



## KTQ - QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009.2 für Krankenhäuser

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

**Institutions-  
kennzeichen:** 260510962

**Anschrift:** Bahnstr. 6  
47551 Bedburg-Hau

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

**Gültig vom:** 03.07.2001

**bis:** 02.07.2014

## Inhaltsverzeichnis:

Vorwort der Einrichtung.....	5
Die Kategorien.....	6
1 Patientenorientierung.....	7
2 Mitarbeiterorientierung.....	11
3 Sicherheit.....	13
4 Informations- und Kommunikationswesen.....	16
5 Führung.....	18
6 Qualitätsmanagement.....	21

## Vorwort der KTQ<sup>®</sup>

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<sup>®</sup> sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR), der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e.V. (HB) 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<sup>®</sup> 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, von Praktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit, das Informations- und Kommunikationswesen, die Führung und das Qualitätsmanagement der Einrichtung beziehen.

Mit diesem spezifischen Zertifizierungsverfahren bietet die KTQ<sup>®</sup> ein Instrument an, mit dem sie die Qualität ihrer Leistungen zum internen Qualitätsmanagement durch eine freiwillige Zertifizierung und den zu veröffentlichenden strukturierten KTQ-Qualitätsbericht für die Öffentlichkeit 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 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<sup>®</sup> gezielt hinterfragt und durch Begehungen ver-

---

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

schiedener Krankenhausbereiche überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der 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.

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 sind auch auf der KTQ-Homepage unter <http://www.ktq.de/> abrufbar.

**Dr. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**S. Wöhrmann**

Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

**Dr. med. B. Metzinger, MPH**

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

**Andreas Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

**Dr. med. M. Vogt**

Für den Hartmannbund

## Vorwort der Einrichtung

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 2014 über 942 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 Krankenhauseinrichtungen. 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 Kategorien

## 1 Patientenorientierung

### **Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung**

Patienten, Angehörige und weitere Beteiligte werden durch umfangreiche Informationen in Broschüren/Flyern, auf der Website und in Sondersprechstunden sowie Ambulanzen – teilweise auch mehrsprachig - informiert. Individuelle Eigenschaften wie Alter, Indikation, Pflegeintensität und Aufenthaltsgrundlage sind entscheidend für die Wahl der Station. Für Notfälle ist die Klinik jederzeit aufnahmebereit, teilweise in Zusammenarbeit mit weiteren Einrichtungen (Neurologie).

Die Klinik ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar und verfügt über eine eigene Regionalbahnhaltestelle. Für Patienten und Besucher die mit dem Auto anreisen steht eine ausreichende Zahl von Parkplätzen bereit. Der Weg ist gut beschildert, die Wegweisung setzt sich innerhalb der Klinik deutlich fort.

### **Leitlinien**

Wir behandeln unsere Patienten nach dem aktuellen Stand des Wissens. Dazu stellen wir unseren Mitarbeitern neueste Erkenntnisse über die Therapie leicht zugänglich zur Verfügung. Neben Leitlinien der Fachgesellschaften und Richtlinien der Bundesärztekammer orientieren wir uns in der Forensik an Leitlinien des Landesbeauftragten. Die Aktualität der Vorgaben wird durch ein EDV-System sichergestellt. Wo angemessene Leitlinien nicht bestehen, entwickeln wir eigene Vorgaben. Die Umsetzung wird z.B. im Rahmen von Visiten und pflegerischen Dokumentationsaudits überprüft.

### **Information und Beteiligung des Patienten**

Wir wahren die Patientenrechte in allen Bereichen. Bei Selbst- und Fremdgefährdung einzuleitende Maßnahmen sind formal geregelt und werden regelmäßig überprüft. Darüber informieren wir die Patienten. Angehörige werden nach Möglichkeit in die Therapie einbezogen, etwa durch die Mitaufnahme von Kleinkindern, Elterntrainings oder Sprechstunden und Gruppen für Angehörige. Außerdem wird bei Bedarf der Kontakt zu Selbsthilfegruppen hergestellt, die sich teilweise auch in den Räumen der Klinik treffen. Die Privatsphäre wird durch Regelungen sowie die bauliche Einrichtung gewährleistet. Auch in der Forensik werden die Patienten eng in die Behandlungsplanung integriert. Der Behandlungsstatus wird zudem in kurzen Abständen überprüft.

