

DRK Tagesklinik Worms

QUALITÄTSBERICHT 2017



Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über das Berichtsjahr 2017

erstellt: im April 2019

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	2
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	2
A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts	2
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	3
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	3
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	3
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	3
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	4
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	4
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	4
A-10 Gesamtfallzahlen	5
A-11 Personal des Krankenhauses	5
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	5
A-11.2 Pflegepersonal	5
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	5
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	6
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	6
A-12.1 Qualitätsmanagement	6
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	7
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	8
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	9
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	11
B-[1] Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik	11
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	11
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel	11
B-[1].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin	11
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	11
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	11
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	12
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	12
B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	12
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	12
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	13
B-[1].11 Personelle Ausstattung	13
B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen	13
B-[1].11.2 Pflegepersonal	14

B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	14
C	Qualitätssicherung	15
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	15
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	15
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	15
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	15
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	15
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	15
D	Qualitätsmanagement	16
D-1	Qualitätspolitik	16
D-1.1	Leitbild des Krankenhauses	16
D-2	Qualitätsziele	17
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	17
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	19
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	19
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	19

Einleitung

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Patientinnen und Patienten,

die DRK Tagesklinik Worms ist eine teilstationäre Einrichtung zur wohnortnahen Versorgung von psychisch kranken Menschen mit 20 Plätzen und ein zentrales Element in der Versorgungsstruktur in der Region.

Versorgt und behandelt werden Patienten aus dem Stadtgebiet Worms und dem Landkreis Alzey-Worms. Patienten aus angrenzenden Landkreisen und Bundesländern werden bei vorhandenen Kapazitäten aufgenommen.

Unsere Tagesklinik ergänzt das Therapieangebot der niedergelassenen Ärzte und der vorhandenen Kliniken. Sie kann eine vollstationäre Behandlung ersetzen oder verkürzen und bietet den Patientinnen und Patienten ein strukturiertes Therapieprogramm in einer therapeutischen Gemeinschaft.

Mit dem vorliegenden Bericht möchten wir allen Lesern einen Überblick über die Leistungen unseres Krankenhauses sowie über unser Qualitätsmanagement geben. Wir erfüllen damit auch die Forderung des Gesetzgebers, einen strukturierten Qualitätsbericht gemäß § 136 b Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V zu veröffentlichen.

Inhalt und Umfang des Berichtes orientieren sich an den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses. Danach besteht der Qualitätsbericht aus den Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses und der Fachabteilungen sowie Angaben zur externen Qualitätssicherung.

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben ist die Krankenhausleitung, vertreten durch den Verwaltungsleiter, verantwortlich.

Ausführliche Informationen über unsere Klinik erhalten Sie auch auf unserer Website unter www.drk-tk-worms.de.

Worms, im Oktober 2018

gez. Martin Kremer, Verwaltungsleiter
gez. Dr. Dirk Greverus, Ärztlicher Leiter

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Heidi Koch, Verwaltungsangestellte
Telefon:	06241 94657 11
Fax:	06241 94657 20
E-Mail:	verwaltung@drk-tk-worms.de

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Dipl.-Betriebswirt Martin Kremer, Verwaltungsleiter
Telefon:	06241 94657 29
Fax:	06241 94657 20
E-Mail:	verwaltung@drk-tk-worms.de

Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	http://www.drk-tk-worms.de
---	---

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	DRK Tagesklinik Worms
PLZ:	67547
Ort:	Worms
Straße:	Maximilianstraße
Hausnummer:	10
IK-Nummer:	510732312
Standort-Nummer:	0
Krankenhaus-URL:	http://www.drk-tk-worms.de

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Dipl.-Betriebswirt Martin Kremer, Verwaltungsleiter
Telefon:	06241 9465716 29
Fax:	06241 9465720 20
E-Mail:	martin.kremer@drk-tk-badkreuznach.de

