



Qualität für Menschen

---

LVR-Klinikverbund



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009 für Krankenhäuser

**Einrichtung:** LVR-Klinik Bedburg-Hau

**Institutionskennzeichen:** 260510962

**Anschrift:** Bahnstraße 6  
47551 Bedburg-Hau

**Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:** 2011-0074-KH  
**durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:** LGA InterCert GmbH

**Gültig vom:** 03.07.2011

**bis:** 02.07.2014

## Inhaltsverzeichnis:

|   |    |
|---|----|
| Vorwort der KTQ® .....                        | 3  |
| Vorwort der LVR-Klinik Bedburg-Hau .....      | 5  |
| Die Kategorien.....                           | 7  |
| 1 Patientenorientierung .....                 | 8  |
| 2 Mitarbeiterorientierung .....               | 12 |
| 3 Sicherheit .....                            | 14 |
| 4 Informations- und Kommunikationswesen ..... | 17 |
| 5 Führung.....                                | 19 |
| 6 Qualitätsmanagement .....                   | 21 |

## Vorwort der KTQ®

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize und alternative Wohnformen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR), der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e.V. (HB) und die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>. 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, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie-, und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ® somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf die

- Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Informationswesen,
- die Führung des Krankenhauses und das
- Qualitätsmanagement

der Einrichtung 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 KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft.

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

---

<sup>1</sup> zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, IKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft-Bahn-See.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet im zweijährigen Turnus den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass die **LVR-Klinik Bedburg-Hau** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de) abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

## Vorwort der LVR-Klinik Bedburg-Hau

Die LVR-Klinik Bedburg-Hau ist eine von neun psychiatrischen Kliniken des Landschaftsverbandes Rheinland. Sie ist eine der größten Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen zur Behandlung, Betreuung und Pflege psychisch und neurologisch erkrankter Menschen. Die Einrichtung verfügt 2011 über 967 Planbetten und beschäftigte etwa 1.800 Mitarbeiter.

Die Einrichtung liegt in der zum Kreis Kleve gehörenden Gemeinde Bedburg-Hau im Ortsteil Hau. Gemäß Flächennutzungsplan ist das Gelände der Einrichtung als Sondergebiet für Krankenhäuser ausgewiesen. Es ist über verschiedene Zufahrtsstraßen erreichbar, von denen sich eine direkt gegenüber dem kleinen Bahnhof von Bedburg-Hau an der Bahnstraße befindet. An das Gelände der Klinik grenzen unmittelbar Wohnbebauung und Grünflächen.

Die ca. 100 Gebäude der Klinik liegen in einem etwa 80 ha großen wald- und parkartigen Gelände mit einem dichten, teilweise sehr altem Baumbestand. Das Gelände der Klinik ist öffentlicher Verkehrsbereich, hier können nicht nur Patienten, Bewohner und Besucher sondern auch die Anwohner Ruhe und Entspannung finden.

Als Fachkrankenhaus ist die LVR-Klinik Bedburg-Hau Bestandteil der durch die Krankenhausplanung des Landes Nordrhein-Westfalen festgelegten regionalen und gemeindenahen psychiatrischen Versorgungsstrukturen.

Entsprechend diesem Versorgungsauftrag betreibt sie die zur Sicherstellung der Versorgung erforderlichen Krankenseinrichtungen. Darüber hinaus ist sie am Aufbau umfassender Verbundsysteme in ihrem Versorgungsbereich mit dem Ziel einer engen Verzahnung beteiligt.

Die LVR-Klinik Bedburg - Hau hat als Fachkrankenhaus die Aufgabe,

- durch ärztliche, pflegerische und medizinisch - rehabilitative Hilfeleistungen, die sie durch stationäre, teilstationäre vor- und nachstationäre und ambulante Behandlung erbringt, Krankheiten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern;
- notwendige Ausbildungseinrichtungen zu betreiben;
- im Rahmen der ihr erteilten Anerkennung die Aufgaben ärztlicher Weiterbildungsstätten wahrzunehmen;
- Maßregeln der Besserung und Sicherung nach dem Maßregelvollzugsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen und sonstige strafgerichtlich angeordnete Unterbringungen und Behandlungen zu vollziehen.

In verschiedenen Fachabteilungen werden ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungsmodelle angeboten. Die Behandlungsangebote der LVR-Klinik Bedburg-Hau richten sich an psychisch erkrankte Erwachsene, Jugendliche und Kinder. Neben der ambulanten, teilstationären und stationären psychiatrischen Versorgung in den psychiatrischen Fachabteilungen verfügt die LVR-Klinik Bedburg-Hau über eine neurologische Fachabteilung.

Die Einrichtung gliedert sich dabei in folgende Betriebsbereiche:

- Krankenhausbereich (8 Abteilungen s.u.)
- Betriebsbereich Soziale Rehabilitation
- Betriebsbereich Psychiatrisches Pflegeheim
- Fachbereich Forensische Psychiatrie

Der Krankenhausbereich setzt sich aus folgenden Abteilungen zusammen:

- Allgemeine Psychiatrie I
- Allgemeine Psychiatrie II / Suchtkrankheiten und Psychotherapie
- Allgemeine Psychiatrie III / Gerontopsychiatrie
- Innere Medizin
- Neurologie und Klinische Neurophysiologie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die besonders gesicherten Abteilungen des Fachbereiches der forensischen Psychiatrie dienen der Behandlung psychisch erkrankter und suchtkrankter Straftäter.

Für Menschen mit chronischen psychischen Störungen gibt es besondere Hilfe- und Betreuungsangebote im Betriebsbereich Soziale Rehabilitation. Pflegebedürftige ältere Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen und Störungen werden im Pflegezentrum der LVR-Klinik betreut.

Die Betriebsbereiche Soziale Rehabilitation und Psychiatrisches Pflegeheim sind nicht Gegenstand der Zertifizierung.

# Die Kategorien

# 1 Patientenorientierung

## **Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung**

Informationen über ihren geplanten Krankenhausaufenthalt erhalten Patienten durch Flyer, angebotsspezifische Informationsmaterialien sowie über unsere Homepage. Die Aufnahmevorbereitung wird durch die verschiedenen Ambulanzen und Sprechstunden der jeweiligen Fachbereiche unterstützt. In der Gerontopsychiatrie ist u.a. zur Abstimmung mit einweisenden Ärzten ein Casemanagement etabliert. Ein Wegeleitsystem erleichtert Patienten und Angehörigen die Orientierung. Unsere Kliniken sind sowohl mit dem eigenen Auto als auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln hervorragend zu erreichen.

