



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT



Krankenhaus: Hans-Prinzhorn-Klinik Westfälische Klinik Hemer

Institutionskennzeichen: 260590914

Anschrift: Frönsberger Str. 71
58675 Hemer

ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2005-0089 K

durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle: GREEN & IBEX
Zertifizierung GmbH

Datum der Ausstellung: 8. August 2005

Gültigkeitsdauer: 7. August 2008

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Einleitung	5
Die Strukturdaten der Hans-Prinzhorn-Klinik - Westfälische Klinik Hemer	7
Basisteil	7
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	7
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	12
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	14
C Qualitätssicherung	17
C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	17
C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	17
Systemteil	18
D Qualitätspolitik	18
E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	19
F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	21
G Weitergehende Informationen	22
H Ausstattung	23
Die KTQ-Kriterien beschrieben von der Hans-Prinzhorn-Klinik Westfälische Klinik Hemer	24
1 Patientenorientierung in der Krankenversorgung	24
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	30
3 Sicherheit im Krankenhaus	33
4 Informationswesen	37
5 Krankenhausführung	40
6 Qualitätsmanagement	44

Vorwort der KTQ®

Die KTQ-Zertifizierung ist ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, das getragen wird von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen¹. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet. **Die Verfahrensinhalte wurden ausschließlich von Krankenhauspraktikern entwickelt und erprobt.**

Mit diesem Zertifizierungsverfahren bietet die KTQ® den Krankenhäusern ein Instrument an, mit dem sie die **Qualität ihrer Leistungen durch die Zertifizierung und den zu veröffentlichenden KTQ-Qualitätsbericht nach außen transparent darstellen können.**

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen und von Krankenhauspraktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die **Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit im Krankenhaus, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement** beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt.

Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den Visitoren gezielt hinterfragt und durch Begehungen einzelner

¹ Zu diesen zählen: der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., der AOK-Bundesverband, der BKK Bundesverband, der IKK-Bundesverband, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die See-Krankenkasse.

Krankenhausbereiche überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Selbst- und Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte Informationen über das betreffende Krankenhaus in standardisierter Form veröffentlicht.

Jedem KTQ-Qualitätsbericht ist ein Vorwort der KTQ-GmbH vorangestellt, darauf folgen die individuelle Einleitung, in der drei bis vier innovative, patientenorientierte Leistungen beschrieben werden, die Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses, die Daten der Qualitätssicherung, die Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung sowie eine Beschreibung des krankenhausesinternen Qualitätsmanagements und darüber hinaus wird zu jedem der insgesamt **72 Kriterien des KTQ-Kataloges** ein Abstrakt dokumentiert.

Wir freuen uns, dass das Krankenhaus Hans-Prinzhorn-Klinik Westfälische Klinik Hemer mit diesem Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich seines Leistungsspektrums, seiner Leistungsfähigkeit und seines Qualitätsmanagements vermitteln kann.

Der Qualitätsbericht ist auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Prof. Dr. F.-W. Kolkmann
Für die Bundesärztekammer

Dr. H. D. Scheinert
Für die Spitzen-
verbände der Krankenkassen

Dr. M. Walger
Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller
Für den Deutschen Pflegerat

Einleitung

Die Hans-Prinzhorn-Klinik ist ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie mit Aufgaben psychiatrischer Pflicht- und Vollversorgung für den nördlichen Märkischen Kreis, Teile der kreisfreien Stadt Hagen und den südlichen Ennepe-Ruhr-Kreis. Dass Patienten sich bei uns wohl fühlen, zeigt unser großer Einzugsbereich. Träger der Klinik ist der Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Die Klinik ist reizvoll gelegen und großzügig gestaltet.



Unser Anspruch, qualitativ hochwertige Arbeit zu leisten, ist im Leitbild verankert. Unsere Arbeit dient dem Ziel, psychische Erkrankungen wirksam zu behandeln, so dass Heilung oder zumindest Besserung gelingt. Hierbei berücksichtigen wir die vorhandenen Ressourcen des Patienten und fördern seine soziale Integration. Die Verbesserung subjektiver Lebensqualität ist ein weiteres wichtiges Ziel.

Handlungsorientierende Werte



Der Patient ist für uns zugleich Partner und Klient, der sich uns in schwieriger Situation anvertraut, auf dessen Bedürfnisse wir die Organisation der Klinik ausrichten, und den wir auf der Grundlage all unseres Fachwissens nach den Regeln Kunst und den wissenschaftlichen Standards entsprechend behandeln.

Wir sehen den Patienten als ganzen Menschen. Seine Lebensgeschichte interessiert uns, da sie uns hilft, die Krankheit zu verstehen. Die jedem Menschen eigene Kreativität nutzen wir im therapeutischen Prozess. Der Patient ist für uns auch Kunde, dessen Wünsche nach angenehmer Atmosphäre und guter Küche wir zu erfüllen versuchen.

Betriebsleitung, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter streben nach einem Arbeitsklima, das durch wechselseitigen Respekt und Freundlichkeit geprägt ist. Die Betonung des Teamgedankens, das Klima gegenseitiger Wertschätzung und die regelmäßige Supervision der therapeutischen Arbeit tragen dazu bei.



Qualitätsentwicklung kann nur dann erfolgreich sein, wenn Führung und Mitarbeiter ganz dahinter stehen. Ausgehend von dieser Überzeugung arbeiten wir seit mehreren Jahren daran, die Qualität der Patientenbehandlung und -versorgung kontinuierlich zu erhöhen. Eine Stärke liegt in der hohen fachlichen Kompetenz der Mitarbeiter aller Professionen. Unsere Klinik bietet Mitarbeitern und Patienten Spielraum für Individualität.



Die Strukturdaten der Hans-Prinzhorn-Klinik - Westfälische Klinik Hemer

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

Frönsberger Str. 71
58675 Hemer
www.Hans-Prinzhorn-Klinik.de

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

260590914

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster

A-1.3.1 Welche Versorgungsstufe hat das Krankenhaus nach dem Landeskrankenhausplan?

Sonderkrankenhaus

A-1.3.2 Werden psychiatrische Fachabteilungen mit Differenzierung nach Schwerpunkten für das Krankenhaus ausgewiesen?

ja nein

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

ja nein

A-1.4.1 Arbeiten sonstige Einrichtungen mit dem Krankenhaus zusammen wie

- Rehabilitationsklinik
- Psychiatrische Einrichtung
- Tagesklinik
- Pflegeeinrichtung
- Dialysezentrum
- Anerkannte Fort- und Weiterbildungseinrichtungen
- Arztpraxen
- Vertragliche Kooperationszentren (z. B. Apparategemeinschaften)
- Sonstige

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

420

A-1.5.1 Anzahl der Betten für den Maßregelvollzug¹

0

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

	Stationäre Patienten:	4.065
	Ambulante Patienten:	10.741
	Davon Privatpatienten:	305

A-1.7 A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl ¹ der Betten	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)*	Poliklinik/Ambulanz ja (j) / nein(n)	Notfallaufnahme vorhanden? ja(j) / nein (n)
2900	Allgemeine Psychiatrie		382		HA	Ja	Ja
2960	Allg. P./Tagesklin. (f. teilstat. Pfleges.)		38			Ja	Ja

* Nicht bettenführende Abteilung mit fachlich nicht weisungsgebundener Leitung nb eintragen

¹ Die forensische Abteilung ist von der KTQ-Zertifizierung ausgenommen.

¹ Bei Intensivmedizin getrennte Angabe der Betten nach Intensivstation/Wachstation

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

- Psychotherapie
 - Depressionsbehandlung
 - Gerontopsychiatrie
 - Gerontoneuropsychiatrie
 - Qualifizierter Drogenentzug
 - Borderline-Persönlichkeitsstörungen
 - Essstörungen
 - Zwangsstörungen
 - Psychosen bei Jugendlichen
 - Stationäre Mutter-Kind-Versorgung
 - Magnetstimulation
 - Institutsambulanz
-

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung

ja nein

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

- Allgemeinpsychiatrische, psychotherapeutische und gerontopsychiatrische Krankheitsbilder
 - Traumaambulanz
 - Suchtambulanz
 - Substitutionsbehandlung
-

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

keine

Besteht die Zulassung zum Verletzungsartenverfahren der Berufsgenossenschaft

ja nein

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

	Vorhanden	Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	Apparategemeinschaft
Computertomographie	Nein		Falls nötig, ist Verlegung in andere Krankenhäuser sichergestellt.
Magnetresonanztomographie	Nein		
Herzkatheterlabor	Nein		
Szintigraphie	Nein		
Positronenemissionstomographie	Nein		
Elektroenzephalogramm	Ja	Ja	
Angiographie	Nein		
Schlaflabor	Nein		
Kernspin	Nein		
Sonographie	Ja	Ja	
Röntgen	Ja	Ja	
Broncho-/Endoskopie	Nein		
Echoskopie/TEE	Nein		
Mikrobiologie	Nein		