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. Dirk Geverus, Ärztlicher Leiter
Telefon:	06241 9465716 11
Fax:	06241 9465720 20
E-Mail:	dirk.greverus@drk-tk-worms.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Komplettes Pflegeteam, Gesundheits- und KrankenpflegerInnen
Telefon:	06241 9465716
Fax:	06241 9465720
E-Mail:	verwaltung@drk-tk-Worms.de

A-2 Name und Art des Krankenhasträgers

Name des Trägers:	DRK Gem. Trägergesellschaft Süd-West mbH
Träger-Art:	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Trifft nicht zu

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Nein
---	------

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
1	Ergotherapie/Arbeitstherapie
2	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
3	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst z. B. Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie
4	Sozialdienst

Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	
5	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
6	Spezielle Entspannungstherapie z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Yoga
7	Sporttherapie/Bewegungstherapie
8	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
9	Diät- und Ernährungsberatung ausschließlich Ernährungsberatung
10	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung Schwerpunkt Rehabilitationsberatung
11	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
12	Pädagogisches Leistungsangebot z. B. Unterricht für schulpflichtige Kinder

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Leistungsangebot	
1	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Spezielle Gerichte für Angehörige verschiedener Glaubensrichtungen und für Vegetarier
2	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
3	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung
2	Rollstuhlgerrecht bedienbarer Aufzug
3	Rollstuhlgerchter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
4	Rollstuhlgerchte Toiletten für Besucher und Besucherinnen

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 20

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 0
 Teilstationäre Fallzahl: 133
 Ambulante Fallzahl: 9148

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	3,15	1,60	1,55	1,55	1,60
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,15	1,60	1,55	1,55	1,60

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

Personal / Ohne FA-Zuordnung	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,26 0,00	3,26 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	3,26 0,00
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,00 0,00	2,00 0,00	0,00 0,00	2,00 0,00	0,00 0,00

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	1,40	1,40	0,00	0,60	0,80
Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Ergotherapeuten	2,20	2,20	0,00	0,40	1,80
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	0,65	0,65	0,00	0,00	0,65

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.
Ergotherapeut und Ergotherapeutin	2,20	2,20	0,00	0,40	1,80
Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Heidi Koch, Verwaltung
Telefon:	06241 94657 11
Fax:	06241 94657 20
E-Mail:	heidi.koch@drk-tk-worms.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht:

Ja

Wenn ja:

**Beteiligte Abteilungen/
Funktionsbereiche:**

Verwaltungsleitung, Ärztliche Leitung Tagesklinik,
Ärztliche Leitung Institutsambulanz, QMB

Tagungsfrequenz des Gremiums:

bei Bedarf

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht:

ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	Instrument bzw. Maßnahme
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: "Systemhandbuch Qualitäts- und Risikomanagement der DRK Trägergesellschaft Süd-West mbH" (Sonderdruck Gesamtausgabe); Richtlinie zum Klinischen Risikomanagement Version 6.0 vom 12.04.2018. Letzte Aktualisierung: 12.04.2018

Risikorelevante Aspekte werden im Rahmen unseres QM behandelt.

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswegigen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Nein

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem: Nein

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Personal	Anzahl
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1 ²⁾
Hygienefachkräfte (HFK)	1 ³⁾
Hygienebeauftragte in der Pflege	1

¹⁾ Extern (Institut für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle)

²⁾ Kooperation innerhalb der Trägerschaft

³⁾ Extern

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet? Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission: bei Bedarf

Kontaktinformationen des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion: Dr. Dirk Greverus, Ärztlicher Leiter
Telefon: 06241 94657 11
Fax: 06241 94657 20
E-Mail: dirk.greverus@drk-tk-Worms.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Ist in einer psychiatrischen Tagesklinik nicht relevant.

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl: Kein Einsatz von ZVK

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Nein

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben: Nein

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen: Nein

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Nein

A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

Ist in einer psychiatrischen Tagesklinik nicht relevant.