## **Leitlinien**

Die Patientenversorgung in unseren Kliniken erfolgt auf Basis wissenschaftlich fundierter Behandlungsleitlinien. Die Leitlinien der Fachgesellschaften und Bundesärztekammer werden in einigen Bereichen, z.B. in der Forensik, durch interne Leitlinien ergänzt und sind für alle Mitarbeiter zugänglich. Auch im Bereich der Pflege sind abteilungsübergreifende und -spezifische Standards erstellt. Alle Leitlinien, Behandlungspfade und Expertenstandards werden regelmäßig aktualisiert. Die Überprüfung deren Umsetzung in der Praxis erfolgt in den Visiten. Ein Austausch mit anderen LVR-Kliniken findet im Rahmen klinikübergreifender Arbeitsgruppen zur Erarbeitung von Standards statt.

## **Information und Beteiligung des Patienten**

Unser Ziel ist es, durch eine ausführliche Information des Patienten über alle Behandlungsschritte sowie die Berücksichtigung seiner Bedürfnisse eine größtmögliche Compliance herzustellen und Ängsten bzw. Unsicherheiten entgegenzuwirken. Hierzu dienen u.a. umfassende Informationsmaterialien, Patienten-Schulungen und die Kooperation mit verschiedenen Selbsthilfegruppen. Auch Angehörige und Betreuer können ggf. in die Behandlung miteinbezogen werden. Die Wahrung der Patientenrechte, ebenso wie die Intim- und Privatsphäre der Patienten, spielen für uns stets eine bedeutende Rolle. In der Forensik ist die Überprüfung des Rechtsstatus bei der Aufnahme verbindlich geregelt.

## **Service, Essen und Trinken**

Wir legen Wert darauf, unseren Patienten ein vielfältiges Serviceangebot sowie eine schmackhafte, ausgewogene Essensversorgung zu bieten. So können Patienten täglich aus verschiedenen Menüs aus unserer biozertifizierten Küche wählen. Neben der Berücksichtigung religiöser und kultureller Aspekte bei der Essensversorgung und Raumgestaltung ist auch die Aufbewahrung von Wertgegenständen geregelt. Patienten, Angehörigen und Besuchern stehen u.a. Aufenthaltsräume, ein Café und ein Kiosk sowie eine Patientenbibliothek zur Verfügung. Ein Patientenbegleitservice ist in der Forensik ebenfalls eingerichtet.

## **Kooperationen**

In unserer Klinik ist sowohl die interne Zusammenarbeit zwischen den Bereichen und Berufsgruppen als auch der Austausch mit externen Partnern verbindlich geregelt, um auf diese Weise eine jederzeit optimale Patientenversorgung zu gewährleisten und diese stetig weiterzuentwickeln. In einer Übersicht der externen Kooperationspartner sind u.a. Gegenstand der Kooperation und Ansprechpartner hinterlegt. Zum Teil definieren Kooperationsverträge die Zusammenarbeit. Die Abstimmung zwischen



internen Kooperationspartnern erfolgt in den abteilungs- und berufsgruppenübergreifenden Besprechungen. Auch Konsile nutzen wir zum fachlichen Austausch. Die Begleitung gefährdeter Patienten erfolgt durch Mitarbeiter des Pflegedienstes nach Rücksprache mit dem zuständigen Arzt.

### **Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Die Aufnahmebereitschaft durch qualifiziertes Personal ist anhand des Dienst- und Besetzungsplans rund um die Uhr gewährleistet. Ein Aufnahmezentrum ist eingerichtet, das werktags zu den Kernarbeitszeiten die Notfallversorgung und Ersteinschätzung übernimmt. Die Festlegung der Diagnostik und ersten therapeutischen Maßnahmen obliegt dem aufnehmenden Arzt. Auch die Übernahme eines Patienten von Notarzt und Rettungsdienst sowie das Vorgehen bei Kriseninterventionen sind klar geregelt. Wir legen großen Wert auf die entsprechende Qualifizierung unserer Mitarbeiter. Diese erfolgt in teilweise verpflichtenden Schulungen, u.a. zur ersten Hilfe und Deeskalation.

### **Ambulante Diagnostik und Behandlung**

Ziel unserer Klinik ist es, das bestehende stationäre Behandlungsspektrum gezielt durch ambulante Angebote zu ergänzen, um den Patienten soweit wie möglich das Verbleiben im häuslichen Umfeld zu ermöglichen. Hierzu unterhalten wir eine ambulante Notfallversorgung sowie verschiedene Institutsambulanzen und Fach-/ Spezialsprechstunden, deren Verantwortlichkeiten klar geregelt sind. Die entsprechenden Angebote sind in Flyern sowie auf unserer Homepage dargestellt. Vorbefunde werden gezielt für die ambulante Behandlung genutzt, und niedergelassene Kollegen bzw. weiterbehandelnde Kliniken informieren wir über die Behandlung ihrer Patienten durch die Übermittlung eines Kurzberichts.

### **Ambulante Operationen**

Die LVR-Klinik Bedburg-Hau führt keine ambulanten Operationen nach dem Kriterium 1.3.2 des KTQ-Kataloges 2009 durch.

### **Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**

Optimierte und standardisierte Abläufe stellen in unserem Hause die Basis für eine effiziente Diagnostik und strukturierte Behandlungsplanung dar. Daher arbeiten wir evidenzbasiert mithilfe von Behandlungspfaden, Pflegestandards und mit Checklisten, die Zeitziele enthalten. Bei der Anamnese werden der Status sowie Lebensumstände und Risiken des Patienten erhoben, um die Situation des Patienten umfassend zu erfassen. Für eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Abstimmung finden regelmäßig Besprechungen zwischen den an der Behandlung Beteiligten statt. Unsere Patienten und deren Angehörige/ Betreuer informieren wir im Rahmen der medizinischen Anamnese über die geplante Behandlung.

