

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V
für das Berichtsjahr 2008

Panorama-Fachkliniken

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ
auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 19.08.2009 um 13:28 Uhr erstellt.

DKTIG: <http://www.dktig.de>

ProMaTo: <http://www.netfutura.de>

Inhaltsverzeichnis

	Einleitung
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses
A-2	Institutionskennzeichen des Krankenhauses
A-3	Standort(nummer)
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus
A-6	Organisationsstruktur des Krankenhauses
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses
A-9	Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses
A-10	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses
A-12	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses
A-14	Personal des Krankenhauses
B-[1]	Psychosomatik (kopiert von IPQ 2006)
B-[1].1	Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].6	Diagnosen nach ICD
B-[1].7	Prozeduren nach OPS
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-[1].11	Apparative Ausstattung
B-[1].12	Personelle Ausstattung
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden

Qualitätssicherung

- C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V
- C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] ("Strukturqualitätsvereinbarung")
- D-1 Qualitätspolitik
- D-2 Qualitätsziele
- D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements
- D-5 Qualitätsmanagement-Projekte
- D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Einleitung



Abbildung: Panorama Klinik Scheidegg

Der Heilklimatische Kneippkurort Scheidegg im Allgäu liegt inmitten der lieblichen Allgäuer Wald- und Wiesenlandschaft am Pfänderrücken zwischen Bodensee und Hochgebirge, Seehöhe 800-950 m. Die thermischen Reize reichen von 'schonend' über 'reizschwach' bis 'reizmild' und 'reizmäßig'. Gemäßigter, kontinentaler Klimatyp, gute Luftreinheitsverhältnisse, keine thermische Belastung. Erholsamer Schlaf durch nächtliche Abkühlung auch an sehr warmen Tagen. Günstige Einflüsse bei psychosomatischen Störungen, chronischen Erkrankungen des Respirationstraktes, Herz- und Kreislaufstörungen, Rekonvaleszenz und nervösen Erschöpfungen.

Die Panorama-Fachkliniken liegen absolut ruhig am Ortsrand von Scheidegg an einem Südhang, und bieten einen unvergleichlichen Blick auf die Österreichischen und Allgäuer Alpen.

Die Klinik ist gediegen und freundlich-alpenländisch, mit viel hellem Holz und ansprechendem Ambiente ausgestattet. Alle Aufenthaltsräume wie Speisesaal, Wintergarten, Hallenbad, Terrassen und Liegewiesen bieten einen unvergleichlichen Blick auf Wiesen und Höhen bis hin zu über 100 Gipfel der Alpen.

Verantwortlich:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Dr. med. Christian Peter Dogs	Ärztlicher Direktor	08381/802-0	08381/802-484	info@panorama- fachkliniken.de
Dr. med. Wolf Jürgen Maurer	Chefarzt	08381/802-0	08381/802-484	maurer@panorama- fachkliniken.de

Ansprechpartner:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Herr Erwin Obenaus	Geschäftsführer	08381/802-0	08381/802-484	info@panorama- fachkliniken.de
Herr Oliver Obenaus	Geschäftsführer	08381/802-0	08381/802-484	info@panorama- fachkliniken.de

Links:

www.panorama-fachkliniken.de

Sonstiges:

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Erwin Obenaus, Herrn Oliver Obenaus und Herrn Dr. Christian Peter Dogs, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Teil A - Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hausanschrift:

Panorama-Fachkliniken

Kurstraße 16-22

88175 Scheidegg

Telefon:

08381 / 802 - 0

Fax:

08381 / 802 - 484

E-Mail:

info@panorama-fachkliniken.de

Internet:

<http://www.panorama-fachkliniken.de>

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260971960

A-3 Standort(nummer)

00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name:

Panorama GmbH

Art:

privat

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

trifft nicht zu / entfällt

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA00	Sonstige Angebote	Siehe B 1.4

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-11.1 Forschungsschwerpunkte

Herr Dr. med. Christian Peter Dogs ist Lehrbeauftragter der Universitätsklinik Ulm (Donau).

Herr Dr. med. Wolf-Jürgen Maurer ist Lehrbeauftragter der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz.