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	Instrument bzw. Maßnahme
1	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
	Schulung zur Händedesinfektion

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
2	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
4	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
5	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Nein
6	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Nein
7	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Nein
8	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Nein
9	Patientenbefragungen	Nein
10	Einweiserbefragungen	Nein

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Martin Kremer, Verwaltungsleiter
Telefon:	06241 94657 29
Fax:	06241 94657 20
E-Mail:	verwaltung@drk-tk-worms.de

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik
Straße:	Maximilianstraße
Hausnummer:	10
PLZ:	67547
Ort:	Worms
URL:	http://drk-tk-worms.de

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(2960) Allg. Psychiatrie/Tagesklinik (teilstat. Pflegesätze)

B-[1].1.2 Name des Chefarztes oder der Cheförztn

Name/Funktion:	Dr. Dirk Greverus, Ärztlicher Leiter
Telefon:	06241 9465711
Fax:	06241 9465720
E-Mail:	dirk.greverus@drk-tk-worms.de

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/ Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Keine Zielvereinbarungen geschlossen
---	--------------------------------------

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
2	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
3	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
4	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
5	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
6	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
7	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
8	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
9	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
10	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
11	Psychiatrische Tagesklinik

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	133

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	3456
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	135
3	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie	134

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Institutsambulanz
	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
	Leistungen:
	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
	VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
	VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
	VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
	VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
	VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

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 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	3,15	1,60	1,55	1,60	1,55	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,15	1,60	1,55	1,60	1,55	0,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Psychiatrie und Psychotherapie
2	Neurologie

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,26	3,26	0,00	0,00	3,26	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,00	2,00	0,00	2,00	0,00	0,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	1,40	1,40	0,00	0,60	0,80	0,0
Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,0
Ergotherapeuten	2,20	2,20	0,00	0,40	1,80	0,0
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	0,65	0,65	0,00	0,00	0,65	0,0

Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

C Qualitätssicherung

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Gemäß unserem Leistungsspektrum erbringen wir keine Leistungen, für die eine externe Qualitätssicherung nach Landesrecht vorgesehen ist.

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

Im Bereich der tagesklinischen Psychiatrie ist kein entsprechendes Programm etabliert.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Wir nehmen derzeit an keinem entsprechenden Programm teil.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Leistungen, welche unter die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Mindestmengenregelungen) fallen, wurden im Berichtsjahr in unserem Krankenhaus nicht erbracht.

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Nicht zutreffend.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	5
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	2
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	2

* nach den "Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus" (siehe www.g-ba.de).

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

D-1.1 Leitbild des Krankenhauses

Das Leitbild, das für alle Krankenhäuser und weiteren sozialen Einrichtungen unter dem Dach der DRK gemeinnützige Trägergesellschaft Süd-West mbH gleichermaßen gilt, ist als "Unternehmensphilosophie" Ausgangspunkt unseres Qualitätsmanagements. Es erläutert unser Selbstverständnis sowie die Grundsätze unseres Handelns und weist in die Richtung, in die wir gehen wollen. Auf der Grundlage des Leitbildes werden einrichtungsspezifische Qualitätsziele formuliert. So definieren wir unsere Qualitätspolitik.

Indem das Leitbild die wichtigsten Prinzipien für die gemeinsame Arbeit in der Gesellschaft aufzeigt, ist es Orientierungshilfe für das tägliche Handeln unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dabei legen wir besonderen Wert auf den engen Bezug zu den Grundsätzen der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung. Es ist vor allem der Grundsatz der Menschlichkeit, der bei der Beziehung zu den Patienten, bei der Zusammenarbeit mit anderen und beim Umgang miteinander die Richtung weist. Dabei sollen die von uns erbrachten medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen in Umfang und Qualität immer höchsten Anforderungen genügen.

