



Strukturierter

# Qualitätsbericht 2018

gemäß § 137 Abs.3 Satz 1 Nr. 4 SGB V

Zentrum für Integrative Psychiatrie gGmbH  
- Psychiatrische Tagesklinik „Villa Karlstal“ -

## Inhaltsverzeichnis

-	<b>Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>A</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts</b> .....	<b>5</b>
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	5
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers.....	7
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	7
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	7
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	8
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	8
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit.....	9
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	9
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus .....	9
A-10	Gesamtfallzahlen.....	9
A-11	Personal des Krankenhauses .....	9
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	14
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	20
<b>B</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen</b> .....	<b>21</b>
B-1	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze).....	21
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung</b> .....	<b>27</b>
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	27
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate.....	27
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	27
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	27
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	27
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	27
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	28

C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	28
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement</b> .....	<b>29</b>
D-1	Qualitätspolitik .....	29
D-2	Qualitätsziele .....	29
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements .....	30
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements .....	30
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte .....	30
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements .....	30

- Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts	
<b>Funktion</b>	QMB
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Thomas Salzer
<b>Telefon</b>	0431/500-98029
<b>Fax</b>	0000/000-00000
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:Thomas.Salzer@uksh.de">Thomas.Salzer@uksh.de</a>

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts	
<b>Funktion</b>	Kaufmännische Geschäftsführerin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Annette Nedderhoff
<b>Telefon</b>	0431/500-98000
<b>Fax</b>	0431/500-98004
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:Anette.Nedderhoff@uksh.de">Anette.Nedderhoff@uksh.de</a>

**Weiterführende Links**

Link zur Homepage des Krankenhauses:

Link zu weiterführenden Informationen:

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH
Hausanschrift	Niemannsweg 147 24105 Kiel
Postanschrift	Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH Niemannsweg 147 24105 Kiel
Institutionskennzeichen	260102376
Standortnummer	99
URL	<a href="http://www.zip-kiel.de">http://www.zip-kiel.de</a>

### Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Medizinischer Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Fritz Hohagen
Telefon	0431/500-98100
Fax	0431/500-98104
E-Mail	<a href="mailto:Fritz.Hohagen@uksh.de">Fritz.Hohagen@uksh.de</a>

### Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Geschäftsführung Pflege
Titel, Vorname, Name	Michael Kiens
Telefon	0431/500-10020
Fax	0431/500-10014
E-Mail	<a href="mailto:Michael.Kiens@uksh.de">Michael.Kiens@uksh.de</a>

### Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Kaufmännische Geschäftsführerein
Titel, Vorname, Name	Annette Nedderhoff
Telefon	0431/500-98000
Fax	0431/500-98004
E-Mail	<a href="mailto:Annette.nedderhoff@uksh.de">Annette.nedderhoff@uksh.de</a>

## Allgemeine Kontaktdaten des Standortes

Standort	
Standortname:	Psychiatrische Tagesklinik "Villa Karlstal"
Hausanschrift:	Karlstal 34 24105 Kiel
Postanschrift:	Karlstal 34 24105 Kiel
Institutionskennzeichen:	260102376
Standortnummer:	03
URL:	<a href="http://www.zip-kiel.de">http://www.zip-kiel.de</a>

## Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztliche Leitung bis 30.11.2018
Titel, Vorname, Name	Dr. Björn Kruse
Telefon	0431/500-98440
Fax	0431/500-98444
E-Mail	<a href="mailto:Bjoern.Kruse@uksh.de">Bjoern.Kruse@uksh.de</a>

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Arztlich Leitung ab. 01.12.2018
Titel, Vorname, Name	Dr. Simone Studt
Telefon	0431/500-98120
E-Mail	<a href="mailto:Simone.Studt@uksh.de">Simone.Studt@uksh.de</a>

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Psychotherapeutische Leitung
Titel, Vorname, Name	Bernhard Schäfer
Telefon	0431/500-70977341
Fax	0431/500-70977359
E-Mail	<a href="mailto:Bernhard.Schaefer@uksh.de">Bernhard.Schaefer@uksh.de</a>

## Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegemanager
Titel, Vorname, Name	Dirk Grimsehl
Telefon	0431/500-98010
Fax	0431/500-98013
E-Mail	<a href="mailto:Dirk.Grimsehl@uksh.de">Dirk.Grimsehl@uksh.de</a>

## Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Kaufmännische Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name	Annette Nedderhoff
Telefon	0431/500-98000
Fax	0431/500-98004
E-Mail	<a href="mailto:Annette.Nedderhoff@uksh.de">Annette.Nedderhoff@uksh.de</a>

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH
Art	Öffentlich - Rechtlich

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart	
Krankenhausart	Universitätsklinikum

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrie	
Psychiatrisches Krankenhaus	Ja
Regionale Versorgungsverpflichtung	Ja

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP02	Akupunktur
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie
MP57	Biofeedback-Therapie
MP14	Diät- und Ernährungsberatung
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
MP27	Musiktherapie
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdiens
MP63	Sozialdienst
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
MP40	Spezielle Entspannungstherapie
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten: Vegetarisch, Vegan, kein Schweinefleisch, besondere Diäten.	



## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
BF25	Dolmetscherdienst
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Trifft nicht zu.

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Trifft nicht zu

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten	
Betten	25

## A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	193
Ambulante Fallzahl	0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

#### Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1,54

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,54	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,54	
Nicht Direkt	0	

#### Davon Fachärzte/innen insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1,54

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,54	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,54	
Nicht Direkt	0	

#### Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte: 0

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

#### Davon Fachärzte/innen ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte: 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**A-11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 2,24

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,24	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,24	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

Anzahl Vollkräfte: 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

**Diplom-Psychologen(innen)**

Anzahl Vollkräfte: 0,22

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,22	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,22	
Nicht Direkt	0	

**Psychologische Psychotherapeuten(innen)**

Anzahl Vollkräfte: 1

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

### Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,51

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,51	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,51	
Nicht Direkt	0	

### Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte: 0,89

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,89	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,89	
Nicht Direkt	0	

## A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

### SP13 - Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 0,76

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,76	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,76	
Nicht Direkt	0	

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungswinterne Qualitätsmanagements	
Funktion	Medizinischer Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Fritz Hohagen
Telefon	0431/500-98100
Fax	0431/500-98104
E-Mail	<a href="mailto:Fritz.Hohagen@uksh.de">Fritz.Hohagen@uksh.de</a>

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Mitglieder der Zentrumskonferenz sind der medizinische geschäftsführer, die kaufmännische Geschäftsführere, die Direktor/innen der Kliniken und Institute, die ärztliche leiter/innen der Ambulanzzentren sowie die leitenden Pflegekräfte der ZIP gGmbH in Kiel und Lübeck.
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

  

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	
Funktion	Medizinischer Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Fritz Hohagen
Telefon	0431/500-98100
Fax	0431/500-98104
E-Mail	<a href="mailto:Fritz.Hohagen@uksh.de">Fritz.Hohagen@uksh.de</a>

### A-12.2.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe	
Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe	Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Mitglieder der Zentrumskonferenz sind der medizinische geschäftsführer, die kaufmännische Geschäftsführerein, die Direktor/innen der Kliniken und Institute, die ärztliche leiter/innen der Ambulanzzentren sowie die leitenden Pflegekräfte der ZIP gGmbH in Kiel und Lübeck.
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		Erste Hilfe Schulungen, Brandschutzschulungen
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: Prozesbeschreibung Datum: 01.12.2018	Detaillierte Prozessbeschreibung, standartisiertes Vorgehen nach gesetzlichen Vorgaben.
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Teambesprechungen	
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf
Verbesserung Patientensicherheit	CIRS

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	01.09.2019
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	"bei Bedarf"
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	"bei Bedarf"

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf

Nr.	Instrument und Maßnahme
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	1



Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Nein

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt, wodurch ein standortspezifischer Standard für zentrale Venenverweilkatheter nicht nötig ist.

#### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie	
Die Leitlinie liegt vor	Nein

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	
Der Standard liegt vor	Am Standort werden keine Operationen durchgeführt

#### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel	
Der Standard liegt vor	Am Standort wird keine Wundversorgung durchgeführt

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Nein
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Keine Intensivstation vorhanden
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Ja

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

MRSA	
Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke	Ja
Informationsmanagement für MRSA liegt vor	Ja

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening	
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)	Ja

### Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang

Mit von MRSA / MRE / Noro-  
Viren Ja

#### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	

#### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	Ja

### Regelmäßige Einweiserbefragungen

Durchgeführt Nein

### Regelmäßige Patientenbefragungen

Durchgeführt Nein

### Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Möglich Ja

Link

Kommentar

#### Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

##### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion Beschwerdemanagerin des UKSH-Konzerns

Titel, Vorname, Name Helga Gerhart

Telefon 0431/500-60600

Fax 0431/500-60604

E-Mail [beschwerdemanagement.kiel@uksh.de](mailto:beschwerdemanagement.kiel@uksh.de)

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements	
Link zum Bericht	
Kommentar	

**Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherinnen**

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin	
Funktion	Ansprechpartnerin
Titel, Vorname, Name	Verein Patientenombudsmann/-frau e.V. Petra Bogaers
Telefon	04551/803-224
Fax	04551/803-381
E-Mail	<a href="mailto:ombudsverein@eksh.de">ombudsverein@eksh.de</a>

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprechern oder Patientenfürsprecherinnen	
Kommentar	

**A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)**

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

**A-12.5.1 Verantwortliches Gremium**

Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe	
Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?	Nein

**A-12.5.2 Verantwortliche Person**

Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen: Nein

**A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal**

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	0
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

#### A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs

#### A-13 Besondere apparative Ausstattung

Trifft nicht zu

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

### B-1 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

#### B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
Fachabteilungsschlüssel	2960
Art	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Klinikdirektor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med Fritz Hohagen
Telefon	0431/500-98230
Fax	0451/500-98804
E-Mail	<a href="mailto:Fritz.Hohagen@uksh.de">Fritz.Hohagen@uksh.de</a>
Straße/Nr	Niemannsweg 147
PLZ/Ort	24105 Kiel
Homepage	<a href="http://www.zip-kiel.de">http://www.zip-kiel.de</a>

#### B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

#### B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Trifft nicht zu.

#### B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung

Trifft nicht zu.

#### B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	193
Ambulante Fallzahl	0

## B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F33	85	Rezidivierende depressive Störung
2	F32	50	Depressive Episode
3	F20	12	Schizophrenie
4	F60	12	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
5	F41	6	Andere Angststörungen
6	F31	5	Bipolare affektive Störung
7	F40	5	Phobische Störungen
8	F43	4	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
9	F06	< 4	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
10	F10	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

### B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
F33	85	Rezidivierende depressive Störung
F32	50	Depressive Episode
F20	12	Schizophrenie
F60	12	Spezifische Persönlichkeitsstörungen

## B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

## B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

## B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

## B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden	
Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung vorhanden	Nein

## B-1.11 Personelle Ausstattung

### B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

#### Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 1,54

##### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,54	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,54	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

##### Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 1,54

##### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,54	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,54	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

#### B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,24

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,24	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,24	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation



### B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

#### Diplom-Psychologen(innen)

Anzahl Vollkräfte: 0,22

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,22	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,22	
Nicht Direkt	0	

#### Psychologische Psychotherapeuten(innen)

Anzahl Vollkräfte: 1

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

#### Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,51

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,51	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,51	
Nicht Direkt	0	

### **Sozialarbeiter, Sozialpädagogen**

Anzahl Personen: 0,89

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,89	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,89	
Nicht Direkt	0	

## C Qualitätssicherung

### **C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V**

Trifft nicht zu

#### **C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate**

Trifft nicht zu

#### **C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus**

##### **C-1.2.[1] A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt**

Trifft nicht zu

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

Die Teilnahme an den Verfahren der externen Qualitätssicherung durch die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) ist für psychiatrische Krankenhäuser nicht vorgesehen. Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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.

### **C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung**

Trifft nicht zu.