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

	Vorhanden	Apparategemeinschaft
Physiotherapie	Ja	
Bewegungsbad	Ja	
Balneophysikalische-Therapie	Ja	
Dialyse	Nein	Nein
Logopädie	Nein	Nein
Ergotherapie	Ja	
Schmerztherapie	Nein	Nein
Eigenblutspende	Nein	Nein
Gruppenpsychotherapie	Ja	
Einzelpsychotherapie	Ja	
Psychoedukation	Ja	
Thrombolyse	Nein	Nein
Bestrahlung	Nein	Nein

- A-2.1.3 Existieren folgende erweiterte therapeutische Möglichkeiten?
- Operativer Bereitschaftsdienst
 - Präsenzbereitschaft
 - Rufbereitschaft
 - Blutdepot in Klinik
 - Blutdepot außerhalb/ extern
 - Regelung der Konsiliardienste im Haus vorhanden
 - Regelung der Konsiliardienste extern vertraglich geregelt

- A-2.1.4 Welche weiteren Leistungsangebote bestehen?
- Stomatherapeuten
 - Diabetikerschule
 - Pflegeeinrichtung als separate Einrichtung
 - ambulante Pflege
 - unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause Geburtsvorbereitungskurse
 - unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause die Möglichkeit einer ambulanten Entbindung mit Nachsorge durch hausinterne Hebammen
 - unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie eine Stillberatung bzw. ein Elternzentrum
 - Inkontinenzberatung
 - Pflegetelefonberatung
 - Hospizeinrichtungen bzw. eine Palliativpflege
 - Mutter-Kind-Betreuung

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Allgemeine Psychiatrie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

- Behandlung von allgemeinspsychiatrischen Erkrankungen wie Schizophrenien und von anderen Störungen, zu denen wahnhaftes Erleben gehört;
 - Behandlung von gravierenden seelischen Beeinträchtigungen wie depressiven Störungen, Angst- und Zwangserkrankungen, akuten Belastungsreaktionen und posttraumatischen Belastungsstörungen,
 - Behandlung von Essstörungen und schweren psychosomatischen Störungen,
 - therapeutische Hilfe bei Krisen im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen,
 - Behandlung von psychisch erkrankten, geistig behinderten Menschen;
 - gerontopsychiatrische und gerontoneuropsychiatrische Behandlung von Störungen wie den genannten, wenn sie im Alter (über 60Jahre) auftreten sowie von der Parkinsonschen Erkrankung, von Epilepsien, auch Schlaganfall-Nachbehandlung;
 - Suchtkrankenbehandlung mit qualifizierter Entzugs- und Motivationsbehandlung bei Abhängigkeit von illegalen Drogen, von Alkohol und von Medikamenten und mit zusätzlicher Behandlung evtl. vorliegender weiterer psychischer Störungen.
-

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

- Psychotherapie/Depressionsbehandlung,
 - Gerontoneuropsychiatrie,
 - Qualifizierter Drogenentzug,
 - Borderline-Persönlichkeitsstörungen (DBT),
 - Essstörungen,
 - Zwangsstörungen,
 - Magnetstimulation
-

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Es werden keine DRG abgerechnet.

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

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	F32	606	Depressive Episode (Depressionen)
2	F10	588	Alkoholabhängigkeit/-abusus
3	F33	461	Rezidivierende depressive Episode (Wiederkehrende Depression)
4	F20	420	Schizophrenie
5	F43	262	Belastungsreaktion (Seelische Überforderungsreaktion nach einer Belastung)
6	F19	228	Multipler Substanzmissbrauch (Mehrere Drogen)
7	G30	145	Alzheimer-Krankheit
8	F60	125	Paranoide Persönlichkeitsstörung
9	F25	123	Schizoaffektive Störung
10	F11	108	Drogenabhängigkeit/-missbrauch

B-1.8 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung

Schl. nach § 301 SGB V	Fachabteilung	Durchschnittliche Verweildauer (VD) (Angabe in Tagen)	Gibt es in Ihrer Abteilung spez. Kinderbetten? ja(j)/nein(n)	Stehen in Ihrer Abt. Kinderkrankenschw./-pfleger zur Verfügung? ja(j)/nein(n)
2900	Allgemeine Psychiatrie	30,07	Ja	Nein
2960	Allg. P./Tagesklin. (f. teilstat. Pfleges.)		Nein	Nein

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V Gesamtzahl (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr:

keine

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl für das Berichtsjahr)

	Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)	10.741
--	--	--------

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

	Abteilung	Ärztliche Leitung ja (j)/nein (n)	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl der Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung	Anzahl der Ärzte mit fakultativer Weiterbildung ¹	Anzahl der Ärzte im Praktikum	Liegt eine Weiterbildungsbeugnis vor Ja (j)/nein (n)
2900	Allgemeine Psychiatrie	Ja	51	28	23	0	0	Ja
	Gesamt		51	28	23	0	0	

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbeugnis (gesamtes Krankenhaus):

3

¹ Facharzt mit Zusatzbezeichnung

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

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil der examinierten Krankenschwestern/-pfleger (3 Jahre)	Prozentualer Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/ in (1 Jahr)	Wird Hilfspersonal eingesetzt Ja (j)/ nein (n)
2900	Allgemeine Psychiatrie	292	81,16	6,85	6,16	Ja
	Gesamt	292	81,16	6,85	6,16	Ja

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter des Kranken- und Pflegepersonals, die über eine zweijährige Ausbildung verfügen

0,00%

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über keine Ausbildung verfügen

1,71%

B-2.6 Prozentualer Anteil der psychologischen Psychotherapeuten (gemessen an der Gesamtzahl, der Dipl.-Psychologen)

50,0%

B-2.7 Wie hoch war die Stellenbesetzung im vergangenen Jahr in folgenden Bereichen?

	Ärztlicher Dienst	44,89
	Pflegedienst ¹	231,18
	Medizinisch-Technischer Dienst	37,35
	Funktionsdienst	20,70
	Klinisches Hauspersonal	5,50
	Wirtschafts- und Versorgungsdienst	28,05
	Technischer Dienst	8,20
	Verwaltungsdienst	25,61
	Sonstiges Personal	
	8,10	

¹ Zum Pflegedienst werden in der Psychiatrie auch die Heilerziehungspflege und die Altenpflege gezählt.

B-2.8 Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)

	Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter im Verwaltungsdienst	11
	Anzahl der Mitarbeiter in der Hygiene	2
	Anzahl der Mitarbeiter für die Praxisanleitung	1
	Anzahl der Qualitäts-/ Prozessberater	1

B-2.9 Weitere Berufsgruppen (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)

	Anzahl der Sozialarbeiter	10
	Anzahl der Dipl.-Psychologen	16

Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)

	Bewegungstherapeuten	7
	Ergotherapeuten	30

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Zugelassene Krankenhäuser sind gesetzlich zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil.

Für das Leistungsspektrum der Hans-Prinzhorn Klinik Hemer gibt es keine gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen der externen Qualitätssicherung.

C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)

- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.
- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Systemteil

D Qualitätspolitik

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

Das Qualitätsmanagement hat die Ziele der Klinik zu unterstützen, so wie sie im Leitbild formuliert und in verschiedenen, daraus abgeleiteten Konzepten konkretisiert sind.

Die zentralen Ziele der Klinik betreffen zunächst die Patienten. Hier geht es um hohe Behandlungsqualität, gestützt auf wissenschaftlich fundierte Behandlungskonzepte. Entwicklung und Ausbau spezialisierter Behandlungskonzepte dienen diesem Ziel ebenso wie Projekte integrierter Versorgung. Gleichzeitig ist die Qualität der eigenen Leistungen sichtbar zu machen.

Weitere Ziele sind formuliert in Bezug auf Führungskräfte und Mitarbeiter aller Ebenen, weil sie die zum Erfolg führenden Prozesse steuern. Durch Fortbildungen und Schulungen bringen wir sie in die Lage, Behandlung, Pflege und Management auf fachlich hohem Niveau zu leisten. Dazu lassen wir "soft skills" trainieren, insbesondere einen mitarbeiterorientierten, Anerkennung gewährenden Führungsstil, um hohe Qualität der Kooperation zu sichern. Wichtig ist schließlich das Ziel, die Wirtschaftlichkeit der Einrichtung zu gewährleisten. Die zuvor genannten Ziele sind nur unter der Bedingung wirtschaftlichen Erfolgs zu erreichen.

Geschult an den anspruchsvollen Maßstäben des europäischen Qualitätsmodells EFQM arbeitet die Qualitätspolitik wesentlich mit dem Instrument des Partizipativen Produktivitätsmanagements (PPM).