A-11.2 Akademische Lehre

keine Angaben

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

keine Angaben

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V

45 Betten

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses:

Vollstationäre Fallzahl:

584

Ambulante Fallzahlen

Sonstige Zählweise:

0

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	11 Vollkräfte	
davon Fachärzte und Fachärztinnen	7 Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0 Vollkräfte	

A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	10 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0,0 Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0,0 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0,0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
Entbindungspfleger und Hebammen	0 Personen	3 Jahre	
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	

Teil B - Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-[1] Fachabteilung Psychosomatik (kopiert von IPQ 2006)

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

Psychosomatik (kopiert von IPQ 2006)

Art der Abteilung:

Hauptabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

3100

Hausanschrift:

Kurstraße 16 - 22

88175 Scheidegg

Telefon:

08381 / 8020

Fax:

08381 / 802484

E-Mail:

info@panorama-fachkliniken.de

Internet:

<http://www.panorama-fachkliniken.de>

Chefärztinnen/-ärzte:

Titel:	Name, Vorname:	Funktion:	Tel. Nr., Email:	Sekretariat:	Belegarzt / KH-Arzt:
Dr.	Dogs, Peter	Ärztlicher Direktor	08381/802-0	Frau Cichella	

B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte [Psychosomatik (kopiert von IPQ 2006)]

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychosomatik (kopiert von IPQ 2006:	Kommentar / Erläuterung:
-----	---	--------------------------

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychosomatik (kopiert von IPQ 2006:	Kommentar / Erläuterung:
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	

B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Psychosomatik (kopiert von IPQ 2006]

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP02	Akupunktur	
MP04	Atemgymnastik	
MP10	Bewegungsbad/ Wassergymnastik	
MP11	Bewegungstherapie	z.B. Feldenkrais, Eurhythmie
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP20	Hippotherapie/ Therapeutisches Reiten	kostenpflichtig
MP23	Kunsttherapie	
MP24	Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP28	Naturheilverfahren	
MP31	Physikalische Therapie	
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik	
MP34	Psychologisches/ psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Familientherapie, interpersonelle Therapie, störungsspezifische Gruppentherapie. Es werden sowohl Einzel- als auch Gruppentherapien durchgeführt.
MP37	Schmerztherapie/ -management	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP46	Traditionelle chinesische Medizin	
MP48	Wärme- u. Kälteanwendungen	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Psychosomatik (kopiert von IPQ 2006)]

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA01	Aufenthaltsräume	
SA12	Balkon/ Terrasse	
SA55	Beschwerdemanagement	
SA22	Bibliothek	
SA44	Diät-/Ernährungsangebot	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	Zuschlagspflichtig (die Regelleistung im Krankenhaus ist das Mehrbettzimmer)
SA24	Faxempfang für Patienten	
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	Auf Wunsch
SA04	Fernsehraum	
SA25	Fitnessraum	Medizinische Trainingstherapie
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	Umfangreiche Auswahl aus dem Frühstücks- und Abendbuffet. Das Mittagessen erfolgt als Tellerservice.
SA45	Frühstücks-/Abendbuffet	
SA46	Getränkeautomat	
SA15	Internetanschluss am Bett/ im Zimmer	Im Zimmer ist kein Internetanschluss vorhanden.
SA27	Internetzugang	In der Eingangshalle ist ein kostenfreier Internetanschluss vorhanden.
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	Kostenpflichtig
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)	Mineralwasser und nachmittags kostenfreies Teeangebot im Aufenthaltsbereich
SA47	Nachmittagstee/-kaffee	Nachmittags kostenfreies Teeangebot im Aufenthaltsbereich
SA33	Parkanlage	Große Liegewiese mit Berg-Panoramablick

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA35	Sauna	
SA36	Schwimmbad	
SA42	Seelsorge	
SA54	Tageszeitungsangebot	
SA08	Teeküche für Patienten	
SA18	Telefon	Auf Wunsch
SA09	Unterbringung Begleitperson	Im Ort möglich (in der Klinik i.d.R. nicht möglich)
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	Zuschlagspflichtig (die Regelleistung im Krankenhaus ist das Mehrbettzimmer)

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

Vollstationäre Fallzahl:

584

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10- Ziffer* (3-stellig):	Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	F32	205	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
2	F33	183	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit
3	F50	63	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)
4	F60	42	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung
5	F41	29	Sonstige Angststörung
6	F43	20	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben
7	F51	12	Schlafstörung, die keine körperliche Ursache hat
8	F45	8	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung
9	F31	<= 5	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit

Rang	ICD-10- Ziffer* (3-stellig):	Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
9	F40	<= 5	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen
9	F42	<= 5	Zwangsstörung
9	F61	<= 5	Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens
9	F92	<= 5	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und des Gefühlslebens

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

B-[1].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

keine Angaben

B-[1].7 Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA03	Belastungs-EKG/ Ergometrie			
AA00	Biofeedback			

Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen		
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät		k.A.	

