Erziehung.

Einmal wöchentlich wird eine offene Sprechstunde für die Vorklärung von dringenden Fragestellungen angeboten.

A-2.0 *Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?*

nicht zutreffend

A-2.1 *Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten*

A-2.1.1 *Apparative Ausstattung*

Leistungsbereich	Vorhanden		Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	
	JA	NEIN	JA	NEIN
Computertomographie		x		x
Magnetresonanztherapie (MRT)		x		x
Herzkatheterlabor		x		x
Szintigraphie		x		x
Positronenemissionstomographie (PET)		x		x
Angiographie		x		x
Schlaflabor		x		x
Mitbenutzung in Kooperation mit der Kinderklinik Barmen:				
- EEG	x		x	
- Labor	x		x	
- EKG	x		x	

A-2.1.2 *Therapeutische Möglichkeiten*

Leistungsbereich	Vorhanden	
	JA	NEIN
Physiotherapie		x
Dialyse		x
Logotherapie		x
Schmerztherapie		x
Eigenblutspende		x
Psychoedukation		x
Trombolyse		x
Bestrahlung		x
Bewegungstherapie	x	
Reittherapie	x	
Musiktherapie	x	
Kunsttherapie	x	
Entspannungsverfahren	x	
Tiefenpsychologische, systemtherapeutische und verhaltenstherapeutische Verfahren:		
- Gruppenpsychotherapie	x	
- Einzelpsychotherapie	x	
- Familientherapie	x	
- Traumatherapie (EMDR)	x	

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

Kinder- und Jugendlichen-Stationen

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Emotionale Störungen, Ängste und Zwänge, Einnässen/Einkoten, Psychosomatische Störungen, Tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Bindungsstörungen, Gewalterfahrungen und andere Traumata

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

keine

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1		nicht zutreffend	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

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

Rang	ICD-10 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	46
2	F90	Hyperkinetische Störungen	9
3	F91	Störungen des Sozialverhaltens	8
4	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	7
5	F84	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	3
6	F32	Leichte depressive Episode	1
7	F41	Andere Angststörungen	1
8	F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	1
9	F94	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1
10	F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

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

Rang	OPS (4-stellig)	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1		nicht zutreffend	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V

Gesamtzahl im Berichtsjahr: keine

B-2.2 Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung* im Berichtsjahr

Rang	EBM- Nummer 4-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1		nicht zutreffend	
2			
3			
4			
5			

Sofern keine Unterteilung nach Fachabteilungen vorhanden ist, erfolgt die Auflistung über das Gesamt-Krankenhaus.

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen

(Fallzahl für das Berichtsjahr)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)	nicht vorhanden
Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)	1139 Fälle
Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)	nicht vorhanden

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie	5	2	3

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 2

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegerkräfte insgesamt	Prozentualer Anteil		
			Krankenschwestern-/pfleger		Krankenpflege- helfer/-in (1 Jahr)
			examiniert (3 Jahre)	mit entspr. Fach- weiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie	11	11		

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		x				
2		x				
3		x				
4		x				
5		x				
6		x				
7		x				
8		x				
9		x				
10		x				
11		x				
12		x				
13		x				
14		x				
15		x				
16		x				
17		x				
18		x				
19		x				
20						

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 (Leistungsbereiche) teil:

nicht zutreffend

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

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

nicht zutreffend

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

Leistung	OPS der einbezogenen Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH/ pro Arzt	Leistung wird vom Krankenhaus erbracht Ja/Nein	Erbrachte Menge		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH	pro Arzt	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Lebertransplantation		10	Nein			
	5-503.0		Nein			
	5-503.1		Nein			
	5-503.2		Nein			
	5-503.3		Nein			
	5-503.x		Nein			
	5-503.y		Nein			
	5-504.0		Nein			
	5-504.1		Nein			
	5-504.2		Nein			
	5-504.x		Nein			
	5-504.y		Nein			
	5.502.0		Nein			
	5-502.1		Nein			
	5-502.2		Nein			
	5-502.3		Nein			
	5-502.5		Nein			
	5-502.x		Nein			
	5-502.y		Nein			
Nierentransplantation		20	Nein			
	5-555.0		Nein			
	5-555.1		Nein			
	5-555.2		Nein			
	5-555.3		Nein			
	5-555.4		Nein			
	5-555.5		Nein			
	5-555.x		Nein			
	5-555.y		Nein			