### **Therapeutische Prozesse**

Die Planung der diagnosebezogenen Therapiemaßnahmen erfolgt in unserer Klinik nach Leitlinien der Fachgesellschaften. Auch im Bereich der Pflege existieren umfassende Standards. Dabei legen wir großen Wert auf die interdisziplinäre und multiprofessionelle Abstimmung zwischen allen an der Behandlung Beteiligten. In regelmäßigen Visiten, Fall- und Lockerungsbesprechungen werden dabei die Therapiepläne berufsgruppenübergreifend evaluiert. Zur Regelung psychiatrischer Notfallsituationen sind Rundverfügungen, z.B. zu „freiheitsentziehenden Maßnahmen“, erarbeitet. Verschiedene Fortbildungen dienen der Qualifikation unserer Mitarbeiter.

## **Operative Verfahren**

Die LVR-Klinik Bedburg-Hau führt keine operativen Verfahren nach dem Kriterium 1.4.3 des KTQ-Kataloges 2009 durch.

## **Visite**

Als wesentlicher Teil der Patientenversorgung dienen die regelmäßig stattfindenden Visiten dazu, den Therapieerfolg zu kontrollieren und eine aktive Einbindung des Patienten in die Behandlung sicherzustellen. Hierzu sind die Visiten in unserer Klinik großteils berufsgruppenübergreifend angelegt. Bei der Durchführung der Visiten achten wir auf eine größtmögliche patientenorientierte Gestaltung und die Visitenzeiten werden den Patienten über ausgehängte Wochenpläne transparent gemacht. Die Dokumentation der Visiteninhalte erfolgt sowohl EDV-gestützt als auch in der Papierakte des Patienten.

## **Teilstationär, Prästationär, Poststationär**

Unser Ziel ist es, das stationäre Behandlungsangebot durch prä-, post- und teilstationäre Leistungen optimal zu ergänzen. Ein entsprechendes Angebot bieten wir in Form unserer verschiedenen Ambulanzen und Tageskliniken, so z.B. Tageskliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Gerontopsychiatrie. Zur Information von Patienten und Angehörigen stehen Flyer zur Verfügung. Alle Abläufe der prä-, post- und teilstationären Behandlung sind in schriftlichen Konzepten definiert. Die Abstimmung mit weiterversorgenden Einrichtungen erfolgt anhand einheitlich gestalteter Entlass- bzw. Pflegeüberleitungsberichte.

## **Entlassung**

Die Entlassung erfolgt strukturiert anhand eines verbindlichen Ablaufschemas, das für alle Bereiche mit Ausnahme der Forensik gilt. Auf diese Weise stellen wir sicher, unseren Patienten eine optimale und lückenlose Versorgungskette zu bieten und somit den Behandlungserfolg langfristig zu gewährleisten. Hierzu ist auch die Abstimmung mit Weiterbehandlern/ -betreuern systematisch geregelt. Zur Koordination der Weiterversorgung ist der Sozialdienst von Anfang an in die Entlassplanung eingebunden. Jeder Patient erhält ein Entlassgespräch, in dem er alle wichtigen Informationen über das weitere Vorgehen nach der Entlassung bekommt.

## **Kontinuierliche Weiterbetreuung**

Um eine unterbrechungsfreie Versorgung nach der Entlassung sicherzustellen, sind in unserer Klinik vielfältige Ambulanzen eingerichtet. Ferner pflegen wir einen engen Kontakt zu Weiterbehandlern und verschiedenen Selbsthilfegruppen. Verantwortlich für die Zusammenarbeit mit den nachbehandelnden stationären und ambulanten Einrichtungen ist der Sozialdienst. In der Forensik bestehen klare Regelungen zur Kontaktaufnahme mit den Patienten bei der Weiterversorgung. Die Abstimmung mit den Niedergelassenen erfolgt über den Arztbrief.

## **Umgang mit sterbenden Patienten**

Unser Ziel ist es, sterbenden Patienten einen friedvollen und würdevollen Tod zu ermöglichen und den Angehörigen die Begleitung zu erleichtern. So bringen wir Sterbende in Einzelzimmern unter, die nach individuellen Vorstellungen gestaltet werden können (Fotos, Bilder, Blumen). Auf die Beachtung religiöser und kultureller Wünsche legen wir gleichermaßen Wert wie auf die Berücksichtigung von Patientenverfü-

gungen. Zur Begleitung der sterbenden Patienten steht neben Seelsorgern beider Konfessionen auch eine in der palliativen Medizin ausgebildete Mitarbeiterin zur Verfügung. Ferner werden unseren Pflegekräften entsprechende Schulungen angeboten.

### **Umgang mit Verstorbenen**

Zur patientenorientierten Versorgung gehört für uns auch der würdevolle Umgang mit verstorbenen Patienten und deren Angehörigen. So erhalten Angehörige die Möglichkeit, in Einzelzimmern in Ruhe vom Verstorbenen Abschied zu nehmen. Auch kulturelle und religiöse Wünsche sowie individuelle Abschiedszeremonien können dabei umgesetzt werden. Auf Wunsch gestaltet die Seelsorge Trauerfeiern auf Station. Die Klinik verfügt über einen eigenen Friedhof mit Kapelle. Angehörige erhalten im persönlichen Gespräch mit den Stationsmitarbeitern und der Seelsorge die Möglichkeit, ihre Erlebnisse zu verarbeiten.

## 2 Mitarbeiterorientierung

### **Planung des Personalbedarfs**

Um sowohl der Patientenorientierung als auch der Wirtschaftlichkeit unseres Hauses gerecht zu werden, betreiben wir eine systematische Personalbedarfsplanung. Dafür nutzen wir verschiedene Berechnungs- und Planungsverfahren (z.B. PsychPV, InEK) sowie leistungsbezogene Kennzahlen. Eine Facharztquote ist ebenso etabliert wie auch Quote examinierter Pflegekräfte, die Bestandteil des Kennzahlensystems sind. Der Betriebsrat ist gemäß den gesetzlichen Vorgaben in die Personalplanung eingebunden und auch Maßnahmen zur Mitarbeiterbindung sind etabliert. Seit 2009 widmet sich ein Projekt der gezielten Personalentwicklung.

