

Anlage

zur Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vom 03.12.2003

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

Psychiatrische Tagesklinik der BRÜCKE gGmbH Lübeck, Engelsgrube 47
23552 Lübeck, 0451/14008-27, tagesklinik@diebruecke-luebeck.de,
www. diebruecke-luebeck.de

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

510 100034

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

DIE BRÜCKE gGmbH Lübeck

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

ja nein

A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V
(Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

24

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten: (Tagesklinik)

Ambulante Patienten: (Behandlungsfälle)

A- 1.7 A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)	Poliklinik/ Ambulanz ja (j) / nein(n)
0100	Innere Medizin (I.M.)				
...	Psychiatrie	24		HA	j
3755	Wirbelsäulenchirurgie				
	Anästhesie				

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			
2			
3			
4			
....			

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

Psychiatrie

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?

ja x nein

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

Psychiatrische Institutsambulanz

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

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

	Vorhanden		Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	
	Ja	Nein		
Computertomographie (CT)	Ja	Nein		
Magnetresonanztomographie (MRT)	Ja	Nein		
Herzkatheterlabor	Ja	Nein		
Szintigraphie	Ja	Nein		
Positronenemissionstomographie (PET)	Ja	Nein		
Elektroenzephalogramm (EEG)	Ja	Nein		
Angiographie	Ja	Nein		
Schlaflabor	Ja	Nein		
.....	Ja	Nein		

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

	Vorhanden	
	Ja	Nein
Physiotherapie	Ja	Nein
Dialyse	Ja	Nein
Logopädie	Ja	Nein
Ergotherapie	Ja	Nein
Schmerztherapie	Ja	Nein
Eigenblutspende	Ja	Nein
Gruppenpsychotherapie	Ja	Nein
Einzelpsychotherapie	Ja	Nein
Psychoedukation	Ja	Nein
Thrombolyse	Ja	Nein
Bestrahlung	Ja	Nein
Sport	Ja	Nein

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Psychiatrische Tagesklinik

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

Psychiatrie

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Psychiatrie

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
1			
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 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	F33	62	Reziv. Depressive Störung
2	F32	51	Depressive Episode
3	F20	35	Schizophrenie
4	F25	20	Schizoaffektive Störung
5	F60/61	19	Persönlichkeitsstörung
6	F41	6	Angststörung
7	F31	4	Bipolare Störung
8	F42	4	Zwangsstörung
9	F40	7	Agoraphobie
10			

* 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- 301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1			
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 (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr:

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

	EBM- Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
1			
2			
3			
4			
5			

* 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)

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)

Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
0100	Innere Medizin			
...	Psychiatrie	2,25	0,75	1,5
3700	Sonstige Fachabteilung			
	Gesamt	2,25	0,75	1,5

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

	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)
0100	Innere Medizin				
...	Psychiatrie	2,41	100		
3700	Sonstige Fachabteilung				
	Gesamt	1,5	100		

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	Aortenklappenchirurgie						
2	Cholezystektomie						
3	Gynäkologische Operationen						
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation						
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel						
6	Herzschrittmacher-Revision						
7	Herztransplantation						
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)						
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel						
10	Karotis-Rekonstruktion						
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)						
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel						
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie						
14	Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)						
15	Koronarchirurgie						
16	Mammachirurgie						
17	Perinatalmedizin						
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19						
19	Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose						

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitätssicherung		Dokumentationsrate	
		Ja	Nein	Ja	Nein	Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
20	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 (Leistungsbereiche) teil:

- ...
- ...
- ...

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

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

- ...
- ...
- ...

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 Arzt ²	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH (4a) pro Arzt (4b) ²		
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Lebertransplantation		10				
	5-503.0					
	5-503.1					
	5-503.2					
	5-503.3					
	5-503.x					
	5-503.y					
	5-504.0					
	5-504.1					
	5-504.2					
	5-504.x					
	5-504.y					
	5-502.0					
	5-502.1					
	5-502.2					
	5-502.3					
	5-502.5					
5-502.x						
5-502.y						
Nierentransplantation		20				
	5-555.0					
	5-555.1					
	5-555.2					
	5-555.3					
	5-555.4					
	5-555.5					
	5-555.x					
5-555.y						

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

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 Arzt ²	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH (4a) ²	pro Arzt (4b) ²	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas		5/5				
	5-521.0					
	5-521.1					
	5-521.2					
	5-523.2					
	5-523.x					
	5-524					
	5-524.0					
	5-524.1					
	5-524.2					
	5-524.3					
	5-524.x					
	5-525.0					
	5-525.1					
	5-525.2					
5-525.3						
5-525.4						
5-525.x						
Stammzell- transplantation		12+/- 2 [10-14]				
	5-411.00					
	5-411.01					
	5-411.20					
	5-411.21					
	5-411.30					
	5-411.31					
	5-411.40					
	5-411.41					
	5-411.50					
5-411.51						

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.Arzt ²	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH (4a) ²	pro Arzt (4b) ²	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
	5-411.x					
	5-411.y					
	8-805.00					
	8-805.01					
	8-805.20					
	8-805.21					
	8-805.30					
	8-805.31					
	8-805.40					
	8-805.41					
	8-805.50					
	8-805.51					
	8-805.x					
	8-805.y					

(Grau unterlegte Felder sind nicht auszufüllen)

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.

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)

Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand

Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung

Systemteil

D **Qualitätspolitik**

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

Die Tagesklinik ist Teil der sozialpsychiatrischen Unternehmung BRÜCKE gGmbH. Die Betreuung/ Behandlung psychisch erkrankter Menschen erfolgt auf Grundlage der Leitsätze, die für alle Einrichtungen der BRÜCKE Gültigkeit haben:

DIE BRÜCKE...