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

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

Die Verantwortung für Qualitätsmanagement und -politik liegt bei der Betriebsleitung. Sie wird unterstützt und ihre Arbeit wird auf eine breitere Basis gestellt durch die Qualitätslenkungsgruppe, der sie selbst sowie alle Abteilungsleitungen angehören, dazu Qualitätsmanagerin und Controllerin. Eine besondere Verantwortung kommt der Qualitätsmanagerin zu, die alle Projekte zur Qualitätsentwicklung zu koordinieren hat und Betriebsleitung und Qualitätslenkungsgruppe regelmäßig über deren Stand informiert.

Wie vom Träger vorgesehen, arbeitet das Qualitätsmanagement mit dem europäischen Qualitätsmodell EFQM. Alle Mitglieder der Qualitätslenkungsgruppe haben ein EFQM-Assessoren-Training durchlaufen und, unterstützt durch eine Vielzahl weiterer Mitarbeiter, eine erste Selbstbewertung der Klinik nach EFQM durchgeführt. Im Vorfeld hat eine vom Träger eingesetzte Arbeitsgruppe unter der Leitung der Qualitätsmanagerin bestehend aus leitenden Mitarbeitern des ärztlichen Dienstes sowie des Pflege- und Verwaltungsdienstes die Anforderungen des EFQM-Modells in eine Sprache übersetzt, die man im Krankenhaus versteht.

Das für unsere Klinik noch wichtigere Instrument zur Qualitätsentwicklung ist das Partizipative Produktivitätsmanagement (PPM). Dieses Konzept beansprucht, die Produktivität der Klinik zu erhöhen, indem es Leistungen der Mitarbeiter messbar macht, regelmäßige Feedback-Diskussionen der gemessenen Leistungen im Team verlangt und bei nicht zufrieden stellenden Ergebnissen auf Verbesserung drängt. Leistungen und Motivation der Mitarbeiter steigen dadurch an.

Nahezu alle Stationen sowie Bereiche des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes arbeiten mit dem PPM. Ebenso tut dies die Qualitätslenkungsgruppe, und damit wird das PPM zu einem zentralen, die Klinik durchdringenden Instrument der Steuerung. Mit Hilfe des PPM werden Ziele definiert, Indikatoren der Zielerreichung entwickelt und Instrumente der Überprüfung sowie Maßnahmen zur Verbesserung festgelegt. Ziele und Indikatoren orientieren sich am Leitbild der Klinik.

E-2 Qualitätsbewertung

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

Im Jahr 2002 hat unsere Klinik eine Selbstbewertung nach EFQM durchgeführt. Die Zielvereinbarung mit dem Träger für das Jahr 2003 basierte auf dort definierten Verbesserungspotentialen.

Seit Juni 2004 bereitet sich die Klinik auf die Zertifizierung nach KTQ vor.

Der Träger führt einmal jährlich einen Vergleich seiner psychiatrischen Einrichtungen in Bezug auf Patientenzufriedenheit durch. Dabei wird ein standardisierter Fragebogen verwendet, der die Integration des Patienten in die Behandlung, die Atmosphäre und das Behandlungsergebnis thematisiert. Im Jahr 2004 erzielte unsere Klinik überdurchschnittlich gute Ergebnisse, insbesondere im psychotherapeutischen Bereich.

Erstmalig im Jahr 2004 haben die psychiatrischen Einrichtungen des Trägers sich verglichen in Bezug auf gesundheitsrelevante Arbeitsbelastungen der Mitarbeiter. Dabei zeigte sich, dass die Arbeitsbelastungen in der Hans-Prinzhorn-Klinik insgesamt geringer ausgeprägt waren, als in den meisten anderen Kliniken des Trägers. Gleichzeitig fiel positiv auf, dass unsere Mitarbeiter ihre Klinik besonders häufig als einen attraktiven Arbeitsplatz einschätzten.

Seit Ende der neunziger Jahre führt der Träger jährlich einen Krankenhausbetriebsvergleich seiner psychiatrischen Kliniken durch, bei dem es um die mittlere Behandlungsdauer pro Entlassungsdiagnose geht. Dieser Vergleich ist Ausgangspunkt von Diskussionen der Betriebsleitungen um die Angemessenheit von Behandlungsdauer in Relation zu diagnosebezogenem Behandlungskonzept.

Seit 2000 nimmt die Klinik am Projekt „Kennzahlen und Benchmarking (Balanced Scorecard)“ des Zweckverbandes der Krankenhäuser Südwestfalen e.V. teil. Ergebnisse für 2004 liegen uns noch nicht vor. Die Zahlen für 2003 zeigen, dass in der Hans-Prinzhorn-Klinik der Anteil der Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung deutlich über dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe liegt. Dasselbe gilt für den Anteil der Pflegekräfte mit abgeschlossener 3-jähriger Ausbildung.

Als Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie) nimmt diese Klinik am jährlichen internen Krankenhausvergleich gemäß §5 Bundespflegesatzverordnung teil. Dieser Vergleich ergänzt den Krankenhausbetriebsvergleich des Trägers in mehrfacher Hinsicht: Er bezieht das gesamte Bundesgebiet ein und bietet damit auch einen Ost-West-Vergleich; er unterscheidet zwischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrischen Krankenhäusern, und er bietet eine differenzierte Auswertung der Patientenstruktur. Die Ergebnisse für 2003 – die für 2004 liegen noch nicht vor – zeigen eine starke Streuung der Verweildauern bei den häufigsten Diagnosen. Deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Bundesländern, zwischen Ost und West und zwischen Fachabteilungen und Psychiatrischen Kliniken weisen darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen Behandlungskonzept und Verweildauer im Kontext mit strukturellen Gegebenheiten zu sehen ist.

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

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

Folgende Projekte, die meist der Weiterentwicklung bestehender Strukturen dienen, sind durchgeführt worden bzw. laufen noch weiter:

- Projekt „Patientenorientierung“ mit verschiedenen Teilprojekten, in denen entscheidende Schritte der Patientenversorgung konzeptionell bearbeitet werden.
 - Verbesserte Nutzung des Partizipativen Produktivitätsmanagements: ein Projekt, das auch wesentlich der Patientenorientierung zugute kommt (laufendes Projekt).
 - Theoriegeleitete Gesundheitsförderung der Mitarbeiter durch Entwicklung einer klaren Belohnungsstruktur (laufendes Projekt).
 - Entwicklung eines Fort- und Weiterbildungskonzepts.
 - Entwicklung eines Konzepts zur Einarbeitung von Mitarbeitern.
 - Mitarbeitergespräch: Schulungen und Umsetzung.
 - Umfassender Katastrophenschutz.
 - Entwicklung eines Kommunikationskonzepts.
 - Beschwerdemanagement für Patienten.
 - Beschwerdemanagement für Mitarbeiter.
-

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

PD Dr. Karin Siegrist,
Tel. 02372/861-163

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

Ärztlicher Direktor:

Prof. Dr. Ulrich Trenckmann,

Tel. 02372/861-110

Stellv. Ärztlicher Direktor:

Dr. Hans-Ludwig Becker,

Tel. 02372/861-108

Kaufmännischer Direktor:

Manfred Feistel,

Tel. 02372/861-106

Stellv. Kaufmännischer Direktor:

Werner Schulte,

Tel. 02372/861-105

Pflegedirektor:

Klaus Vogel,

Tel. 02372/861-101

Stellv. Pflegedirektorin:

Esengül Pohl,

Tel. 02372/861-633

Qualitätsbeauftragte:

PD Dr. Karin Siegrist,

Tel. 02372/861-163

Familienrat:

Frau Stegemann,

Tel. 02372/861-146

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

E-Mail: hans-prinzhorn-klinik@wkp-lwl.org

Homepage: www.hans-prinzhorn-klinik.de

H Ausstattung

H-1 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen

Allgemeine Psychiatrie

Anzahl der Einbettzimmer	Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
			52	Mit TV und Telefon

Anzahl der Zweibettzimmer	Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		184		ohne TV mit Telefon

H-2 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

H-2.1 Für alle Fachabteilungen

	Abteilung	Notfallkoffer u.a. ver- fügbar
2900	Allgemeine Psychiatrie	Ja
2960	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik	Ja

Die KTQ-Kriterien beschrieben von der Hans-Prinzhorn-Klinik - Westfälische Klinik Hemer

1 Patientenorientierung in der Krankenversorgung

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

Das Krankenhaus gewährleistet im Vorfeld der stationären Versorgung eine an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung.

Wir nehmen Patienten nach ihren Bedürfnissen und unseren Möglichkeiten zeitnah auf. Die Patienten werden bei Bedarf auf Station begleitet. Ausgewählt wird die Station, die die optimale Behandlung gewährleistet. Patienten können jederzeit telefonisch einen Aufnahme-termin vereinbaren. Die Aufnahme von Notfallpatienten ist rund um die Uhr gesichert; der diensthabende Arzt stellt die Aufnahmeindikation direkt vor Ort. Für die Koordination der Aufnahmen sorgen unter chefärztlicher Leitung die Oberärzte.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

Innerhalb des Krankenhauses ist die Orientierung für Patienten und Besucher sichergestellt.