Leistung	OPS der einbezogenen Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH/ pro Arzt	Leistung wird vom Krankenhaus erbracht Ja/Nein	Erbrachte Menge		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH	pro Arzt	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komplexe Eingriff am Organsystem Ösophagus		5/5	Nein			
	5-420.00		Nein			
	5-420.01		Nein			
	5-420.10		Nein			
	5-420.11		Nein			
	5-423.0		Nein			
	5-423.1		Nein			
	5-423.2		Nein			
	5-423.3		Nein			
	5-423.x		Nein			
	5-423.y		Nein			
	5-424.0		Nein			
	5-424.1		Nein			
	5-424.2		Nein			
	5-424.x		Nein			
	5-424.y		Nein			
	5-425.0		Nein			
	5-425.1		Nein			
	5-425.2		Nein			
	5-425.x		Nein			
	5-425.y		Nein			
	5-426.0**		Nein			
	5-426.1**		Nein			
	5-426.2**		Nein			
	5-426.x**		Nein			
	5-426.y		Nein			
	5-427.0**		Nein			
	5-427.1**		Nein			
	5-427.2**		Nein			
	5-427.x**		Nein			
5-427.y		Nein				
5-429.2		Nein				
5-438.0**		Nein				
5-438.1**		Nein				
5-438.x**		Nein				

Leistung	OPS der einbezogenen Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH/ pro Arzt	Leistung wird vom Krankenhaus erbracht Ja/Nein	Erbrachte Menge		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH	pro Arzt	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komplexe Eingriff am Organsystem Pankreas		5/5	Nein			
	5-521.0		Nein			
	5-521.1		Nein			
	5-521.2		Nein			
	5-523.2		Nein			
	5-523.x		Nein			
	5-524		Nein			
	5-524.0		Nein			
	5-524.1		Nein			
	5-524.2		Nein			
	5-524.3		Nein			
	5-524.x		Nein			
	5-525.0		Nein			
	5-525.1		Nein			
	5-525.2		Nein			
	5-525.3		Nein			
5-525.4		Nein				
5-525.x		Nein				
Stammzelltransplantation		12+/-2 [10-14]	Nein			
			Nein			
	5-411.00		Nein			
	5-411.01		Nein			
	5-411.20		Nein			
	5-411.21		Nein			
	5-411.30		Nein			
	5-411.31		Nein			
	5-411.40		Nein			
	5-411.41		Nein			
	5-411.50		Nein			
	5-411.51		Nein			
	5-411.x		Nein			
	5-411.y		Nein			
	8-805.00		Nein			
	8-805.01		Nein			
	8-805.20		Nein			
	8-805.21		Nein			
	8-805.30		Nein			
	8-805.31		Nein			
	8-805.40		Nein			
	8-805.41		Nein			
	8-805.50		Nein			
	8-805.51		Nein			
	8-805.x		Nein			
	8-805.y		Nein			

(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)

nicht zutreffend

Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand

nicht zutreffend

Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung

keine

Systemteil

D Qualitätspolitik

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

Die folgenden Ausführungen geben die Qualitätspolitik wieder, wie sie für die Bergische Diakonie Aprath als Träger sowie die ihr zugehörige Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im „Leitbild“ und in den „Grundsätzen des Qualitätsmanagements“ beschrieben und festgelegt ist.