B-[1].12 Personelle Ausstattung

B-[1].12.1 Ärzte und Ärztinnen:

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	11 Vollkräfte	
davon Fachärzte und Fachärztinnen	7 Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung:

Nr.	Facharztbezeichnung:	Kommentar / Erläuterung:
AQ63	Allgemeinmedizin	
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
AQ23	Innere Medizin	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ):	Kommentar / Erläuterung:
ZF02	Akupunktur	
ZF13	Homöopathie	
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie	
ZF27	Naturheilverfahren	
ZF36	Psychotherapie	

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ):	Kommentar / Erläuterung:
ZF44	Sportmedizin	

B-[1].12.2 Pflegepersonal:

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	10 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
Entbindungspfleger und Hebammen	0 Personen	3 Jahre	
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	

B-[1].12.3 Spezielles therapeutisches Personal: Für die Organisationseinheit/Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	
SP31	Bewegungstherapeut und Bewegungstherapeutin (z. B. nach DAKBT)/Tanztherapeut und Tanztherapeutin	
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP36	Entspannungspädagoge und Entspannungspädagogin/Entspannungstherapeut und Entspannungstherapeutin/Entspannungstrainer und Entspannungstrainerin (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielehrer und Heileurhythmielehrerin/Feldenkraislehrer und Feldenkraislehrerin	
SP13	Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin/Maltherapeut und Maltherapeutin/Gestaltungstherapeut und Gestaltungstherapeutin/ Bibliotheraapeut und Bibliotheraeputin	
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP23	Psychologe und Psychologin	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	
SP46	Sportlehrer und Sportlehrerin/Gymnastiklehrer und Gymnastiklehrerin/Sportpädagoge und Sportpädagogin	

Teil C - Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

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

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

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

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung erfolgt durch die Forschungsstelle für Psychotherapie der Universität Heidelberg. Darüber hinaus haben die Panorama-Fachkliniken am QS-Reha-Verfahren der GKV teilgenommen.

Den 11. Jahresbericht der Forschungsstelle für Psychotherapie über Qualitätssicherung durch Qualitätsmanagement für den Berichtszeitraum März 2008 bis Januar 2009 finden sie auf unserer Homepage www.panorama-fachkliniken.de unter dem Button "Qualitätssicherung".

Nachfolgend sehen sie einen Auszug aus dem 11. Jahresbericht.

3.1 Gesamteinschätzung

3.1.1 Einschätzung der Veränderungen

Sowohl Patienten als auch Therapeuten geben zum Therapieende unabhängig voneinander ihre Einschätzung der während der Behandlung in der *Panorama-Fachkliniken* erreichten Ergebnisse ab. Es zeigt sich, dass für die verschiedenen Problembereiche jeweils der Anteil der Patienten, die sich nach eigenem Urteil oder im Urteil der behandelnden Therapeuten gebessert haben.

So liegen die Verbesserungsraten aus Sicht der Patienten im seelischen Befinden (89 %), im allgemeinen Wohlbefinden

(86%) und im körperlichen Befinden (81 %) erfreulich hoch. Ähnlich positiv sehen die Betroffenen selbst die Behandlungsergebnisse in Bezug auf das Selbstwelterleben (85 %), die Kontakt- und Durchsetzungsfähigkeit (78 %) und die Einstellung gegenüber der Zukunft (82 %). Die Therapeuten sehen dabei sogar noch etwas öfter eine positive Entwicklung, besonders auffällig bei den Veränderungen der sozialen Probleme und den beruflichen Beziehungen. Verschlechterungen werden von Patienten wie von Therapeuten sehr selten gesehen. Interessanterweise ist für viele der Patienten diese Veränderung ihres Befindens mit einer Änderung ihres Krankheitsverständnisses verbunden.

Wie im - geschützten - therapeutischen Raum der Kliniken wohl nicht anders zu erwarten, sind Veränderungen der sozialen Probleme (20 %) sowie der privaten (50 %) und beruflichen Beziehungen (13 %) im Vergleich zu den anderen Bereichen eher selten. Hier werden die Ergebnisse während der katamnestischen Zeit von besonderem Interesse sein.