Patienten, Angehörige und andere Besucher finden sich im Gelände und in den Gebäuden durch unser Wegeleitsystem gut zurecht. Behinderteneinrichtungen sind mit deutlichen Piktogrammen gekennzeichnet. Am Empfang bietet ein Modell der Klinik einen ersten Überblick. Hier erhält jeder Neuling auf Nachfrage ein Faltblatt mit Wegbeschreibungen und Lageplänen. Treten dennoch Orientierungsschwierigkeiten auf, geben unsere Mitarbeiter gerne Auskunft.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

Die Aufnahme erfolgt koordiniert unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patienten nach Information, angemessener Betreuung und Ausstattung.

Wir nehmen unsere Patienten zügig auf. Freundlichkeit ist uns besonders wichtig. Von der administrativen über die pflegerische bis hin zur ärztlichen Aufnahme empfängt qualifiziertes Personal die Neuankömmlinge. Gut ausgebildete Mitarbeiter des Pflegedienstes und des ärztlichen Dienstes führen das Erstgespräch. Auf Wunsch des Patienten sind auch Angehörige oder Betreuer dabei. Viele unserer Mitarbeiter haben Fortbildungen in Gesprächsführung oder ein Deeskalationstraining besucht, um angemessen auf die Patienten eingehen zu können.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen der Notfallambulanz, (Psych.: der psychiatrischen Institutsambulanz), der Wiedereinbestellungsambulanz oder der Ermächtigungsambulanz verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.

Die Klinik verfügt über eine allgemein- und eine gerontopsychiatrische Ambulanz mit Tageskliniken. Schätzt der ambulant behandelnde Facharzt eine Krise seines Patienten als gravierend ein, leitet er über den Kontakt mit dem zuständigen Oberarzt der Klinik die stationäre Aufnahme ein. Wichtige Bausteine der Integration stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung sind die tägliche Morgenkonferenz klinikweit, 14-tägliche Abteilungskonferenzen sowie die übergreifende Verantwortung je eines Chefarztes.

1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung .

1.2.1 Ersteinschätzung

Für jeden Patienten wird ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung darstellt.

Seelischer, körperlicher und sozialer Status des Patienten werden umfassend erhoben und einheitlich dokumentiert. Dasselbe gilt für den gesetzlichen Betreuungsstatus. Mitarbeiter der Pflege und Ärzte erfragen Erwartungen des Patienten an die Behandlung. Der Facharzt der Station überprüft den Behandlungsplan in den ersten 24 Stunden nach Aufnahme. Psychotherapie ist selbstverständlicher Bestandteil jeglicher Behandlung. Auf das seelsorgerische Angebot weisen wir mündlich und schriftlich hin.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

Vorbefunde werden soweit wie möglich genutzt und zwischen dem betreuenden Personal ausgetauscht.

Wir nutzen Befunde aus früheren Behandlungen und Untersuchungen, um einen Überblick über die Vorgeschichte des Patienten zu erlangen. Da seit 1997 alle Arztbriefe EDV-gestützt vorliegen, stehen sie bereits während des Aufnahmeprozesses zur Verfügung. Der behandelnde Arzt erhält weitere interne Vorbefunde aus dem Archiv. Externe Vorbefunde werden nach Entbindung von der Schweigepflicht telefonisch oder per Fax eingeholt. Das erhöht die Sicherheit und Effizienz der Behandlung.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

Für jeden Patienten wird der umfassende Behandlungsprozess festgelegt unter Benennung der Behandlungsziele.

Der behandelnde Arzt oder Therapeut entwickelt in Zusammenarbeit mit dem Patienten, abgestimmt mit dem Team und unter fachärztlicher Aufsicht, den Behandlungsplan. Therapie- und Pflegeziele, ebenso wie langfristige therapeutische Maßnahmen werden von allen Berufsgruppen - Ärzten, Pflege- und Sozialdienst, Psychologen und Ergotherapeuten - dokumentiert und regelmäßig aktualisiert. Die Feinabstimmung von Diagnostik und Behandlung geschieht in den täglichen Teamsitzungen.

1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Von der Aufnahme an pflegen wir den umfassenden Austausch mit unseren Patienten und berücksichtigen seine Wünsche und Bedürfnisse. Nur wenn sich der Patient verstanden fühlt und gut informiert ist, erreichen wir unser Ziel, die vorhandenen Ressourcen zu stärken. Bezugstherapeut und Bezugspflegekraft beziehen den Patienten im Rahmen seiner Möglichkeiten in alle Planungsschritte ein. Einer ablehnenden Haltung von Patienten oder Angehörigen begegnen wir mit behutsamem Bemühen um Vertrauen, vor allem durch Information.

1.3 Durchführung der Patientenversorgung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten erfolgt in koordinierter Weise gemäß professioneller Standards, um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen.

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards durchgeführt.

Das multiprofessionelle Team unter der Leitung eines Facharztes stimmt mit dem Patienten Planung und Fortgang der Therapie ab. Für zahlreiche Störungsbilder haben wir ärztliche und pflegerische Standards entwickelt, die eine hochwertige Behandlung erleichtern und sichern. Zur psychogenen Schmerzbehandlung setzen wir ganzheitliche Konzepte ein, bei organisch bedingten Schmerzen wird ein Facharzt hinzugezogen. Vielfältige nicht-medikamentöse Therapieangebote, z.B. Physio-, Schwimm-, Reit- und Lichttherapie sind in die Behandlungskonzepte integriert.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Der Patientenversorgung werden Leitlinien und, wo möglich, Evidenzbezug zugrundegelegt.

Um eine hohe Qualität der Patientenversorgung zu gewährleisten, orientieren wir uns an wissenschaftlichen Leitlinien. Für die meisten Störungsbilder haben wir eigene Standards entwickelt, die wir in den Teams diskutieren und regelmäßig aktualisieren. Sie sind auf den Stationen EDV-gestützt und in Papierform verfügbar. Bei allen Behandlungsentscheidungen werden die aktuellen Leitlinien herangezogen und die jeweils besondere Situation des Patienten berücksichtigt. Der individuelle Behandlungsplan für den Patienten wird im Verlaufsbericht begründet.

1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

Der Patient wird in alle durchzuführenden Behandlungsschritte und Maßnahmen der Versorgung einbezogen und seine Umgebung ist patientenorientiert gestaltet.

Wir bieten unseren Patienten ein angenehmes Ambiente mit ansprechend eingerichteten Stationen, die viele Rückzugsmöglichkeiten bieten. Jeder Patient hat seinen Bezugstherapeuten und seine Bezugspflegekraft. So erleichtern wir, unserem Leitbild entsprechend, vertrauensvolle Beziehungen zwischen Patienten und Behandlungsteam. Der Arzt klärt den Patienten geduldig über die verschiedenen Aspekte der Behandlung auf und gewinnt ihn so als kompetenten Partner. Angehörige werden bei Zustimmung des Patienten einbezogen.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

Bei der Verpflegung werden die Erfordernisse, Bedürfnisse und Wünsche der Patienten berücksichtigt.

Die Patienten haben die Wahl zwischen drei Menüs, darunter ein vegetarisches. Unsere Köche nehmen Wünsche der Patienten in den wechselnden Menüplan auf. Kulturell oder religiös begründete Besonderheiten der Ernährung werden nach Möglichkeit berücksichtigt. Die Diätassistentin nimmt Sonderwünsche an die Küche entgegen. Die Essenszeiten liegen auf jeder Station außerhalb der Therapiezeiten, damit die Mahlzeiten in Ruhe eingenommen werden können. Unsere Küche ist mit moderner Technologie ausgestattet und gewährleistet, dass das Essen warm auf den Tisch kommt.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Die Klinik hat verschiedene Standards und Regelungen entwickelt, die die Planung und Koordinierung von Diagnostik und Behandlung erleichtern. Die Teams gehen unter der Leitung eines Oberarztes strukturiert bei der Behandlung vor. Die Dokumentation der Leistungen erfolgt übersichtlich, so dass die Behandlung auch für Externe (z.B. Konsiliarärzte) nachvollziehbar ist. Viele Mitarbeiter der Pflege sind im Umgang mit gefährdeten oder fremdaggressiven Patienten geschult und sind damit kompetente Begleiter in Krisen.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

Die Behandlung des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

Die Klinik arbeitet mit einem multiprofessionellen Behandlungskonzept. Der notwendige Austausch zwischen den beteiligten Berufsgruppen ist durch verschiedene strukturierte Konferenzen und Besprechungen gesichert, in deren Rahmen auch Fallbesprechungen stattfinden. Informationen an andere Therapeuten - z.B. Ergo- und Physiotherapeuten - gibt das Behandlungsteam der Station weiter. Internist, Chirurg und Zahnarzt bieten regelmäßig bei uns Termine für jene Patienten an, die ihre ärztliche Hilfe benötigen.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

Die Visitierung des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

Die Visiten sind wichtige Bestandteile der Stationskonzepte. Hier berät sich das Team über die weitere Behandlungsplanung. Der Patient hat die Gelegenheit, seine Probleme im Team in geschützter Atmosphäre anzusprechen. Auf seinen Wunsch werden Angehörige einbezogen. Auf jeder Station sind die Visitenzeiten individuell festgelegt, wöchentlich findet eine Chefarztvisite statt. Auf die Visitenzeiten weisen wir Patienten und Angehörige mündlich und schriftlich hin.