Die fünf Grundsätze unseres Leitbildes:

Grundlage: Wirtschaftliches Handeln

Geänderte Rahmenbedingungen bei insgesamt knapper werdenden Budgets zwingen uns, die wirtschaftlichen Aspekte immer stärker zu beachten. Jeder Einzelne ist aufgefordert, uns dabei zu unterstützen. Wir erbringen unsere Leistungen unter Beachtung der Grundsätze wirtschaftlichen Handelns.

Unsere Beziehung zu den Patienten

Im Mittelpunkt unseres täglichen Handelns steht der Patient als Mensch. Wir sehen ihn als Hilfebedürftigen, Partner und auch als Kunden. Wir begegnen ihm mit Würde und Respekt und setzen uns unter Beachtung seines Selbstbestimmungsrechtes gemeinsam mit ihm für die Linderung seiner Krankheit, für seine Genesung und Gesunderhaltung ein.

Unser Umgang miteinander

Alle Beschäftigten achten und wertschätzen sich gegenseitig. Wir betonen die partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Berufsgruppen und Abteilungen. Dabei fördern wir selbstständiges und eigenverantwortliches Denken und Handeln. Leistung wird anerkannt und gewürdigt. Gegenseitige Information, Kommunikation und konstruktive Kritik schaffen Offenheit, Vertrauen und ein gesundes Arbeitsklima.

Zusammenarbeit mit anderen

Wir pflegen intensive Kontakte zu allen an der Gesundheitsfürsorge beteiligten Gruppen. Im Bewusstsein um die Bedeutung einer intakten Umwelt für unsere Gesundheit achten wir auf umweltgerechtes und mittelschonendes Handeln.

Unser Anspruch: Wer aufhört besser zu werden, hört auf gut zu sein

Die Qualität unserer Leistungen soll im Interesse der Patienten immer besser werden. Wir legen deshalb großen Wert auf gute Ausbildung, die Weitergabe von Wissen und Erfahrung sowie gezielte Fort- und Weiterbildung. Wir wollen, dass sich das persönliche Verantwortungsbewusstsein für Qualität erhöht und sich alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aktiv an einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess beteiligen.

D-2 Qualitätsziele

Damit unser Leitbild mehr als eine unverbindliche Formel ist, werden auf seiner Grundlage Qualitätsziele für unsere Klinik formuliert und Maßnahmen zu ihrer Umsetzung ergriffen. Dies geschieht in einem fortlaufenden Prozess.

Unsere Qualitätsziele sind:

Zufriedene Patienten und Kunden

Wir wollen vor allem die tagesklinische Versorgung optimieren, in dem wir die Patienten zu Beginn der Behandlung umfassend über das Behandlungskonzept der Tagesklinik informieren und die Bedeutung der anfänglichen Diagnosephase vermitteln. Damit streben wir eine weitere Erhöhung der Zufriedenheit der Patienten an.

Zentrale Bedeutung der tagesklinischen Behandlung sind die zwischenmenschlichen Beziehungen sowohl zu den Ärzten, Therapeuten und zu dem Pflegepersonal, als auch zu anderen Patienten. Unser Hauptaugenmerk werden wir weiterhin auf diesen Prozess richten und uns ständig durch externe Supervision sensibilisieren und weiterbilden.

Mitarbeiterorientierung

Wir wollen zufriedene und hochmotivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Freude an ihrer Arbeit haben und sich auf die besonderen Bedürfnissen und Erwartungen der Patienten einlassen können.

Defizite erkennen

Wir wollen unsere Defizite erkennen, analysieren und wirksame Mechanismen zu ihrer Beseitigung einsetzen. Regelmäßige Supervisionssitzungen sowie regelmäßige Teamsitzungen helfen uns, das Behandlungssetting immer wieder neu zu überprüfen.

Beteiligung am QRM-System

Wir wollen, dass sich alle unsere Mitarbeiter/innen persönlich für die Qualität unserer Leistungen einbringen, sich aktiv am Verbesserungsprozess beteiligen und durch persönliches Verantwortungsbewusstsein die Qualität erhöhen.