3.1.2 Auffälligkeitsraten

Die Gesamteinschätzung des Behandlungsergebnisses erfolgt nach der im "Heidelberger Modell" entwickelten Bewertungsregel. Dieses integriert die nach dem Konzept der "Klinischen Bedeutsamkeit" bewerteten Veränderungen auf den verschiedenen Einzeldimensionen, die zur Messung des physischen, psychischen und sozialen Status sowie der psychosozialen Ressourcen der Patienten ausgewählt wurden. Dabei werden sowohl die Einschätzungen der für die Behandlung zuständigen Therapeuten als auch jene der Patienten einbezogen. Nach dieser Regel werden die Behandlungen nach ihren Ergebnissen in "auffällige" und "gute" unterschieden. Dem Urteil "auffällig" wird dabei eine Signalfunktion zugewiesen, d. h. wenn eine Behandlung ein im Sinne der vorab festgelegten Regel nicht hinreichend positives Ergebnis erzielt, wird dies als Signal verstanden, ihren Verlauf und ihr Ergebnis in einer der regelmäßig im Rahmen des QM durchgeführten Konferenzen ("interne Qualitätszirkel") klinisch zu diskutieren.

Die auf diese Weise ermittelte globale Beurteilung der erreichten Ergebnisse bestätigt die positiven Urteile der Vorjahre über die Qualität der Behandlungen an den *Panorama-Fachkliniken*. 92 % der Behandlungen werden in ihrem Ergebnis als mindestens "gut" beurteilt. Lediglich 8 % werden als "auffällig" bewertet, d. h. zeigen nicht hinreichend deutliche oder nicht hinreichend viele positive Veränderungen. Damit wird im aktuellen Berichtszeitraum das bereits in den Vorjahren erreichte hohe Niveau wieder einmal bestätigt.

3.2 Therapieergebnis im Therapeutenurteil

3.2.1 Beeinträchtigungsschwere

Die Einschätzung der Beeinträchtigungsschwere (BSS) nach Schepank ist eines der beiden zentralen Einzelurteile aus der Sicht der Therapeuten. Für dieses diagnostische Instrument liegen gute Normen aus den epidemiologischen

Untersuchungen der Mannheimer Arbeitsgruppe vor (vgl. z. B. Schepank, 1987). Ein Patient mit einem BSS-Summenwert über 4 wird nach Schepank als "Fall" bezeichnet. Nach dieser Falldefinition werden 86,3 % der Patienten des aktuellen Berichtszeitraums zu Behandlungsbeginn von den Therapeuten als bedeutsam beeinträchtigt eingeschätzt (83 % in 2004/05). Die mittlere Beeinträchtigungsschwere bei Aufnahme beträgt 7,1 ($s = 2,0$) und liegt damit etwas höher als der von Schepank ermittelte Durchschnittswert in einer stationären psychotherapeutisch-psychosomatischen Klientel. Der mittlere BSS-Summenwert bei Entlassung liegt bei 3,5 ($s = 1,9$).

Aufbauend auf den Referenzdaten wird ein Behandlungsergebnis dann als sehr gut bewertet, wenn aus einem "Fall" ein "Nicht-Fall" wird. Ein Ergebnis gilt als gut, wenn der BSS eine reliable Annäherung an die Werte zeigt, die normalerweise bei Nichtpatienten beobachtet werden. Negative Veränderungen werden entsprechend beurteilt.

Die Anwendung dieser Bewertungsregel führt bei über drei Viertel (81 %) der Patienten zum Urteil einer sehr guten Besserung (62 %) bzw. einer guten Besserung (19 %). Gegenüber früheren Jahren ist der Anteil der als "sehr verbessert" oder „verbessert" eingeschätzten Patienten nahezu konstant geblieben (78 % in 2004/05). Auch der Anteil der als "unverändert" eingeschätzten Patienten ist ähnlich wie im letzten Berichtszeitraum (19 % gegenüber 20 % in 2004/05). Einschätzungen als Verschlechterung kommen nicht vor (2 % in 2004/05).

3.4 Patientenzufriedenheit

In den bisherigen Berichtszeiträumen hatten sich die Patienten sehr zufrieden mit der Behandlung in den *Panorama-Fachkliniken* und den dabei erreichten Ergebnissen geäußert. Diese auch im Vergleich zu Berichten aus anderen psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachkliniken sehr hohe Zufriedenheitsquote bestätigt sich für den aktuellen Berichtszeitraum. Die Zufriedenheitsraten liegen dabei ähnlich hoch wie in früheren Jahren. Die Patienten attestieren fast ausnahmslos eine gute Behandlungsqualität (97 %), sind insgesamt mit der Behandlung zufrieden (94 %). Fast alle glauben, mit ihren Problemen besser umgehen zu können (96 %), würden selber wiederkommen (94 %) und die *Panorama-Fachkliniken* anderen empfehlen (95 %).