1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

Die kontinuierliche Weiterversorgung des Patienten in anderen Versorgungsbereichen erfolgt professionell und koordiniert gesteuert unter Integration des Patienten.

1.4.1 Entlassung und Verlegung

Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Patienten und ggf. seiner Angehörigen.

Wir planen Entlassungen frühzeitig im Team, um die Kontinuität der Behandlung und Reintegration in den Alltag zu gewährleisten. Der Arzt bezieht in das Entlassungsgespräch Angehörige und ggf. den gesetzlichen Betreuer oder ambulante Dienste ein. Die Medikation und Diagnose werden im Entlassungsgespräch nochmals ausführlich erläutert. Auch Mitarbeiter der Pflege und des Sozialdienstes führen ein Entlassungsgespräch.

1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich (Entlassung / Verlegung u. a.)

Das Krankenhaus sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten.

Vor einer Entlassung stellt der Sozialdienst die notwendigen Kontakte zu Nachsorgeeinrichtungen her, z.B. berufliche Rehabilitationseinrichtungen, ambulante Pflegedienste, sozialpsychiatrische Zentren. Unsere Ärzte, Pflegekräfte und Sozialarbeiter stellen frühzeitig vor Verlegung oder Entlassung eines Patienten die notwendigen Unterlagen zusammen. Ein Kurzarztbrief und wichtige diagnostische Befunde werden sofort per Fax übermittelt.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

Vom Krankenhaus wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung des Patienten durch Kooperation mit den weiterbetreuenden Einrichtungen bzw. Personen sichergestellt.

Unsere Behandlungsteams pflegen gute Kontakte zu den weiterbetreuenden Einrichtungen. Ärzte, Pflegekräfte und Sozialarbeiter treffen teils im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbunds, teils bei unseren regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen und Symposien, teils beim "Runden Tisch" die Kollegen in der Gemeinde. Die Suchtabteilung pflegt regelmäßigen Austausch mit Selbsthilfegruppen und Suchtberatungsstellen. Einmal die Woche besucht ein Mitarbeiter der Suchtberatung die Klinik und informiert unsere Patienten über weitere Betreuungsmöglichkeiten.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

Die Personalplanung sorgt für eine kontinuierliche Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern.

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

Die Planung des Personalbedarfes umfasst die Bereitstellung einer angemessenen Zahl an entsprechend qualifizierten Mitarbeitern.

Die Klinik beschäftigt hoch qualifiziertes Personal. Unsere leitenden Ärzte und die Pflegedirektion suchen Mitarbeiter, die eine kompetente psychiatrische Behandlung leisten und gut im Team arbeiten können. Dabei werden sie von der Personalabteilung unterstützt. Die Personalbedarfsplanung orientiert sich an den Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung bzw. an Verfahren, die mit den Leistungsträgern vereinbart wurden. Unsere Fluktuationsraten sind niedrig.

2.2 Personalentwicklung

Die Personalentwicklung des Krankenhauses orientiert sich an den Bedürfnissen des Hauses und der Mitarbeiter.

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Unsere Mitarbeiter sind engagiert und motiviert. Das ist die Grundlage einer patientenorientierten Versorgung. Wir möchten ihr Engagement erhalten, womöglich vertiefen, indem wir ihnen optimale Entwicklungschancen bieten. Die im letzten Jahr eingeführten, strukturierten Mitarbeitergespräche dienen u.a. dem Ziel, Vorgesetzte und Mitarbeiter gemeinsam klären zu lassen, wie Fortbildungswünsche der Mitarbeiter und Bedarf der Klinik und ihrer Abteilungen miteinander abgestimmt werden können.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

Das Krankenhaus stellt sicher, dass Wissensstand, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter den Anforderungen der Aufgabe (Verantwortlichkeiten) entsprechen.

Hochqualifizierte Mitarbeiter sind unser Kapital. Bei Stellenausschreibungen ist es uns wichtig, das Qualifikations- und Anforderungsprofil der gesuchten Mitarbeiter genau zu beschreiben. Auch Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Befugnisse definieren wir so, dass jeder weiß, was von ihm erwartet wird. Die Struktur der Klinik und Vernetzung der Abteilungen machen wir in Organigrammen deutlich. In jährlich stattfindenden Mitarbeitergesprächen prüfen wir, wieweit Mitarbeiter und Anforderungen zusammenpassen und ob ein Fortbildungsbedarf besteht.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

Das Krankenhaus sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die an den Bedürfnissen der Mitarbeiter als auch des Krankenhauses ausgerichtet ist.

Ein breites Angebot interner und externer Fort- und Weiterbildungen gehört zu den Stärken unserer Klinik. In der internen Fort- und Weiterbildung unterscheiden wir zwar zwischen ärztlichen und pflegerischen Veranstaltungen, grundsätzlich stehen die Angebote jedoch allen Berufsgruppen offen. Auch niedergelassene Ärzte und Mitarbeiter nachbetreuender Einrichtungen werden eingeladen. Unsere Führungskräfte haben regelmäßig Gelegenheit, ihre Kompetenzen durch Schulungen zu verbessern (z.B.: Qualitätsmanagement, Gleichstellung, Mitarbeitergespräch).

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Es ist uns wichtig, auch in wirtschaftlich schwierigen Zeiten Fortbildungen anzubieten, die ein hohes Qualifikationsniveau der Mitarbeiter gewährleisten. Dazu gehört z.B. die Qualifikation zur Fachpflegekraft Psychiatrie. Das Fortbildungsbudget wird auf alle Berufsgruppen aufgeteilt. Mitarbeiter werden von der Freistellung bis hin zur Übernahme aller Kosten für die Fort- und Weiterbildung unterstützt.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

Für Mitarbeiter sind angemessene Fort- und Weiterbildungsmedien zeitlich uneingeschränkt verfügbar.

Unsere Bibliothek ist mit Standardwerken der Psychiatrie, Psychotherapie, klinischen Psychologie und der Pflege ausgestattet. Dazu kommen Fachzeitschriften für die verschiedenen Berufsgruppen. Weitere Standardwerke sind im Intranet hinterlegt und damit für alle einsehbar. Die Bibliothekskommission plant die weitere Anschaffung von Medien. Alle Abteilungsleiter sowie weitere Mitarbeiter verfügen über einen eigenen Internetzugang. Der Internetzugang in der Bibliothek steht allen Mitarbeitern zur Verfügung.

2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

Angegliederte Ausbildungsstätten leisten eine Theorie-Praxis-Vernetzung und bereiten Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung vor.

Wir nehmen die Auszubildenden der Klinik freundlich auf und bereiten sie optimal auf ihre zukünftigen Aufgaben vor. Wichtig ist dabei die Vernetzung von Theorie und Praxis. Wir arbeiten zusammen mit externen Krankenpflegeschulen. Die Ausbildung in der Klinik liegt in der Hand einer erfahrenen Praxisanleiterin, die durch 25 Mentoren unterstützt wird. Unsere innerbetrieblichen Fortbildungen stehen allen Schülern offen. Durch Lernzielkataloge, Probezeitprüfungen und Praxisbegleitungen sichern wir den Erfolg der Ausbildung.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

Im Krankenhaus wird ein festgelegter und einheitlicher Führungsstil praktiziert, der die Bedürfnisse der Mitarbeitern berücksichtigt.

Das Arbeitsklima ist durch Respekt und Freundlichkeit geprägt, wie es das Leitbild vorsieht. Ebenso ist uns Teamarbeit wichtig. Dieser Gedanke ist in den Führungsgrundsätzen konkretisiert und wird beispielsweise in den Mitarbeitergesprächen umgesetzt, in denen jeder seine Meinung und Wünsche äußert. Mit dem Projekt "Gesundheitsförderung durch Entwicklung einer klaren Belohnungsstruktur" ziehen wir Konsequenzen aus den Mitarbeiterbefragungen und arbeiten an weiteren Verbesserungen. So bieten wir aktuell ein Training zum Stressabbau und Entspannungsgruppen an.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Unsere Regelungen zu den Arbeitszeiten der Mitarbeiter aller Berufsgruppen sind klar und eindeutig. Tatsächliche Arbeitszeiten werden teils mit Stempelkarten - Wirtschaft und Verwaltung -, teils mit Stunden-Nachweis-Bögen - ärztlich-therapeutischer Bereich -, teils mit Dienstplänen - Pflege -, erfasst. Individuelle Wünsche in Bezug auf die Verteilung der Arbeitszeit versuchen wir zu berücksichtigen, ebenso wie Wünsche nach flexibler Teilzeitschäftigung.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Alle Abteilungen nehmen neue Kollegen offen und freundlich auf, integrieren sie ins Team und machen sie mit ihren Aufgaben vertraut. Zum Einarbeitungskonzept gehört das Kennenlernen der Kollegen, die Vorstellung des Leitbildes, praktische und organisatorische Regelungen der täglichen Arbeit sowie Standards für die eigenen Aufgaben. Einmal im Monat lädt die Betriebsleitung neue Mitarbeiter zum Gespräch ein.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden.