Aus dem Leitbild: Unsere Unternehmensorganisation

- Trotz der räumlichen Entfernung und der konzeptionellen Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen haben wir eine gemeinsame Grundausrichtung und eine einheitliche Strategie und Unternehmenspolitik. Innerhalb der Unternehmensbereiche nutzen wir Gestaltungsfreiräume, um kundennah und flexibel die besten fachlichen und organisatorischen Lösungen zu finden.
- Unsere Führungskräfte stehen hinter dem Leitbild und engagieren sich für die fachliche und organisatorische Umsetzung. Dabei beteiligen sie Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, deren Wissen und Potenzial eingesetzt und entwickelt wird.
- Durch gezielte Partnerschaften verbessern wir unsere Möglichkeiten. Als Teil der Kirche Jesu Christi suchen wir besonders nach Kooperation mit den örtlichen evangelischen Gemeinden und Werken.
- In genau beschriebenen Prozessen werden die Abläufe unserer betrieblichen Organisation wirksam und effizient gestaltet.
- Die Ergebnisse und die Zweckmäßigkeit der Organisation werden regelmäßig gemessen und analysiert.
- Durch ein umfassendes Qualitätsmanagement erreichen wir ein dynamisches Gleichgewicht von Qualitätssicherung auf der einen Seite wie Innovation und Entwicklung auf der anderen Seite. Auf diese Weise sichern wir als lernende Organisation die Qualität und den Fortbestand unserer Arbeit.

Aus den Grundsätzen des Qualitätsmanagements

Die Bergische Diakonie Aprath [und in ihr die Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie] hat sich für die Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagements entschieden. Entsprechend dem Leitbild orientiert es sich an den nachfolgend aufgeführten Grundsätzen:

- Kunden- und Ergebnisorientierung
- Gesellschaftliche Verantwortung
- Führung, Politik und Strategie
- Mitarbeiterentwicklung und Beteiligung
- Partnerschaften
- Prozessmanagement
- Ergebnisse messen und analysieren
- entwickeln – lernen – sichern

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 *Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus*

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

Die leitenden Konzeptionen für das Qualitätsmanagement des Trägers, der Bergischen Diakonie Aprath, sind das Modell der Business Excellence 2000 der European Foundation for Quality Management (EFQM) und die Norm EN ISO 9004:2000.

Die Fachklinik orientiert sich darüber hinaus an den Kriterien der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ), die als eine Konkretisierung der EFQM-Kriterien aufgefasst werden können.

Verantwortlichkeiten bei den Schlüsselprozessen

Für jeden Schlüsselprozess wird von der Leitung ein Prozesseigner sowie Prozessverantwortliche bestimmt.

Der **Prozesseigner** sorgt für eine zielführende Prozessbeschreibung sowie für ihre kontinuierliche Weiterentwicklung. Alle Prozessbeschreibungen werden vom zugeordneten Qualitätsbeauftragten geprüft und vom Vorstand bzw. der Bereichsleitung freigegeben.

Die **Prozessverantwortlichen** sind für den korrekten Ablauf des Prozesses im operativen Geschäft verantwortlich.

Die **Prozessbeteiligten** sind für die korrekte Durchführung und Dokumentation der benannten Prozessschritte im Rahmen der Prozessbeschreibungen zuständig. Für die Einleitung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses sind ihre Fehlermeldungen und Verbesserungsvorschläge von besonderer Bedeutung.

Verantwortung aller Mitarbeiter/-innen

Es ist Aufgabe und Verantwortung aller Mitarbeiter/-innen in der BDA, bei der Entwicklung, der Umsetzung und der Verbesserung des Qualitätsmanagements mitzuarbeiten. Sie wirken mit als Prozessbeteiligte, Prozessverantwortliche, Prozesseigner, Mitglieder oder Leiter von Arbeits- oder Projektgruppen, Moderatoren oder internen Auditoren oder Assessoren.

Führungskräfte in der BDA sind dafür verantwortlich, Mitarbeiter/-innen zur Qualitätsentwicklung zu motivieren und sie dabei zu unterstützen.

Verantwortung des e//s

Das e//s (Institut für Qualitätsentwicklung) ist beauftragt mit der Organisation der Qualitätsentwicklung. Es organisiert oder führt die notwendigen Beratungen, Schulungen und Qualifizierungsmaßnahmen durch.

Qualitätszirkel

Die regelmäßige Analyse und die kontinuierliche Erarbeitung von Prozessen erfolgt in Qualitätszirkeln. Das sind vom jeweiligen Prozesseigner initiierte Arbeitsgruppen, in denen Prozessverantwortliche und -beteiligte unterschiedlicher Funktionen und Abteilungen sich über Ziele verständigen und Abläufe planen und verbessern.