4. Zusammenfassung und Ausblick

Qualitätssicherung macht das Geschehen in einer Klinik transparent. Die Mitarbeiter der Klinik erhalten durch kontinuierliche Beobachtung, systematische Dokumentation und standardisierte Ergebnisevaluation eine Rückmeldung sowohl über ihre Arbeit und deren Ergebnisse als auch über die Akzeptanz, die ihre Arbeit bei den Patienten findet. Gleichzeitig erhalten auch Patienten und Kostenträger Orientierungshilfen. Insofern überrascht, dass auch heute "Qualitätssicherung noch keinen zentralen, systematischen Stellenwert in der medizinischen Versorgung hat". Auch wenn sich zunehmend mehr Kliniken an einer systematischen Dokumentation beteiligen, etwa unter Nutzung der Bayern-Doku oder der PsyBaDo für die

Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, die in Zusammenarbeit mit der AWMF ("Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften") erarbeitet wurde, ist eine flächendeckende QS noch in weiter Ferne. Nur wenige Kliniken nutzen die Chance, sich durch Informationen über Behandlungsergebnisse und Patientenzufriedenheit ihren zukünftigen Patienten sowie Krankenkassen bzw. -versicherungen vorzustellen.

An den *Panorama-Fachkliniken* für Psychosomatik, Psychotherapeutische Medizin und Natur-heilverfahren wird seit mehr als zehn Jahren ein Qualitätsmanagement routinemäßig durchgeführt, welches die Ergebnisqualität in den Mittelpunkt stellt. Resümiert man die Entwicklung über diesen Zeitraum hinweg, so zeigt sich, dass in bezug auf den zentralen Qualitätsindikator das bereits sehr hohe Niveau der letzten Jahre noch einmal gesteigert werden konnte. Auch die hohe Patientenzufriedenheit der letzten Jahre wurde im aktuellen Berichtszeitraum bestätigt.

Im Mittelpunkt des Qualitätsmanagements der *Panorama-Fachkliniken* steht die Qualität der Behandlungsergebnisse. Die *Panorama-Fachkliniken* arbeiten mit einem intensiven, aber in Relation zu vergleichbaren Fachkliniken eher kurzen Behandlungsprogramm mit einer mittleren Verweildauer von 37 Tagen. Das zeigen beispielsweise die bereits erwähnten Daten des Verbandes deutscher Rentenversicherungsträger, der eine durchschnittliche Verweildauer von ca. 40 Tagen in psychosomatischen Kliniken berichtet.

In der vergleichsweise kurzen Behandlungszeit erreichen die Patienten der Panorama-Fachkliniken sehr gute Ergebnisse. Betrachtet man etwa die normierten mittleren Veränderungen (die sich mit den häufig berichteten Effektstärken vergleichen lassen), so zeigt sich zunächst eine deutliche Verbesserung des (körperlichen) Allgemeinbefindens, der psychischen Beschwerden sowie der Lebenszufriedenheit auf dem KPD-38. In den geplanten katamnestic Nachuntersuchungen (6 bzw. 12 Monate nach Klinikentlassung), die die *Panorama-Fachkliniken* routinemäßig wieder aufnehmen wird, wird sich die Nachhaltigkeit dieser erreichten positiven Veränderungen des Gesundheitszustandes erweisen müssen.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] ("Strukturqualitätsvereinbarung")

trifft nicht zu / entfällt

Teil D - Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

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.

D-2 Qualitätsziele

trifft nicht zu / entfällt

D-3 Aufbau des einrichtungswen Qualitätsmanagements

Die in den Panorama-Fachkliniken praktizierte QS setzt am Einzelpatienten an. 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')

Dieser kann in der Klinik angefordert werden.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

trifft nicht zu / entfällt

D-5 Qualitätsmanagementprojekte

trifft nicht zu / entfällt

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

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, Sozialarbeiter, Pfleger) und die externen QS-Experten von der Forschungsstelle für Psychotherapie in Heidelberg mit 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 quantitativen Gesichtspunkten: die positiven 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 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, 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.

Daher 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 Ergebnismeldungen 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.

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 zahlmäßige Präsentation wird durch die grafische Darstellung ergänzt. 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.