Wir fördern Kreativität und Engagement der Mitarbeiter. Anforderungen der Arbeit und Belohnungen durch Erfahren von Anerkennung, Respekt und Freundlichkeit sollen sich im Gleichgewicht befinden. Dazu gehört, dass Mitarbeiter in den Teams Gelegenheit haben, ihre Ideen und Wünsche zur Diskussion zu stellen und Feedback zu erhalten. Unsere Mitarbeiterbefragung fragt nach Belastungen durch Mangel an Anerkennung. Trotz guter Ergebnisse halten wir weitere Verbesserungen für sinnvoll. Ein Beschwerdemanagement ist eingerichtet.

3 Sicherheit im Krankenhaus

3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung.

3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum Arbeitsschutz angewandt, das insbesondere Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, bei Mitarbeitern, im Umgang mit Gefahrstoffen und zum Strahlenschutz berücksichtigt.

Um den Arbeitsschutz zu gewährleisten, haben wir die Arbeitssicherheit in die Hände einer externen Firma gegeben. Diese führt mit der Betriebsärztin Rundgänge durch, um Gefährdungen am Arbeitsplatz frühzeitig zu erkennen und zu beheben. Detaillierte Regelungen und Vorsorgemaßnahmen sind im Organisationshandbuch auf jeder Station festgelegt. Vorsorgeuntersuchungen der Mitarbeiter werden regelmäßig durch die Betriebsärztin durchgeführt.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Der Brandschutzstandard unserer Klinik ist hoch und wird weiter verbessert. Damit ist eine externe Firma beauftragt, die von einem speziell qualifizierten Mitarbeiter unterstützt wird. Das gesamte Haus ist mit Flucht- und Rettungswegplänen ausgestattet. Für deren regelmäßige Aktualisierung ist gesorgt. Es existiert ein detaillierter Feuerwehrplan. Jeder Mitarbeiter erhält einmal im Jahr eine Brandschutzunterweisung. Patienten mit einer bekannten Neigung zum Zündeln ordnen wir einer geschlossenen Station zu. Die Textilien dort sind nicht brennbar/entflammbar.

3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz angewandt.

Bei externen Katastrophen im Märkischen Kreis leisten wir als Notfallklinik psychiatrische Hilfe (z.B. Trauma-Prophylaxe). Für hausinterne nichtmedizinische Notfälle haben wir einen detaillierten Katastrophenschutzplan entwickelt, in dem u.a. festgehalten ist, wer wen worüber informiert und was zu tun ist. Der Plan ist allen Mitarbeitern im Handbuch im Intranet zugänglich. Er wird jährlich aktualisiert. Unser Notstromaggregat wird jährlich gewartet, wöchentlich überprüft und täglich einem Probelauf unterzogen.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Unsere Planungen zum medizinischen Notfallmanagement sollen für Sicherheit in kritischen Situationen sorgen. Deshalb haben wir Verantwortung, Abläufe und Meldewege klar geregelt. Verantwortlich ist der Arzt vom Dienst. Jeder Stationsmitarbeiter ist verpflichtet, einmal jährlich an einer praktischen Reanimationsübung teilzunehmen, die von einer erfahrenen Stationsleitung und einer Internistin durchgeführt wird. Jede Betten führende Abteilung ist mit einem Notfallkoffer ausgestattet.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

Für den Patienten wird eine sichere unmittelbare Umgebung gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt.

Jeder Mitarbeiter trägt Verantwortung für die Sicherheit der uns anvertrauten Patienten. Es gilt, Schaden vom Patienten abzuwehren. Dazu verfügen wir über geschlossene und damit schützende Stationen. Schriftliche Standards und Fortbildungen helfen uns im Umgang mit kritischen Situationen. Bei älteren Patienten werden gezielte Maßnahmen zur Sturzvermeidung getroffen.

3.2 Hygiene

Im Krankenhaus wird ein systematisches, krankenhausesweites Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt.

3.2.1 Organisation der Hygiene

Für Belange der Hygiene ist sowohl die personelle Verantwortung als auch das Verfahren der Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen krankenhausesweit geregelt.

Die Klinik hält die Vorschriften zur Hygiene ein. Hygienefachkraft, hygienebeauftragter Arzt und Hygienekommission sorgen dafür, dass Vorschriften bekannt gemacht und eingehalten, bzw. dass Mängel entdeckt und ihre Ursachen gesucht werden. Umfangreiche Hygienepläne liegen in der Klinik vor, ebenso wie Desinfektionspläne und andere Maßnahmen zur Vermeidung von Infektionen. Alle Anweisungen und Standards sind auf den Stationen in einem Ordner vorhanden und stehen im Intranet allen Mitarbeitern zur Verfügung.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausesweit hygienerelevante Daten erfasst.

Unsere Dokumentation hygienerelevanter Daten gibt uns einen Überblick über Trends und eventuell auftretende Infektionen. Durch den Vergleich mit anderen Einrichtungen des Landschaftsverbandes und durch die Teilnahme an einer überregionalen Arbeitsgruppe können wir unsere Situation im Hinblick auf den Hygienestandard einschätzen.

3.2.3 Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen

Hygiesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Durch hygiesichernde Maßnahmen wollen wir Infektionen vermeiden bzw. erkennen und bekämpfen. Die hierzu erforderlichen Maßnahmen werden umgesetzt von der Hygienefachkraft und dem hygienebeauftragten Arzt. Der Hygieneplan enthält detaillierte Vorgaben zum Umgang der Mitarbeiter mit möglichen Infektionen. Die Hygienefachkraft bietet regelmäßig stationsinterne Schulungen an und informiert alle Mitarbeiter über den Verlauf von Infektionskrankheiten sowie über aktuelle Entwicklungen in der Hygiene.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Unser hygienischer Standard wird gewährleistet durch einen Hygieneplan, über den die Hygienefachkraft umfassend informiert und dessen Umsetzung sie durch regelmäßige Begehungen überprüft. Unsere Küche arbeitet nach dem "Cook&Chill-Verfahren". Hierbei wird in besonderem Maße den hygienischen Auflagen Rechnung getragen. Zusätzlich führt die Küche fortlaufend entsprechende Kontrollen durch und dokumentiert die Ergebnisse. Hinzu kommen unangekündigte Kontrollen des Veterinäramts.

3.3 Bereitstellung von Materialien

Vom Krankenhaus werden die für die Patientenversorgung benötigten Materialien auch unter Beachtung ökologischer Aspekte bereitgestellt.

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.

Unser Ziel ist die stets ausreichende Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten. Bei der Auswahl von Medikamenten steht die erwartete Wirkung an erster Stelle. Ist ein angeordnetes Medikament nicht verfügbar, wird es von der Pflegekraft bei der Apotheke bestellt. Über gute Kontakte zu Sanitätshäusern stellen wir sicher, dass deren Mitarbeiter bei Bedarf zur individuellen Anpassung von Pflegehilfsmitteln direkt in die Klinik kommen.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Wir sorgen dafür, dass benötigte Arzneimittel jederzeit verfügbar sind und effizient angewendet werden. Die effiziente Anwendung wird erleichtert durch die in verschiedenen Behandlungsstandards enthaltenen Orientierungshilfen. Der leitende Apotheker bietet für die Ärzte regelmäßig pharmazeutische Visiten an, um sie in der Auswahl der Medikation zu beraten, z.B. bei Mehrfacherkrankungen von Patienten oder auftretenden Unverträglichkeiten bei Arzneimitteln.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Um die sachgerechte Anwendung von Medizinprodukten sicherzustellen und die gesetzlichen Vorgaben in vollem Umfang zu beachten, haben wir die Chefarzte zu Medizinproduktverantwortlichen ihrer Abteilungen ernannt. Sie tragen dafür Sorge, dass Geräte und Material sachgemäß angewendet werden. Mitarbeiter lernen den Umgang mit Medizinprodukten bei der Einarbeitung von erfahrenen Kollegen. Sterilgut wird laufend hinsichtlich Lagerung und Verfall kontrolliert. Alle Gerätebeauftragten sind durch den Hersteller eingewiesen.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Unser Anspruch ist es, über die gesetzlichen Vorschriften hinaus ökologisch zu denken und zu handeln. Ein "Ökoteam" ist zuständig für die Realisierung unserer im Konzept "Ökoprot" schriftlich vorliegenden Umwelt-Zielsetzungen. Dazu gehört z.B., dass wir nur Produkte einkaufen, die für Umwelt und Gesundheit unbedenklich sind. Abfallstoffe sammeln wir getrennt. Neue Mitarbeiter werden bei Einarbeitung auf die Vorgaben hingewiesen. Zur Einsparung von Energie wurden mit Erdgas betriebene Dienstfahrzeuge angeschafft.