E-2 Qualitätsbewertung

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

Klienten- und Angehörigenbefragung (2004)

Im Rahmen eines Benchmarkingprojektes wurde die Zufriedenheit der in der Fachklinik behandelten Kinder und Jugendlichen sowie die ihrer Eltern erhoben. Die Befragung der Kinder und Jugendlichen erfolgte altersabhängig mittels Fragebogen oder per Interview; die Eltern wurden ausnahmslos schriftlich befragt. Nach der Auswertung durch das Institut e//s wurden die Ergebnisse vorgestellt und im Leitungskreis diskutiert. Die nächsten Schritte – Identifizierung von Verbesserungspotentialen und Festlegung von Maßnahmen – folgen nun bis zum Sommer (2005).

Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (2003)

Im Zusammenhang mit der Neuverhandlung der Pflegesätze wurde im Jahr 2003 durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen eine Fehlbelegungsprüfung durchgeführt. Im Ergebnis wurden durch den MDK keinerlei Beanstandungen gemacht.

Selbstbewertung nach EFQM und Mitarbeiterbefragung (2001/2002)

Im Jahr 2001 wurden in der Bergischen Diakonie eine Mitarbeiterbefragung sowie eine Selbstbewertung nach den EFQM-Kriterien durchgeführt. In nachfolgenden Mitarbeiter- und Leitungs-Workshops wurden auf der Grundlage der vorliegenden Ergebnisse Themenschwerpunkte herausgearbeitet und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

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

Darstellung der Ergebnisse aus dem externen Qualitätssicherungsverfahren:

In der Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie werden keine Leistungen erbracht, die der Dokumentationspflicht zur externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V unterliegen.

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

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

Qualitätszirkel Aufnahme

Verantwortlich: Klaus Wessiepe, Qualitätsbeauftragter

Zeitraum: Sommer 2003 bis Sommer 2004

Ziel: Koordinierung der Aufnahmeprozesse zwischen der Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einschließlich der Ambulanz, den trägereigenen Jugendhilfe-Angeboten sowie der angegliederten Schule für Erziehungshilfe

Vorgehensweise: Darstellung der Schnittstellen, Diskussion und Klärung der Abläufe, Informationsaustausch zwischen den Verantwortlichen in den verschiedenen Abteilungen

Ergebnisse: Verbesserung der internen Steuerung von Aufnahmeanfragen, Sicherstellung der internen Weiterleitung von Anfragen

Qualitätszirkel „Umgang mit Beschwerden“

Verantwortlich: Klaus Wessiepe, Qualitätsbeauftragter

Zeitraum: Frühjahr 2003 bis Frühjahr 2004

Ziel: Einführung eines Beschwerdemanagements

Vorgehensweise: Erarbeitung einer Prozessbeschreibung sowie von Info-Broschüren für Kinder und Jugendliche, Durchführung von Mitarbeiterschulungen

Ergebnisse: Das Verfahren zum Umgang mit Beschwerden ist erarbeitet und eingeführt. Die Klienten werden bei der Aufnahme über Beschwerde- und Beteiligungsmöglichkeiten informiert. Darüber hinaus werden alle Kinder und Jugendlichen über die ihnen zustehenden Rechte mittels eines Faltblattes aufgeklärt.

Qualitätszirkel Krisenmanagement

Verantwortlich: Klaus Wessiepe, Qualitätsbeauftragter

Zeitraum: Seit Sommer 2004

Ziel: Verbesserung der Handlungssicherheit aller Mitarbeitenden in ausgewählten Krisensituationen (Entweichung, Suizidalität, Drogenmissbrauch, Bedrohung und Gewalt, Unfälle etc.) und Sicherstellung der Einhaltung fachlicher Standards.

Vorgehensweise: Identifizierung und Beschreibung der relevanten Krisensituationen, Beschreibung der Interventionsschritte sowie möglicher Kooperationspartner (Ressourcen), Festlegung der Informationspflichten. Anschließend geplant: Durchführung von Mitarbeiterschulungen zur Einführung des Prozesses

Ergebnisse: Ergebnisse werden für Sommer 2005 erwartet.