### **Personalentwicklung/ Qualifizierung**

Die zielgerichtete Qualifizierung von Mitarbeitern und deren Bindung an unsere Einrichtung hat für uns einen hohen Stellenwert. Hierzu liegt ein Personalentwicklungskonzept des Trägers vor. Entsprechende Instrumente wie strukturierte Mitarbeitergespräche, Tätigkeitsbeschreibungen und die Fort- und Weiterbildungsplanung sind etabliert. Mitarbeitergespräche werden anhand eines Leitfadens geführt und dienen u.a. der weiteren Karriereplanung des Mitarbeiters. Eine Arbeitsgruppe für Personalentwicklung wurde 2009 auf Trägerebene für den LVR-Klinikverbund eingerichtet.

### **Einarbeitung von Mitarbeitern**

Neue Mitarbeiter machen wir systematisch und umfassend mit ihrem Arbeitsumfeld vertraut, um auf diese Weise die Integration zu fördern und ein selbstständiges Arbeiten zu ermöglichen. Hierzu existiert ein für alle Berufsgruppen gültiges Einarbeitungskonzept samt Checklisten und Informationsmappe. Daneben halten einige Abteilungen zusätzlich spezifisches Einarbeitungsmaterial vor. Jeder Mitarbeiter bekommt während der Einarbeitungsphase einen Paten zur Seite gestellt, und quartalsweise findet ein Einführungstag für alle neuen Mitarbeiter statt. Während der Einarbeitungsphase sind drei Zwischengespräche vorgesehen.

### **Ausbildung**

Unserer Klinik ist eine Krankenpflegeschule angegliedert. Ziel ist es, den Schülern eine qualitativ hochwertige Ausbildung zu bieten, die neben der fachlichen und methodischen auch die sozial-kommunikativen, personalen Kompetenzen fördert. Die theoretische Ausbildung erfolgt gemäß einem definierten Curriculum unter Berücksichtigung der Ausbildungsrichtlinie des Landes NRW. Zur Förderung einer Theorie- und Praxis-Vernetzung werden Praxisanleiter eingesetzt und auch zur Sicherstellung des Lernerfolgs sind umfassende Maßnahmen etabliert, z.B. mündliche und schriftliche Leistungskontrollen und Praxisübungen.

### **Fort- und Weiterbildung**

Ziel ist es, unsere Mitarbeiter unter Berücksichtigung der betrieblichen Erfordernisse und neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse in ihrer persönlichen und fachlichen Weiterentwicklung zu fördern. So erfolgt die fachärztliche Weiterbildung gemäß den Vorgaben der Landesärztekammer. Die klinikinternen und trägerübergreifenden Jahresfortbildungsprogramme sind im Intranet veröffentlicht. Neben ärztlichen, pflegerischen und forensischen Schwerpunkten bietet die LVR-Akademie Schulungsprogramme (Nachwuchs-) Führungskräfte. Weitere Fort- und Weiterbildungsmedien sind unseren Mitarbeitern u.a. über Bibliotheken und das Internet verfügbar.

### **Mitarbeiterorientierter Führungsstil**

Bereits in unserem Leitbild und den dort enthaltenen Führungsgrundsätzen verpflichten wir uns zu einer mitarbeiterorientierten Führung. Wichtigstes Führungsinstrument sind dabei die strukturierten Mitarbeitergespräche, deren Durchführung mittels eines Leitfadens geregelt ist. Auch ein Programm zur Schulung der Führungskräfte ist eingerichtet. Die Kooperation und Integration unserer Mitarbeiter fördern wir darüber hinaus u.a. durch regelmäßige Teamcoachings/ Supervisionen, die Einbindung in Projekte und die Umsetzung eines Gesundheitskonzepts.

### **Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit**

Es ist unser Anspruch, für alle Mitarbeiter unserer Kliniken transparente Arbeitszeitregelungen unter Einhaltung aller gesetzlichen und tariflichen Bestimmungen zu schaffen und einzuhalten. Bei der Dienstplangestaltung achten wir daher neben den betrieblichen Anforderungen im Rahmen einer effizienten Patientenversorgung auf eine möglichst hohe Planungssicherheit und Beachtung der Work-Life-Balance unserer Mitarbeiter. Ferner bieten wir verschiedene flexible Arbeitszeitmodelle (z.B. Block- / Teilzeit). Die Einhaltung der geplanten Arbeitszeiten wird fortlaufend überprüft.

### **Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden**

Ein betriebliches Vorschlagswesen ist etabliert. Über einen strukturierten Ideenbogen, der über das Intranet verfügbar ist, haben Mitarbeiter die Möglichkeit, ihre Ideen und Verbesserungsvorschläge zu äußern. Die Koordination der Prämierung und Umsetzung als positiv beurteilter Vorschläge erfolgt durch das Qualitätsmanagement. Dieses erfasst auch die Anzahl eingegangener, angenommener und abgelehnter Vorschläge in einer fortlaufenden Statistik. Beispielsweise konnte durch Rückmeldungen der Mitarbeiter bereits eine Behebung von Mängeln im Bereich Arbeitsschutz erzielt werden.

## 3 Sicherheit

### **Arbeitsschutz**

Unsere Pflichten zum Arbeitsschutz erfüllen wir als Arbeitgeber umfassend. Hierzu sind alle Aspekte des Arbeitsschutzes durch einen Leitfaden des Trägers übergreifend geregelt; eine Fachkraft für Arbeitssicherheit sowie weitere Beauftragte der relevanten Bereiche sind ernannt (z.B. Hygiene, Brandschutz, Strahlenschutz). Die Dokumentation und Meldung von Arbeitsunfällen erfolgt nach einem standardisierten Verfahren; zudem wird eine Unfallstatistik geführt. Verpflichtende Schulungen sorgen für einen aktuellen Kenntnisstand der Mitarbeiter. Zur Überprüfung der Arbeitsschutzvorschriften finden regelmäßig Begehungen statt. Unterweisungen zum Arbeitsschutz werden geplant durchgeführt.

### **Brandschutz**

Um dem Brandfall unter Berücksichtigung gesetzlicher Vorgaben vorzubeugen und im Ernstfall entsprechend reagieren zu können, haben wir umfassende Brandschutzmaßnahmen etabliert. Ein Brandschutzbeauftragter ist benannt und eine Brandschutzordnung, Alarmpläne und Handlungsanweisungen liegen vor. Flächendeckend sind Flucht- und Rettungswegepläne ausgehängt. Die Mitarbeiter nehmen regelmäßig an den für sie verpflichtenden Brandschutzunterweisungen teil. Die Überprüfung der Brandmeldeanlage und weiterer Löscheinrichtungen erfolgt regelmäßig durch ein externes Fachunternehmen.