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

#### **C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr**

Trifft nicht zu

#### **C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr**

##### **C-5.2.1 Gesamtergebnis der Prognosedarlegung**

Trifft nicht zu

##### **C-5.2.2 Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden**

Trifft nicht zu

##### **C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen**

Trifft nicht zu

**C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)**

Trifft nicht zu

**C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden**

Trifft nicht zu

**C-5.2.6 Übergangsregelung**

Trifft nicht zu

**C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V**

Trifft nicht zu.

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen	1
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 1.1.1]	1
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 1.1]	1

## D Qualitätsmanagement

### D-1 Qualitätspolitik

Das Zentrum für Integrative Psychiatrie \endash ZIP gGmbH Campus Kiel ist ein wesentlicher Leistungserbringer in der Organisation und Durchführung einer umfassenden Gesundheitsversorgung und Prävention in den Bereichen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in Kiel.

Hierzu gehört eine optimale Patientenversorgung sowie eine nahtlosen Koordination der Überleitung und Weiterbetreuung von stationären Aufenthalten bis hin zu tagesklinischer und ambulanter Behandlung.

Die Qualitätspolitik des Zentrums für Integrative Psychiatrie stellt die Zufriedenheit der Patienten und Mitarbeiter, das Sicherstellen einer hohen Qualität in der Krankenversorgung, der Forschung und der Lehre sowie die wirtschaftliche Sicherung in den Mittelpunkt.

Alle Vorgänge in der Krankenversorgung der ZIP gGmbH dienen der Versorgung von psychisch und psychosomatisch erkrankten Menschen in einer besonders belasteten Lebenssituation. Dabei sind zufriedene, motivierte, engagierte und qualifizierte Mitarbeiter die wichtigste Ressource. Nur diese Mitarbeiter können in diesem Umfeld souverän und kompetent, auf dem Stand neuester Behandlungsmethoden im Sinne und im Interesse der Patienten handeln.

Grundlage hierfür ist, dass die Versorgung der Patienten im Einklang mit der wirtschaftlichen Leistungserbringung steht. Wir unterstützen im Zentrum für Integrative Psychiatrie aktiv die Sicherung der wirtschaftlichen Existenz und fühlen uns verpflichtet, die finanziellen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

Das Zentrum für Integrative Psychiatrie sieht seinen wissenschaftlichen Auftrag in der medizinischen Versorgungs- und Therapieforschung und beteiligt sich hierzu an Forschungsprojekten zur Optimierung von Diagnostik, Therapie und Pflege in enger Zusammenarbeit mit externen Partnern.

Diese Zusammenarbeit ist nur in einer offenen und konstruktiven Atmosphäre erfolgreich möglich, getragen von gegenseitigem Respekt. Hierzu zählt auch der offene, kooperative und konstruktive Umgang mit Fehlern als Quelle von Verbesserungen.

### D-2 Qualitätsziele

Unsere Qualitätspolitik und die daraus jährlich abgeleiteten Qualitätsziele sollen helfen, die Erfahrungen und Erfordernisse der verschiedenen Interessenpartner - im Rahmen der gesetzten Schwerpunkte - bestmöglich zu erfüllen.

Besonderes Augenmerk legten wir im Berichtsjahr 2018 auf folgende Qualitätsziele:

- Standortsicherung
- Erweiterung der tagesklinischen Kapazität
- Beschäftigung von qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
- Krankenversorgung in hoher Behandlungsqualität
- Optimierung und Vernetzung der Behandlungsabläufe

### **D-3            Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements**

Das interne Qualitätsmanagement befindet sich derzeit im Aufbau

### **D-4            Instrumente des Qualitätsmanagements**

Die Instrumente des internen Qualitätsmanagements befinden sich derzeit im Aufbau.

### **D-5            Qualitätsmanagement-Projekte**

In den einzelnen Fachabteilungen des Zentrums für Integrative Psychiatrie wurden vielfältige Qualitätsmanagementprojekte im Rahmen der Qualitätspolitik durchgeführt.

### **D-6            Bewertung des Qualitätsmanagements**

Das interne Qualitätsmanagement befindet sich derzeit im Aufbau.