4 Informationswesen

4.1 Umgang mit Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die Erfassung, Dokumentation und Verfügbarkeit von Patientendaten sicherstellt.

4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Eine hausinterne Regelung zur Führung und Dokumentation von Patientendaten liegt vor und findet Berücksichtigung.

Wir bemühen uns um vollständige und transparente Dokumentation von Patientendaten. Alle an Behandlung und Pflege des Patienten Beteiligten sind gemeinsam dafür verantwortlich. Die hausübergreifend verwendete Dokumentationsmappe ist übersichtlich aufgebaut. Auf allen Stationen liegen aktuelle Handzeichenlisten der an der Dokumentation Beteiligten vor. Alle Teams überprüfen regelmäßig die Qualität der Dokumentation. In Feedback-Sitzungen werden die Ergebnisse besprochen und Verbesserungen festgelegt.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

Vom Krankenhaus wird eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Patientendaten gewährleistet.

Um eine vollständige, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Patientendaten zu gewährleisten, achten wir auf die korrekte Umsetzung unserer hausinternen Regelungen. Alle Therapien sind uns wichtig und so dokumentieren wir sie auch alle, darunter: Arbeits-, Physio-, Kreativ- und Reittherapie. Die Berufsgruppen dokumentieren zeitnah. Unsere Dokumentation ist so geführt, dass sie für sachkundige Dritte nachvollziehbar ist.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren, um den zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientendokumentation zu gewährleisten.

Wir verfügen über ein Zentralarchiv, in dem alle Krankengeschichten mit sämtlichen stationären Aufenthalten gelagert sind. Während der Dienstzeiten ist der Zugriff auf archivierte Akten jederzeit möglich, außerhalb dieser Zeiten kann für Patienten, die schon hier behandelt worden sind, der letzte Arztbrief sofort vom Empfang auf die Station gefaxt werden. Die Tageskliniken haben eigene Archive. Benötigte Akten aus dem Haupthaus werden zweimal täglich per Fahrdienst in verschlossenen Behältern gebracht. Somit ist auch hier der Datenschutz gewährleistet.

4.2 Informationsweiterleitung

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die adäquate Weiterleitung von Informationen gewährleistet.

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Krankenhausbereichen.

Der Austausch zwischen Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften findet über das informelle hinaus in geregelter Form in den Teams und Konferenzen statt. Auch Verwaltung und wirtschaftlich-technischer Dienst sind in den Austausch über aktuelle Entwicklungen eingebunden. Schriftliche Protokolle sorgen dafür, daß Information strukturiert weitergegeben wird. Über aktuelle Besonderheiten informiert die Klinik auch per Aushang, Email und Rundschreiben.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

Zentrale Auskunftsstellen im Krankenhaus werden mit Hilfe einer geregelten Informationsweiterleitung kontinuierlich auf einem aktuellen Informationsstand gehalten.

Unsere Mitarbeiter am Empfang informieren Patienten und Besucher freundlich und kompetent. Sie wissen Bescheid über die Bettenbelegung der Stationen und über Bereitschaftsdienstpläne. Der Empfang ist rund um die Uhr besetzt, zu Kernzeiten mit 2 Personen, so dass Telefonate schnell entgegengenommen werden können. Die Mitarbeiter sind durch Kurse (Ersthelfer- und Kommunikationskurs) auf den Umgang mit schwierigen Situationen vorbereitet.

4.2.3 Information an die Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Unser Marketingkonzept sieht vor, die Öffentlichkeit allgemein und zielgruppenspezifisch über das Leistungsangebot der Klinik zu informieren. Wir nutzen dazu regionale und überregionale Medien, unsere Homepage und unsere Mitarbeiterzeitung. Über unsere zahlreichen öffentlichen Veranstaltungen - vor allem Symposien und Kunstausstellungen - informieren wir mit künstlerisch gestalteten Flyern und laden Kollegen, interessierte Bürger und Vertreter der Medien zum Besuch ein. Der Träger und die Klinik führen einen Pressespiegel.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt.

Das EDV-System der Klinik ist vor dem Zugriff von außen geschützt. Rollenkonzepte regeln die Zugriffsberechtigung jedes Mitarbeiters auf personenbezogene Daten. Unser Datenschutzbeauftragter arbeitet mit dem vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe klinikübergreifend gebildeten Arbeitskreis "Datenschutz" zusammen. Die Klinik wird in das neue, klinikübergreifende Datenschutzkonzept des Trägers eingebunden. Zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter gehört auch die Unterweisung in Bezug auf den Datenschutz. Dazu erhalten sie Auszüge aus dem Datenschutzgesetz.

4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

Im Rahmen der Patientenversorgung wird Informationstechnologie eingesetzt, um die Effektivität und Effizienz zu erhöhen.

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

Die Voraussetzung für eine umfassende und effektive Nutzung der unterstützenden Informationstechnologie wurde geschaffen.

Wir bemühen uns um die optimale Unterstützung der Arbeitsabläufe durch ein klinikübergreifend vernetztes EDV-System. Der Träger hat für alle seine Kliniken ein gemeinsames EDV-Konzept erstellt, das sukzessive umgesetzt wird. Teilkonzepte liegen hier bereits vor, so auch ein individuelles EDV-Ausfallkonzept. An das lokale Netz der Klinik ist jeder Arbeitsplatz – inklusive Außenstellen - angeschlossen.

5 Krankenhausführung

5.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

Unser Leitbild wurde von einem multiprofessionellem Team entwickelt und in der Klinik diskutiert, bevor es feierlich in kraft gesetzt wurde. Es formuliert Wertvorstellungen, die einen besonderen Anspruch an psychiatrische Behandlung enthalten. Dazu gehört die Förderung kreativer, künstlerischer Möglichkeiten von Patienten. Die Behandlungsphilosophie des Leitbildes ist in 12 Leitgedanken zusammengefasst auf den Stationen ausgehängt. Unsere Führungsgrundsätze konkretisieren das Leitbild in Bezug auf den Umgang zwischen Führungskräften und Mitarbeitern.

5.2 Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und steuert die Umsetzung der festgelegten Ziele.

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen.

Unsere Zielplanung ist am Leitbild orientiert und mit dem Träger abgestimmt. Grundlage sind wissenschaftliche Entwicklungen in der Psychiatrie und die Beobachtung des Gesundheitsmarktes. Darauf aufbauend formulieren Betriebsleitung und Qualitätslenkungsgruppe längerfristige Ziele, die motivieren und Energie freisetzen. Motivation und Energie an die Mitarbeiter weiterzugeben ist Aufgabe der Vorgesetzten, denen mit den leitbildbezogenen Führungsgrundsätzen eine Orientierungshilfe gegeben wird.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die aktuelle Organisationsstruktur des Krankenhauses ist festgelegt unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.

Unser Organigramm zeigt alle Funktionsträger in ihren Wechselbeziehungen. Die Klinik baut ein umfassendes Qualitätsmanagement auf. Dazu haben wir 2004 zahlreiche Projekte initiiert, die unsere Qualität in Bezug auf Behandlung und Versorgung von Patienten, in Bezug auf Mitarbeiterorientierung, Sicherheit, Kommunikation und Führung weiter entwickeln. Hinzu kommt ein Projekt zur Entwicklung des Qualitätsmanagements. Auch das Projektcontrolling haben wir stärker systematisiert.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Die Krankenhausleitung entwickelt einen Finanz- und Investitionsplan und übernimmt die Verantwortung für dessen Umsetzung.

Ausgehend von den Vorgaben des Trägers orientiert sich unsere Finanz- und Investitionsplanung an den definierten Zielen der Klinik. Der Wirtschafts- und Finanzplan wird für fünf Jahre aufgestellt und jährlich aktualisiert. Für die Einhaltung der vorgegebenen Budgets sind in Zukunft die Abteilungen selbst verantwortlich. Unsere Mitarbeiter werden regelmäßig über die Konferenzen zu betriebswirtschaftlichen Entwicklungen informiert. Gespräche zwischen Betriebsleitung und Personalrat finden vierteljährlich statt.

5.3 Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung

Das Krankenhaus wird effektiv und effizient geführt mit dem Ziel der Sicherstellung der Patientenversorgung.