- nimmt Menschen, die an einer seelischen Erkrankung leiden, in all ihren Lebensbezügen wahr.
- unterstützt ihren Weg zu einem selbstbestimmteren Leben.
- hilft Menschen innerhalb ihres eigenen Umfeldes.
- fördert gegenseitigen Respekt und Wertschätzung in der Begegnung zwischen Betreuten und Helfenden.
- fördert ein durch Offenheit, Fairness und Mitgestaltung geprägtes Arbeitsklima.
- entwickelt ihre Angebote am Bedarf der Gemeinde, im Rahmen des gemeindepsychiatrischen Verbundes. Sie fühlt sich dem Erhalt der Vielfalt von Lebensentwürfen verpflichtet.

Die Behandlung in der Klinik erfolgt in der Regel anstatt oder infolge einer vollstationären psychiatrischen Klinikbehandlung. Das Behandlungskonzept folgt sozialpsychiatrischen Grundsätzen. Der diagnostische und therapeutische Blick richtet sich besonders auf den erkrankten Menschen in seinen sozialen Beziehungen. Der Behandlungsansatz ist individuenzentriert und ressourcenorientiert. Über die Vernetzung mit den weiteren Einrichtungen des gemeindepsychiatrischen Verbundes versteht sich die Tagesklinik als wichtige Schaltstelle bezüglich der Sicherstellung nachfolgender ambulanter medizinischer, soziotherapeutischer und rehabilitativer Behandlung psychisch Kranker. Gleichzeitig schafft sie einen Rahmen, in dem PatientInnen die Möglichkeit finden, sich mit auslösenden und bewältigenden Faktoren ihrer Störung auseinanderzusetzen.

Mit dem tagesklinischen Rahmen (nach 16 Uhr und am Wochenende werden die PatientInnen in ihr gewohntes Lebensumfeld entlassen) sind besondere Anforderungen an die PatientInnen gerichtet. Die unmittelbare lebenspraktische Umsetzung therapeutisch induzierter Lernschritte stellt das Kernprinzip der sozialpsychiatrischen Arbeitsweise dar.

Gleichzeitig erfordern z.T. wieder aufkommende akute Krankheitssymptome der PatientInnen besondere Unterstützung im Rahmen der Präsenzzeit.

Die Qualitätspolitik zielt darauf, diese Rahmenaspekte in dem mit dem Leistungsträger vereinbarten Kostenrahmen auf hohem Niveau umzusetzen.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

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

Mit der Vielfalt von Einrichtungen bzw. Betreuungsangeboten sowie gesetzlichen Grundlagen bzw. Leistungsträgern praktiziert die BRÜCKE gGmbH ein dezentral organisiertes Qualitätsmanagement. Auf diese Weise wird zum Einen den spezifischen Qualitätsvorgaben des Gesetzgebers/ der Leistungsträger entsprochen. Gleichzeitig werden die Qualitätsziele im Rahmen des sozialpsychiatrischen Paradigmas – gemäß der BRÜCKE-Leitsätze - für die Organisation als Ganzes weiterentwickelt.

Verantwortlich für den *Prozess der Gestaltung* von Qualitätspolitik und –management ist der hauptamtliche Qualitätsbeauftragte. Er steuert die einrichtungsübergreifenden Prozesse der *Qualitätsentwicklung* und berät die Einrichtungen in ihren spezifischen Qualitätsaktivitäten.

Die QM-Aktivitäten beruhen auf a) der Methodik des EFQM-Modells (für den sozialen Versorgungsbereich angepasste Version) sowie b) einem umfassenden Benchmarking-Ansatz, der als Hauptaspekt die Zufriedenheit der Betreuten zum Gegenstand hat.

Mit den Zufriedenheitsbefragungen, die in zweijährlichem Turnus durchgeführt werden, vergleichen sich jeweils ähnliche Einrichtungstypen unterschiedlicher Leistungserbringung miteinander. Dabei stellen die Benchmarking-Zahlenwerte (quantitatives Benchmarking) den Ausgangspunkt für einen Prozess des Austausches (qualitatives Benchmarking) zwischen Behandlungsteam, PatientInnen und Organisation dar. Ergebnis dieses Prozesses sind Verbesserungsprojekte auf Einrichtungsebene (durch den EFQM-Prozess werden Verbesserungsprojekte auf Organisationsebene initiiert).

Die Qualitätssicherung als solche liegt in der Verantwortung der Einrichtungsleitung.

E-2 Qualitätsbewertung

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

Befragungsdurchgang 2003 des Benchmarking „Datenbankgestützten Qualitätsmanagement“ (DPWV Schl.-Holst.): Durchführung des *qualitativen* Benchmarking (Rückmeldeschleifen der Ergebnisse des quantitativen Benchmarking an Team, Geschäftsführung und PatientInnen sowie wechselseitige Interpretationsrunden mit Entwicklung von Verbesserungsprojekten.)

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

Das Krankenhaus kann hier Ergebnisse aus dem externen Qualitätssicherungsverfahren in tabellarischer Form darstellen.

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

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

Rückmeldeprozess „Benchmarking-Ergebnisse der Befragung 2003“ an die PatientInnen

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Geschäftsführer Dirk Wäcken

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

Dr. Dietmar Steege (Bereichsleitung „Behandlung und Pflege“)

Tel: 0451-88067-0;

Matthias Göpfert (Qualitätsbeauftragter der BRÜCKE gGmbH)

Tel: 0451-14008-46

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

www.diebruecke-luebeck.de