### **Umweltschutz**

Ein aktiver Umweltschutz ist für uns selbstverständlich. Als nach EMAS zertifizierte Klinik haben wir für unser Haus eine Umwelterklärung einschließlich -leitlinien erarbeitet. Ein Umweltmanagementhandbuch, das alle relevanten Anweisungen enthält, ist den Mitarbeitern über das Intranet zugänglich. Neben der Energie- und Wassereinsparung setzen wir gezielt auf Abfallvermeidung. Bei der Anschaffung neuer Produkte achten wir auf ihre ökologische Unbedenklichkeit. Durch regelmäßige Einweisungen und Informationen der Mitarbeiter fördern und prüfen wir die Umsetzung aller Maßnahmen zum Umweltschutz.

### **Katastrophenschutz**

Als psychiatrisches Krankenhaus ist unsere Klinik nicht in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden. Dennoch ist ein Gefahrenabwehrplan erstellt und über das Intranet einsehbar. Dieser enthält beispielsweise den Alarmplan und das Vorgehen bei Evakuierungen. Der Katastrophenschutzplan wird regelmäßig auf seine Aktualität hin überprüft und entsprechend kommuniziert. Unsere Mitarbeiter werden neben Feuerwehrunterweisungen im Rahmen ihrer Einarbeitung auch mit Bestandteilen des Katastrophenschutzes geschult.

### **Nichtmedizinische Notfallsituationen**

Im Gefahrenabwehrplan sind alle Regelungen zum Umgang mit nichtmedizinischen Notfallsituationen schriftlich hinterlegt. So sind zum Schutz von Patienten und Mitarbeitern umfassende Präventionsmaßnahmen getroffen. Notrufe zur Meldung nichtmedizinischer Notfallsituationen gehen zunächst über eine zentrale Notrufnummer bei der Zentrale ein, die dann die weitere Alarmierungskette übernimmt. In der Forensik ist ein eigenes Gefahrenmanagementsystem etabliert. Unsere Mitarbeiter werden regelmäßig im Umgang mit entsprechenden Notfallsituationen geschult.



## **Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung**

Um Gefahrensituationen zu vermeiden, werden Patienten, die aufgrund ihres Zustandes oder ihres Krankheitsbildes sich selbst oder andere gefährden, in unserer Klinik in besonderem Maße betreut. Zahlreiche schriftliche Regelungen helfen den Mitarbeitern, die Aufsichtspflicht für die entsprechenden Patientengruppen zu gewährleisten und Rechtssicherheit herzustellen. Auch der Umgang mit Kriseninterventionen ist definiert. Zur Meldung von Beinahe-Zwischenfällen ist ein anonymes Meldesystem, ein so genanntes „CIRS“ (Critical Incident Reporting System), eingerichtet, es befindet sich seit Anfang 2011 in der Erprobungsphase. Ferner erhalten unsere Mitarbeiter regelmäßige Deeskalationsschulungen.

## **Medizinisches Notfallmanagement**

Ziel ist es, jederzeit im gesamten Haus eine schnelle und optimale Versorgung aller medizinischen Notfälle sicherzustellen. Hierzu sind Leitfäden (psychiatrisch/ neurologisch) erarbeitet, die sowohl im Intranet als auch in Papierform hinterlegt sind. Standardisierte Notfallsets, deren Inhalte regelmäßig auf Vollständigkeit kontrolliert werden, liegen auf den Stationen und in den Funktionsbereichen vor. Grundsätzlich wird in Reanimationsfällen immer der Notarzt verständigt. Die Qualifikation der Mitarbeiter ist durch regelmäßige Schulungen zum medizinischen Notfallmanagement sichergestellt.

## **Hygienemanagement**

Die Belange der Hygiene sind im Hygienehandbuch geregelt. Ein Organigramm der Hygiene bildet alle Funktionsträger und Verantwortlichkeiten ab. Eine Hygienefachkraft, ein hygienebeauftragter Arzt sowie ein externer Klinikhygieniker sorgen dafür, dass die gesetzlichen Bestimmungen in unserem Krankenhaus umgesetzt werden. Eine Hygienekommission ist eingerichtet und tagt vierteljährlich gemäß ihrer Geschäftsordnung. In der Küche ist das HACCP-Konzept vollständig umgesetzt. In trägerweiten Arbeitstreffen findet regelmäßig ein Abgleich des Hygienemanagements und ein Austausch von Best Practices statt.

## **Hygienerelevante Daten**

Hygienerelevante Daten wie z.B. Infektionserkrankungen werden kontinuierlich erfasst und regelmäßig ausgewertet, um den aktuellen Zustand abzubilden und ggf. entsprechende Optimierungsmaßnahmen einleiten zu können. Dazu sind sowohl der interne als auch der externe Meldeweg für meldepflichtige Erkrankungen im Hygienehandbuch geregelt. Ein Screening-Verfahren zur Erfassung von MRSA-Erregern in der Geriatrie und der Neurologie ist eingeführt. Bei Auffälligkeiten in der Keimresistenzstatistik wird ggf. die Klinikhygiene informiert.

## **Infektionsmanagement**

Um Patienten, Angehörige und Mitarbeiter vor Infektionen zu schützen, führt das Hygienehandbuch Informationen zu umfassenden hygiesichernden Maßnahmen auf, zu denen auch der Umgang mit Infektionskrankheiten zählt. Dabei werden die Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts ebenfalls berücksichtigt. Zur Verbesserung der Händedesinfektion dient u.a. das Konzept zur Aktion „Saubere Hände“. Regelmäßige Kontrollen, einschließlich der des Trinkwassersystems, gewähren eine ständige Analyse und somit frühzeitige Erkennung potentieller infektiöser Fehlentwicklungen.

### **Arzneimittel**

Die schnelle, wirtschaftliche und fehlerfreie Medikamentenversorgung ist in unserer Klinik durch die hauseigene Apotheke jederzeit sichergestellt. Eine klinikinterne Arzneimittelkommission ist eingerichtet. Der Umgang mit Betäubungsmitteln erfolgt gemäß den gesetzlichen Vorschriften und die ablauforganisatorischen Regelungen zur online-gestützten Medikamentenbeschaffung sind all unseren Mitarbeitern bekannt. Patienten erhalten eine umfassende und zeitnahe Aufklärung anhand standardisierter Formulare. Zur Meldung von Zwischenfällen und Beinahe-Zwischenfällen wird das eingeführte CIRS (Critical Incident Reporting-System) genutzt.