Beschwerdemanagement

Wir wollen eingehende Beschwerden zeitnah bearbeiten und erkannte Schwachstellen abstellen bzw. in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess einbringen.

Darstellung in der Öffentlichkeit

Wir wollen, dass unsere Klinik bei Patienten und Angehörigen in der Öffentlichkeit und in Fachkreisen durch ein kompetentes, umfassendes und qualitätsorientiertes Leistungsangebot ein hohes Ansehen erreicht. Durch die regelmäßige Beteiligung und Mitarbeit in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Worms, bei den Arbeitsgemeinschaften der Rheinland-Pfälzischen Tageskliniken und Institutsambulanzen sowie beim regionalen Qualitätszirkel der niedergelassenen Psychotherapeuten stellen wir uns stets den aktuellen Anforderungen und können die jeweiligen Entwicklungen so aufnehmen und ggf. auf unsere Tagesklinik übertragen.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Im Rahmen der Weiterentwicklung einer einheitlichen Strategie für die QRM-Arbeit in den Einrichtungen unter dem Dach der DRK Trägergesellschaft Süd-West konkretisierten sich die Überlegungen des Trägers zur Formulierung eines trägereigenen QRM-Systems. Die Besonderheit dieses Systems liegt im Zusammenwirken vom sog. Systemhandbuch QRM des Trägers (QRMS) und den einzelnen QM-Handbüchern (QMHS) der Krankenhäuser.

Das QRMS beschreibt das QRM-System der Trägergesellschaft in seiner Gesamtheit sowie die für alle Einrichtungen im Verbund verbindlichen Trägervorgaben, QM- und RM-relevanten Beschreibungen, Regelungen und Verfahren. Diese werden ergänzt um Anforderungen, die sich aus der internationalen Qualitätsnorm DIN EN ISO 9001 ergeben. Die QMHs enthalten die über die QMS-Regelungen hinaus gehenden spezifischen Krankenhausfestlegungen einschl. Abteilungshandbücher und Handbücher zu bestimmten Bereichen.

Für die Verwaltung und Lenkung der QM- und RM-relevanten Dokumente wurde eine entsprechende Software angeschafft. Alle Regelungen des Träger-Systemhandbuches sowie die Dokumente, welche die einzelnen Krankenhäuser in ihren jeweiligen QM-Handbüchern ablegen, finden sich damit auf einer einzigen Plattform und sind für alle Häuser im Verbund frei zugänglich.

Mit der Anpassung unseres QRM auf das Trägersystem haben wir Anfang 2013 begonnen. Dabei nutzen wir die folgende Organisationsstruktur:

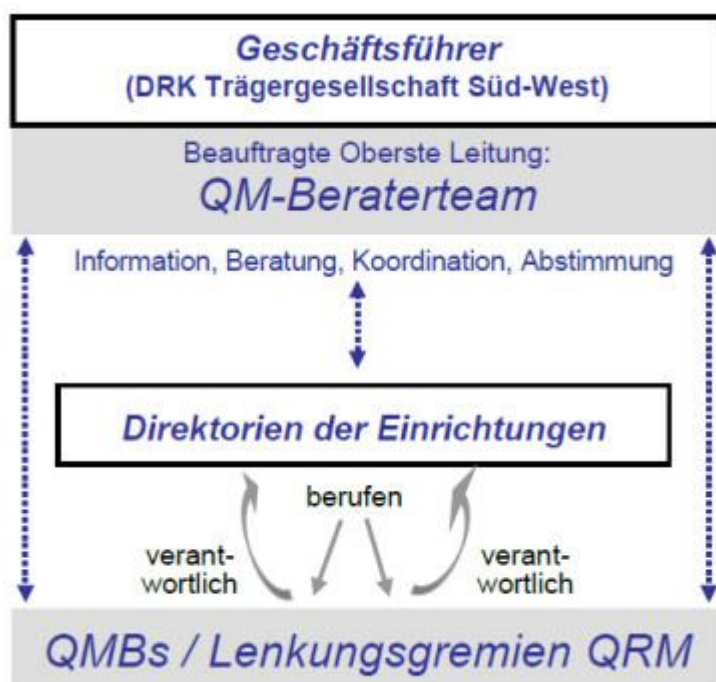


Abb.: QRM-Organisation der DRK Trägergesellschaft Süd-West

Zur kontinuierlichen Entwicklung der gemeinsamen Strategie und zur Sicherstellung der Einführung, Verwirklichung und Aufrechterhaltung der für das QRM-System erforderlichen Prozesse wurde auf Trägerebene ein QM-Beraterteam etabliert. Dieses ist direkt dem Geschäftsführer unterstellt und organisiert u.a. regelmäßige Arbeitstreffen der Qualitätsmanagementbeauftragten aller Krankenhäuser des Verbundes, bei denen auch der gegenseitige Erfahrungsaustausch eine große Rolle spielt.

Vor Ort, in der DRK Tagesklinik Worms, hat die Verwaltungsleitung die Durchführungsverantwortung zur Umsetzung des Qualitätsmanagements.

Die Verwaltungsleitung hat eine Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) benannt und ein Lenkungsgremium QRM eingerichtet. Die QMB ist als Stabsstelle direkt der Verwaltungsleitung zugeordnet. Ihre Aufgaben sind in einer Stellenbeschreibung festgelegt. Das Lenkungsgremium QRM ist damit beauftragt, gemeinsam mit der QMB die Umsetzung der konkreten QRM-Maßnahmen im Haus zu koordinieren. Durch die Besetzung mit Mitarbeitern aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Abteilungen des Krankenhauses wird sichergestellt, dass die relevanten Krankenhausbereiche in das Qualitäts- und Risikomanagement eingebunden sind. Die genaue Zusammensetzung, Aufgaben und Arbeitsweise des Lenkungsgremiums QRM regelt eine Geschäftsordnung.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Mit folgenden Instrumenten sichern wir die Qualität unserer Leistungen:

- extern geleitete Team- und Fallsupervisionen
- Mitarbeit in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Worms (PSAG)
- Mitarbeit und Mitgliedschaft im Psychiatriebeirat Worms
- regelmäßige interne Fortbildungen in der Rheinhessen-Fachklinik Alzey
- Teilnahme und Mitarbeit in der Landesarbeitsgemeinschaft der Rheinland-Pfälzischen Tageskliniken

Dieser Austausch hat das Ziel, die Zusammenarbeit der Tageskliniken untereinander und mit anderen sozialen Trägern zu forcieren und die Zukunft der gemeindenahen Psychiatrie mitzugestalten.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Im Berichtszeitraum wurden folgende laufende Projekte fortgeführt:

- Aktualisierung und Ergänzung des bestehenden Therapieplans
- Ausweitung ambulanter Angebote
- Fachspezifische Fortbildungen des Personals
- Fortbildung aller Pflegekräfte nach CNE

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Unsere Ärzte nehmen regelmäßig am Qualitätszirkel der niedergelassenen Psychotherapeuten in Worms teil. Dieser fachliche Austausch dient dazu, die Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Ärzten, den Psychotherapeuten und den Klinikärzten zu optimieren.

Hierbei werden auch diagnostische und therapeutische Standards erarbeitet, um auf aktuelle Veränderungen in der Versorgungsstruktur reagieren zu können. Fachbezogene Themen werden regelmäßig diskutiert, externe Referenten einbezogen und neue Konzepte diskutiert und umgesetzt.

Regelmäßige Begehungen (Brandschutz, Hygiene, Apotheke, Datenschutz, Arbeitssicherheit) finden in unserem Haus statt.