5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

In Leitungsgremien und Kommissionen treffen sich die Führungskräfte zum strukturierten Informationsaustausch. Hier werden auch Entscheidungen getroffen. Für Leitungsgremien und Kommissionen gibt es eine Geschäftsordnung, die das effektive und effiziente Vorgehen sicherstellt. Für alle Sitzungen gibt es eine Tagesordnung und ein Protokoll. Die Führungskräfte sind dafür zuständig, dass die Mitarbeiter über die Ergebnisse informiert werden.

5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Unsere Führungskräfte stehen kontinuierlich im Austausch. Damit und durch unkomplizierte informelle Kontakte schaffen sie die Basis für Entscheidungen und gewährleisten effizientes Arbeiten. Intra- und interdisziplinäre Konferenzen sorgen für die Verbreitung von Informationen in alle Gruppen und Abteilungen. In Gesprächen der Betriebsleitung mit dem Träger wird überprüft, wieweit geplante Maßnahmen umgesetzt und Ziele erreicht wurden. In den Mitarbeitergesprächen setzt sich dies fort, so dass alle Führungsebenen einbezogen werden.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

Die Krankenhausleitung informiert sich regelmäßig über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen.

Unsere Kommunikationsstruktur ermöglicht es, Aktuelles auf kurzem Wege der Leitung zu übermitteln. Dies geschieht in Konferenzen, Teams und bei den für uns wichtigen informellen persönlichen Kontakten. Die Controllerin legt monatlich Leistungsdaten vor. So können Trends rechtzeitig erkannt werden. Die Krankenhausführung wird darüber hinaus durch Qualitätsmanagement und Personalwesen über aktuelle Ergebnisse informiert. Hierzu gehören auch die Befragungsergebnisse - gewonnen an Patienten, Mitarbeitern und Einweiskern sowie Statistiken und besondere Vorkommnisse.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

Die Krankenhausführung fördert durch geeignete Maßnahmen das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt gegenüber allen Mitarbeitern.

Dem kooperativen Führungsstil der Klinik entsprechend legen wir Wert auf Transparenz, gegenseitige Wertschätzung und Anerkennung von Leistung. Wir bilden Mitarbeiter großzügig fort. Große Teile unseres breit angelegten Gesundheitsförderungsprogramms kommen den Mitarbeitern schon jetzt zugute. Die Zusammenarbeit zwischen Personalrat und Betriebsleitung erleben beide Seiten als konstruktiv.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

Rechte und Ansprüche von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen werden krankenhaushausweit respektiert und berücksichtigt.

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Die Diskussion ethischer Probleme gehört zum Alltag der Psychiatrie, wenn z.B. Maßnahmen gegen den Willen des Patienten ergriffen werden müssen. Die Angemessenheit dieser schwierigen Entscheidungen wird im Team und in der Supervision kritisch überprüft und anschließend mit dem Patienten selbst besprochen. Für besondere Probleme haben wir eine Ethikkommission eingerichtet, geleitet vom ärztlichen Direktor und besetzt mit Vertretern der Ärzte und der Pflege sowie dem Seelsorger der Klinik.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

Im Krankenhaus werden Bedürfnisse sterbender Patienten und ihrer Angehörigen systematisch berücksichtigt.

Es ist uns wichtig, den sterbenden Patienten und seine Angehörigen so zu begleiten, dass der Patient friedlich und in Würde sterben kann. Wir stellen ihm ein Einzelzimmer zur Verfügung, in das Angehörige mit aufgenommen werden können. Auf Wunsch wird der evangelische Klinikseelsorger hinzugezogen oder ein katholischer Priester aus der Gemeinde gerufen. Auf der Station werden besondere Wünsche des sterbenden Patienten erfüllt. Mehrere Mitarbeiter haben sich im Umgang mit sterbenden Patienten fortgebildet.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

Im Krankenhaus gibt es Regelungen zum adäquaten Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen.

Ein würdevoller Umgang mit Verstorbenen und ein wertschätzender Umgang mit den Angehörigen ist uns sehr wichtig. Dem Verstorbenen begegnen wir mit Respekt, seinen Angehörigen bieten wir Unterstützung in ihrer belastenden Lebenssituation. Dazu gehört ein hohes Maß an Zuwendung und Mitgefühl. Schließlich lassen wir den Angehörigen Zeit, sich im Patientenzimmer in Ruhe vom Verstorbenen zu verabschieden.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung stellt sicher, dass alle Krankenhausbereiche in die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements eingebunden sind.

6.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

Unser Qualitätsmanagement unterstützt die Ziele der Klinik, so wie sie im Leitbild formuliert und in Konzepten konkretisiert sind. In der Qualitätslenkungsgruppe sind Betriebsleitung, Abteilungsleitungen, Controllerin und Qualitätsmanagerin vertreten. Wesentliches Instrument des Qualitätsmanagements ist das Partizipative Produktivitätsmanagement (PPM). Zur internen Qualitätssicherung führen wir Befragungen von Patienten, Mitarbeitern und Einweisern durch und werten die Basisdokumentation differenziert aus.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

Das Krankenhaus entwickelt, vermittelt und setzt Maßnahmen zu Erreichung von Qualitätszielen um.

Unsere Qualitätsziele ebenso wie die Indikatoren, die ihre Erreichung messen, definieren wir in der Qualitätslenkungsgruppe. Am Leitbild orientiert werden sie multiprofessionell und mit Beteiligung aller Hierarchieebenen entwickelt, um den Verbesserungsprozess in Gang zu halten. Zur Vermittlung der Ziele dienen die Konferenzen, von denen ausgehend alle Abteilungen und Berufsgruppen erreicht werden. Hinzu kommen Mitarbeiterversammlungen und Mitarbeiterzeitschrift. Die Betriebsleitung ist über die Qualitätslenkungsgruppe in alle Aktivitäten eingebunden.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Um effektive Arbeit leisten zu können, hat die Klinik die entsprechenden strukturellen Voraussetzungen geschaffen und Mitarbeiter gezielt geschult. Dazu gehört die Implementierung des Partizipativen Qualitätsmanagements in allen Abteilungen der Klinik, die Einrichtung der Qualitätslenkungsgruppe, die Etablierung eines systematischen Projektcontrolling, sowie Qualitätsmanagement- und KTQ-Schulungen von Führungskräften sowie der Qualitätsmanagerin.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

Im Krankenhaus werden regelmäßig und systematisch Methoden der internen Qualitätssicherung angewandt.

Das Partizipative Produktivitätsmanagement ist unsere Grundlage und macht unsere Leistungen den Angehörigen aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen transparent. So werden Qualitätsbewusstsein und Motivation gefördert. Zur Sicherung der Patientenbehandlung dienen uns externe Supervision und die Arbeit in Balint-Gruppen, Fallseminare für die Teams einer Abteilung und regelmäßige Fortbildungen für alle in der Behandlung Tätigen.

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben, analysiert und zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben.

Um unsere Qualität ständig auf hohem Niveau zu halten und weiter zu verbessern, messen wir Leistungen mit Hilfe des Partizipativen Produktivitätsmanagements und werten die Basisdokumentation differenziert aus. Die Qualitätsmanagerin wertet auf Klinik-, Abteilungs- und Stationsebene Daten aus, die Aufschluss über Verlauf, Ergebnisse und Erfolge der Behandlung geben. Darüber hinaus vergleichen wir uns mit anderen Kliniken des Trägers in Bezug auf Patientenzufriedenheit, gesundheitsrelevante Arbeitsbelastungen der Mitarbeiter und Leistungsdaten.

6.3.2 Nutzung von Befragungen

Regelmäßig durchgeführte Patienten- und Mitarbeiterbefragungen sowie Befragungen niedergelassener Ärzte werden als Instrument zur Erfassung von Patienten- und Mitarbeiterbedürfnissen und zur Verbesserung der Krankenversorgung genutzt.

Befragungen sind für uns ein wichtiges Instrument der Qualitätsentwicklung. Seit 1997 führen wir eine kontinuierliche Patientenbefragung durch, seit 2000 - alle zwei Jahre - eine Befragung der Mitarbeiter zu gesundheitsrelevanten Arbeitsbelastungen. Unsere Einweiser befragen wir alle zwei Jahre nach ihrer Zufriedenheit mit unserem Beitrag zur Kooperation. Die Qualitätsmanagerin informiert regelmäßig Betriebsleitung und Mitarbeiter über Ergebnisse und diskutiert mögliche Konsequenzen.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Wir machen es unseren Patienten leicht, sich mit Wünschen oder Beschwerden an das Stationsteam oder an Führungskräfte zu wenden. Damit beziehen wir sie ein in unser Bemühen um hohe Behandlungsqualität. Die Beschwerde eines Patienten oder eines Angehörigen wird sofort bearbeitet und die Ergebnisse festgehalten. Am Ende des Jahres werten wir die Beschwerden und Wünsche aus und diskutieren das Ergebnis in der Qualitätslenkungsgruppe. Patienten können sich auch an die Beschwerdekommision des Trägers wenden.