### **Blutkomponenten und Plasmaderivate**

Um eine größtmögliche Sicherheit für Patienten und Anwender im Umgang mit Blut und Blutprodukten zu gewährleisten, sind umfassende Regelungen etabliert. Eine Transfusionskommission ist eingerichtet und tagt bei Bedarf. Die Dokumentation von Blutprodukten erfolgt sowohl patienten- als auch chargenbezogen. Die Überprüfung der Chargendokumentation der Blutprodukte erfolgt in internen Audits der Apotheke. Bei Bedarf führt der Transfusionsbeauftragte Schulungen und Einweisungen für die Mitarbeiter durch.

### **Medizinprodukte**

Der Umgang mit Medizinprodukten ist für alle Mitarbeiter detailliert geregelt, um eine sichere Handhabung zu gewährleisten. Dies beinhaltet auch die expertengerechte Ersteinweisung durch den Hersteller bzw. durch ihn beauftragte Personen. Eine Übersicht über die Medizinprodukte-verantwortlichen Mitarbeiter ist im Intranet hinterlegt. Die Wartung der Medizinprodukte ist durch eine externe Firma sichergestellt. Ein Bestandsverzeichnis über alle Medizinprodukte wird aktuell geführt.



## 4 Informations- und Kommunikationswesen

### **Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie**

Unser Ziel ist es, unseren Mitarbeitern alle für die Aufgabenerfüllung notwendigen Informationen zeitnah und gesichert rund um die Uhr zur Verfügung zu stellen. Hierzu gibt der Träger ein IT-Rahmenkonzept vor, das auch ein Ausfallkonzept beinhaltet und die medizinischen und pflegerischen Arbeitsabläufe in allen Bereichen optimal unterstützt. Durch die Vergabe von Zugriffs- und Zugangsberechtigungen anhand eines Zonen-Rollen-Konzepts ist die Vertraulichkeit der elektronischen Daten stets gewährleistet. Die elektronische Patientenakte ist in Form des Krankenhausinformationssystems etabliert und wird stetig weiterentwickelt.

### **Regelungen zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten**

Auf Basis einheitlicher Regelungen zur Dokumentation und Archivierung von Patientendaten stehen allen an der Behandlung Beteiligten sämtliche benötigten Informationen jederzeit zur Verfügung. Für jeden Patienten liegt sowohl eine elektronische Akte als auch eine Papierakte vor. Die Überprüfung der Patientenakten auf Vollständigkeit, Plausibilität und Richtigkeit erfolgt anhand einer Checkliste regelmäßig in Pflegevisiten. Neue Mitarbeiter werden im Rahmen der Einarbeitung mit der Dokumentation vertraut gemacht.

### **Verfügbarkeit von Patientendaten**

Informationen für die Behandlung und Versorgung der Patienten sind durch den jederzeitigen Zugriff auf das Krankenhausinformationssystem unmittelbar verfügbar. Der Zugriff wird dabei durch ein berufsgruppen- und standortspezifisches Berechtigungskonzept geregelt. Unsere Einrichtung verfügt über ein zentrales Archiv, sodass auch der Zugang zu älteren benötigten Patientendaten rund um die Uhr möglich ist. Zur Gewährleistung der Aktenvollständigkeit durchläuft jede Patientenakte vor ihrer Archivierung eine Überprüfung.

### **Information der Krankenhausleitung**

Wir haben Strukturen etabliert, die sicherstellen, dass die Krankenhausleitung sowohl über interne Vorgänge informiert ist als auch ihr alle führungsrelevanten Informationen zur Verfügung stehen. Hierzu dienen beispielsweise das Besprechungswesen, die Beteiligung an verschiedenen Arbeitsgruppen, Befragungen und Auswertungen des Controllings. Auch über Abweichungen vom üblichen Ablauf wird die Krankenhausleitung zeitnah in Kenntnis gesetzt. Als Möglichkeit zur Meinungs- und Beschwerdeäußerung für die Mitarbeiter pflegen die Vorstandsmitglieder eine Politik der offenen Tür.

### **Informationsweitergabe (intern/ extern)**

Alle internen Informations- und Kommunikationsstrukturen sind standardisiert geregelt; eine Besprechungsmatrix gibt u.a. Aufschluss über den Teilnehmerkreis, Turnus und die Protokollierung der jeweiligen Besprechung. Unser Anliegen ist es, auch Patienten und Partnern zielgruppengerechte Informationen zu liefern. Hierzu sind beispielsweise Tage der Offenen Tür, Vorträge, Flyer sowie unsere Homepage etabliert. Zudem fördern wir gezielt den Meinungsaustausch mit Niedergelassenen bzw. Kooperationspartnern. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist zu diesem Zwecke ein elektronisches Serviceportal eingerichtet.

### **Organisation und Service**

Über die zentrale Pforte und die Telefonzentrale erhalten Patienten, Angehörige, Besucher und Einweiser rund um die Uhr qualifiziert Auskunft. Auch für die drei forensischen Pforten ist die Besetzung durch geschultes Personal jederzeit sichergestellt. Die Wahrung der Intimsphäre und des Datenschutzes gewährleisten wir. Zu Kundenorientierung und Freundlichkeit sowie zur Deeskalation in Stresssituationen bieten wir den Mitarbeitern unseres Servicebereichs regelmäßige Schulungen an. Mitarbeitern der forensischen Pforte stehen darüber hinaus Supervisionen offen.

### **Regelungen zum Datenschutz**

Um den Schutz aller personenbezogenen Daten vor unberechtigtem Zugriff sicherzustellen und alle gesetzlichen Vorschriften einzuhalten, ist ein Datenschutzbeauftragter benannt. Ferner findet ein umfassendes Datenschutzkonzept Anwendung. Verschiedene Sicherheitsmaßnahmen, z. B. zum Schutz von nicht gewünschten elektronischen Zugriffen, sind etabliert. Wir achten auf eine hohe Durchdringung der Datenschutzregelungen, indem wir regelmäßig Begehungen und Schulungen für unsere Mitarbeiter durchführen. Seit 2010 informiert zusätzlich ein Merkblatt die Mitarbeiter über Fragestellungen des Datenschutzes.