Arbeitskreises zum Thema „Drogen“

Teilnehmer: Mitarbeiter/-innen aus verschiedenen Arbeitsbereichen, Fachkraft der Drogenberatungsstelle, Qualitätsbeauftragter

Zeitraum: Monatliche Treffen ab Ende 2003

Ziel: Erarbeitung von Richtlinien für den Umgang mit Kindern und Jugendlichen der Einrichtung, die Drogen besitzen, konsumieren und/oder vertreiben und Planung von Präventionsmaßnahmen

Vorgehensweise: Informationsaustausch, Schulung von Mitarbeiter/-innen sowie Schüler/-innen der Schule für Erziehungshilfe, Konzeptarbeit

Ergebnisse: Durchführung von Informationsveranstaltungen für die Mitarbeiter/-innen sowie regelmäßige Durchführung von Unterrichtseinheiten zur Drogenprävention für die Kinder und Jugendlichen der Schule für Erziehungshilfe

Neugestaltung der Patientendokumentation

Verantwortlich: Herr Budinger, Leitender Arzt

Zeitraum: Mai bis September 2003

Ziel: Überarbeitung der bestehenden Patientendokumentation unter Berücksichtigung der Anforderungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK) sowie der geltenden Datenschutzbestimmungen

Vorgehensweise: Sichtung der bisherigen Dokumentation, Erarbeitung der Neufassung und Überprüfung auf Praxistauglichkeit

Ergebnisse: Die neu erarbeitete umfassende Pflegedokumentation in Form einer gegliederten Kinder- und Jugendlichenakte (Stammblatt, Medizinische Dokumentation, Ärztliche Verordnung, Erziehungsplanung etc.) wurde eingeführt und hat sich als zweckmäßig und handlungsdienlich erwiesen.

Mitarbeiterschulung zum „Kontrollierten Umgang mit Gewalt und Aggression“ (KUGA)

Verantwortlich: Jürgen Fuchs / Hr. Pätzold für KUGA AggressionsManagement

Zeitraum: Seit Frühjahr 2004

Ziel: Vermittlung von Deeskalations-, Befreiungs- und Haltetechniken zum Umgang mit Aggression und Gewalt in Krisensituationen im Sinne einer kontinuierlichen Schulung möglichst aller pädagogischen Mitarbeiter/-innen

Vorgehensweise: Das Seminar vermittelt Einblicke, Grundlagen und eine Einführung in die unterschiedlichen Techniken zum Umgang mit Aggression und Gewalt. Die Vermittlung geschieht mittels unterschiedlicher Methoden sowie durch praktische Übungen und Rollenspiele.

Ergebnisse: Die Fortbildung dauert noch an.

Fortbildung in Traumatherapie nach der EMDR-Methode

Verantwortlich: Institut für Traumatherapie, Berlin

Zeitraum: Januar 2004 bis voraussichtlich Herbst 2005

Ziel: Qualifizierung von 10 therapeutischen und ärztlichen Mitarbeiter/-innen zum Ausbau des Behandlungsschwerpunktes Traumatherapie

Vorgehensweise: Umfassende Fortbildung mit Vorträgen, Demonstrationen, Übungen, Selbsterfahrung und Supervision

Ergebnisse: Die Fortbildung endet im September 2005 mit entsprechendem Zertifikat.

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche für den Qualitätsbericht

Markus Budinger, Leitender Arzt
Klaus Wessiepe, Qualitätsbeauftragter der Fachklinik

Ansprechpartner (z.B. Qualitätsbeauftragter, Patientenfürsprecher, Pressereferent;
Leitungskräfte verschiedener Hierarchieebenen):

Markus Budinger, Leitender Arzt
Barbara Hoyer, Oberärztin und stellvertr. leitende Ärztin
Dr. Markus Onken, Leitung Institutsambulanz

Weiteres Informationsmaterial sowie spezifische Konzepte können bezogen werden über:

Heilpädagogisch-Psychotherapeutisches Zentrum
Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Erfurthweg 28
42489 Wülfrath

Tel. (0202) 2729-310