## 5 Führung

### **Vision, Philosophie und Leitbild**

Die vom Träger definierten Zukunftsziele gelten als Vision für unsere Einrichtung. Hieraus wurden konkrete Ziele abgeleitet, die anhand einer Balanced Scorecard abgebildet werden und die Dimensionen Finanzen, Kunden, Prozesse, Mitarbeiter und Kommunikation aufgreifen. Unser Leitbild dient den Mitarbeitern durch eine einheitliche Philosophie sowie gemeinsame Werte und Normen als Orientierungsrahmen. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde 2007 ein eigenes Leitbild erarbeitet. Verschiedene Maßnahmen unterstützen unser Ziel, das Leitbild für die Mitarbeiter im Alltag erfahrbar zu machen.

### **Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen**

Unser Ziel ist es, durch vertrauensbildende Maßnahmen die Mitarbeiterzufriedenheit zu erhöhen und zur Mitarbeiterbindung beizutragen. Eine entsprechende Mitarbeiterorientierung, z.B. durch eine rechtzeitige und umfassende Kommunikation, ist bereits in unserem Leitbild verankert. Neben zahlreichen vertrauensfördernden Maßnahmen (u.a. Firmenfitness, Betriebsausflüge, Fort- und Weiterbildung) dient auch die Personalentwicklung der Förderung der Mitarbeiterzufriedenheit. So startet 2011 ein Programm zur Führungskräftequalifizierung. Unserer Fürsorgepflicht kommen wir z.B. durch die Beratung durch Mobbing- und Schwerbehindertenbeauftragte nach.

### **Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse**

Zur Berücksichtigung von weltanschaulichen, kulturellen und religiösen Bedürfnissen der Patienten befindet sich in unserem Hause ein Diversity Management (Nutzen der personellen und kulturellen Vielfalt der Mitarbeiter) im Aufbau. Entsprechend halten wir mehrsprachiges Informationsmaterial vor und bieten Sprechstunden, die mit fremdsprachigen Mitarbeitern besetzt sind. Eine Ethikkommission, die jederzeit in die Behandlung mit einbezogen werden kann, ist eingerichtet. Ferner bieten unsere Seelsorge, psychologischen Mitarbeiter und Selbsthilfegruppen auf dem Gelände weitere Beratungsangebote an.

### **Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Zielplanung**

Das strategische Rahmenwerk und die Vision auf Trägerebene bilden die Basis für die daraus abgeleiteten Ziele unserer Einrichtung. Teil der klinikübergreifenden Zielplanung sind die Leistungsentwicklung sowie die Entwicklung des Leistungsspektrums der einzelnen Abteilungen, der Liegenschaftsplan und der Investitionsplan. Die Finanzplanung der Klinik erfolgt anhand eines 5-jährigen Business Plans, der in einen jährlichen Wirtschaftsplan überführt wird. Zur Unternehmenssteuerung werden u.a. leistungs- und finanzrelevante Kennzahlen erhoben und in Form von monatlichen Berichten aufbereitet.

### **Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen**

Die partnerschaftliche Vernetzung ist als explizites Ziel unserer Klinik benannt. So sind wir in umfassende Kooperationen eingebunden, die durch Kooperationsverträge geregelt werden. Ferner ergreifen wir zahlreiche Maßnahmen zur Bereitstellung attraktiver Arbeitsplätze (z.B. Entfristung von Arbeitsverträgen, Angebot von Praktika), beteiligen uns bei „Ärzte ohne Grenzen“ und pflegen Verbindungen zu allgemeinbildenden Schulen und Universitäten. Auch bieten wir zahlreiche Ausbildungsplätze an, beispielsweise im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege.

### **Festlegung einer Organisationsstruktur**

Die Aufbauorganisation unserer Klinik ist in Form von Organigrammen geregelt und über das Intranet einzusehen. Für Patienten, Angehörige, Mitarbeiter und externe Partner sind die Ansprechpartner u.a. anhand von Informationsblättern, dem Internet und teilweise Übersichtstafeln im Klinikgebäude festgelegt. Für alle Stationen sind sog. Pflege- und Organisationspläne erstellt, die detailliert die jeweilige Arbeitsorganisation definieren. Um die Effizienz bzw. Effektivität der Organisationsstrukturen stetig zu verbessern, wurden beispielsweise Dokumentationsassistenten sowie eine Case Managerin eingestellt.

### **Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien**

Zur effizienten Gestaltung unserer Führungsgremien liegt eine Matrix über sämtliche Gremien und Kommissionen mit Angabe von Besprechungsrhythmus, Teilnehmern und Protokollführung im Intranet vor. Regelungen zur zeitnahen Information der Ergebnisse an die nachgeordneten Mitarbeiter, z.B. in Form von Rundschreiben und Regelbesprechungen, sind ebenfalls etabliert. Ein Projekt- und Prozessmanagement wird durch das QM-Konzept bzw. das Klinikinformationssystem unterstützt und regelmäßige Audits dienen der Überprüfung der internen Prozesse.

### **Innovation und Wissensmanagement.**

Bereits in unserem Leitbild verpflichten wir uns zur Förderung von Innovationen und Wissensmanagement. So nutzen wir das betriebliche Vorschlagswesen samt Prämierung und auch die Mitarbeitergespräche zur Förderung eines innovationsfreundlichen Betriebsklimas. Die Beteiligung der Mitarbeiter ist dabei durch verschiedene Maßnahmen sichergestellt, z.B. durch die Projektarbeit. Der Unterstützung des Wissensmanagements dienen neben spezifischen Besprechungen u.a. eine elektronische Bibliothek und das WissensCenter. Ein entsprechendes Wissensmanagementkonzept liegt vor.

### **Externe Kommunikation**

Unser Anliegen ist es, das Unternehmensziel einer positiven Außendarstellung durch eine systematische Öffentlichkeitsarbeit zu unterstützen und die interessierte Öffentlichkeit über Angebote und Leistungen zu informieren. Ein diesbezügliches Konzept ist erarbeitet. Zahlreiche Maßnahmen zur Information der Öffentlichkeit sind umgesetzt. Neben Flyern und Internetauftritt bieten wir Besucherführungen und eine Vielzahl weiterer Veranstaltungen. Zur verbesserten Kommunikation und Informationsübermittlung mit den Einweisern kann im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Service-Portal genutzt werden.

### **Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems**

Ein systematisches Risikomanagement ermöglicht es uns, Risiken möglichst frühzeitig zu erkennen, zu bewerten und auf diese Weise Schäden zu vermeiden. Identifizierte Risiken werden in einer Risikomappe zusammengefasst und hinsichtlich Eintrittswahrscheinlichkeit und Schadenspotenzial bewertet. Ab 2011 wird für das klinische Risikomanagement ein CIRS (Critical Incident Reporting-System) erprobt. Hierzu werden die Mitarbeiter im Rahmen von Einweisungen gezielt geschult. Auch ein Frühwarnsystem zur Identifikation wirtschaftlicher Risiken ist etabliert.

## 6 Qualitätsmanagement

### **Organisation**

Unsere Klinik nutzt seit 2006/07 das KTQ-Modell als Qualitätsmanagement-System. Hierzu sind in allen Bereichen geschulte Qualitätsbeauftragte tätig, die kontinuierlich weitergebildet werden. Durch die Gremienarbeit und eine entsprechende Zusammensetzung der Projektgruppen ist die Einbindung aller Leitungsebenen und Abteilungen/ Bereiche in das Qualitätsmanagement gewährleistet. Die Regelungen zur Organisation des QM sind im Qualitätsmanagementkonzept festgeschrieben. Die Überprüfung der Zielerreichung des QM erfolgt halbjährlich mithilfe des QM-Kennzahlensystems.

### **Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung**

Als Grundlage für ein effektives Prozessmanagement haben wir Ablaufstandards und Prozessbeschreibungen für alle Kern- und Teilprozesse in der Patientenversorgung sowie für einzelne Unterstützungsprozesse erarbeitet. Prozessmanagementinstrumente wie Flussdiagramme werden eingesetzt. Optimierungserfolge haben wir bspw. bereits im Prozess der Arztbriefschreibung erzielt. Patienten-, Mitarbeiter- und Kooperationspartnerbefragungen sowie das Beschwerdemanagement geben Aufschluss über die Bewertung unserer Prozesse aus Kundensicht und dienen auch der Evaluation von erfolgten Prozessveränderungen.

### **Patientenbefragung**

Das Ziel einer hohen Patientenzufriedenheit ist explizit in unserer Qualitätspolitik benannt. Um systematisch Aufschluss über mögliche Verbesserungspotenziale zu erhalten, führen wir mit Unterstützung einer externen Beratung regelmäßig Patientenbefragungen anhand standardisierter Fragebögen durch. Datenschutz, Anonymität und Validität des Verfahrens sind stets gewährleistet. Mit den Befragungsergebnissen beteiligen wir uns an einem Benchmark zwischen den einzelnen LVR-Kliniken und weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens. So belegte die Neurologie in einer AOK-Befragung Platz 1 aller Neurologien in NRW.

### **Befragung externer Einrichtungen**

Durch die Befragung externer Einrichtungen möchten wir zum einen Informationen zur stetigen Optimierung der Angebote unserer Klinik gewinnen. Zum anderen möchten wir auf diese Weise den Kontakt zu Kooperationspartnern stärken sowie den kollegialen Dialog fördern. Hierzu nutzen wir sowohl Telefoninterviews als auch schriftliche Befragungen. Durch die Zusammenarbeit mit einem externen Institut ist die Validität beider Verfahren gewährleistet. Als Verbesserungsmaßnahme auf Basis der Befragungsergebnisse wurde beispielsweise das Service-Portal für Einweiser in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingerichtet.

### **Mitarbeiterbefragung**

Anhand regelmäßiger Mitarbeiterbefragungen möchten wir die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter erfassen und diese durch die Identifikation gezielter Maßnahmen kontinuierlich verbessern. Hierzu führen wir mit Unterstützung eines externen Beratungsunternehmens regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durch. Wichtig ist uns dabei, die Anonymität der Befragten und die Einhaltung des Datenschutzes jederzeit zu gewährleisten. Auch auf eine ausreichend hohe Rücklaufquote wird geachtet. Mit den Ergebnissen beteiligen wir uns mit anderen Kliniken des LVR an einem Benchmark.

### **Umgang mit Wünschen und Beschwerden**

Durch den Träger wurde 2010 ein zentrales Beschwerdemanagement eingeführt, dessen Vorgehensweise wir für die interne Anwendung in unserer Einrichtung entsprechend angepasst haben. Patienten, Besucher, Angehörige und weitere Personengruppen, die mit unserer Klinik in Kontakt treten, haben die Möglichkeit Lob und Kritik auf den verfügbaren Formularen an uns zu melden. Das Feedback wird von uns zentral erfasst und ausgewertet sowie für Verbesserungen im Sinne der Patienten- und Mitarbeiterorientierung genutzt.

### **Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten**

Neben den extern geforderten qualitätsrelevanten Daten erhebt unsere Klinik weitere für die Qualität wichtige Kennzahlen und Indikatoren. Dabei werden auch die Empfehlungen der Fachgesellschaften berücksichtigt. Ein Qualitätskennzahlensystem, das sich an den fünf Perspektiven der Qualitätspolitik unseres Hauses orientiert, ist etabliert. Es erfasst u.a. die Arztbrieflaufzeit und das Verhalten der Einweiser. Schriftliche Vorgaben zur Erhebung der qualitätsrelevanten Daten sind u.a. im QM-Konzept hinterlegt und allen Mitarbeitern bekannt.

### **Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung**

Die für eine vergleichende/ externe Qualitätssicherung notwendigen Daten erheben wir systematisch und stellen sie für Auswertungen zur Verfügung. Zur Gewährleistung der Validität der Daten nutzen wir hierbei eine Software, in der die relevanten Angaben, z.B. Dekubitusrate, direkt erfasst werden. Die Aufbereitung der Daten für die interne Nutzung erfolgt durch die Pflegedirektion, die diese dann den Fachabteilungen bei Bedarf zur Verfügung stellt, sodass die Auswertungen für interne Verbesserungsmaßnahmen herangezogen werden können.