### **Service, Essen und Trinken**

Die Patientenzimmer sind teilweise mit Nasszellen ausgestattet, sonst befinden sich Duschen in unmittelbarer Nähe. Die Reinigung folgt Hygieneplänen, deren Einhaltung von der Hygienefachkraft überwacht wird. In der Forensik reinigen die Patienten ihr Zimmer aus therapeutischen Gründen selbst. Es ist unser Anliegen, eine schmackhafte und ernährungsphysiologisch optimale Verpflegung sicherzustellen. Es besteht ein wöchentlicher Menüplan mit Auswahlmöglichkeiten aus mehreren Menüs, bei denen religiöse und kulturelle Aspekte berücksichtigt werden. Hinzu kommen verschiedene Diätformen. Neben den Patientenzimmern sind u. a. Besuchsräume und Gemeinschaftsräume vorhanden. In der Forensik besteht ein Begleitdienst.

### **Kooperationen**

Die interne Zusammenarbeit zwischen Stationen und Berufsgruppen ist in der Klinik festgelegt. Durch die Zusammenarbeit wollen wir eine optimale Patientenversorgung sicherstellen und weiterentwickeln. Dazu führen wir u. a. Fachkonsile und Bespre-

chungen durch. Diese reichen von Behandlungskonferenzen über die Fallbesprechungen bis zu Supervisionen und Forensikkonferenzen und werden protokolliert. Extern bestehen vereinbarte Kooperationen mit verschiedenen Selbsthilfegruppen. Gefährdete Patienten werden auf Anordnung durch Pflegekräfte begleitet. Für Patiententransporte besteht ein eigener Fahrdienst, in der Forensik sind angemessene Sicherungsmaßnahmen definiert.

### **Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Wir sind jederzeit für psychiatrische Notfallpatienten aus unserem Einzugsbereich aufnahmebereit. Außerhalb des Tagdienstes bestehen fachärztliche psychiatrische und neurologische Bereitschaftsdienste. Die Tagdienstbesetzung wird an Umlaufzeiten der JVA über einen Bereitschaftsanteil bis 22.15 Uhr ergänzt. Somit ist die Diagnostik und Einleitung erster therapeutischer Maßnahmen sichergestellt. Die diensthabenden Mitarbeiter im ärztlichen, pflegerischen und administrativen Bereich sind besonders eingearbeitet. Die Belegung wird ggf. anhand von Vorgaben durch einen Bereitschaftsarzt festgelegt. Erforderlichenfalls werden Angehörige eingebunden, auch um weitere wichtige Informationen zu erhalten. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist das stets der Fall. Alle Prozesse werden im Krankenhausinformationssystem oder in Papierakten dokumentiert.

### **Ambulante Diagnostik und Behandlung**

Zur Sicherstellung der Versorgung und Vermeidung stationärer Einweisungen unterhalten wir eine Reihe von Ambulanzen, die teilweise auch in Außenstellen untergebracht sind. In der Notfallversorgung kann auf verschiedene Interventionen wie Hausbesuch, sofortige Vorstellung in der Ambulanz oder stationäre oder teilstationäre Aufnahme zurückgegriffen werden. Wir sind im Rahmen der geografischen Zuständigkeiten (Pflichtversorgung) jederzeit aufnahmebereit. Außerhalb der Ambulanzöffnungszeiten ist ein Arzt vom Dienst erreichbar. Die ambulante Versorgung wird im Krankenhausinformationssystem (KIS) dokumentiert, in der Forensik wird ergänzend eine Papierakte geführt. Es ist Aufgabe des behandelnden Arztes, die Vorbefunde in die Patientenakte aufzunehmen. Niedergelassene Ärzte können durch Berichtsvorlagen zeitnah aus dem KIS informiert werden.

### **Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**

Unsere stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung erfolgt zeitnah. Klare Dokumentationsleitlinien und ein Datenverarbeitungssystem stellen die rasche Verfügbarkeit von Therapieplänen sicher. Unseren Mitarbeitern liegen interne Leitlinien und Dokumentationen auf allen Stationen vor. Wir erfassen die individuellen Merkmale der Patienten bezüglich Status, Anamnese, Lebensumständen und mögliche Risiken. Damit stellen wir eine individuelle Therapie sicher.

Patienten und Angehörige werden auch durch standardisierte Aufklärungsformulare informiert. In der Forensik wird der erste Therapieplan bereits innerhalb von 24 Stunden erstellt. Wo immer möglich wird eine Vertrauensperson oder benannter Angehöriger der Patienten über die Aufnahme informiert, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein Gespräch mit den Eltern im Vorfeld Bestandteil des Behandlungskonzepts.

### **Therapeutische Prozesse**

In unserer Klinik bestehen interne Leitlinien. Damit wird eine gleichmäßige Qualität definiert und vorgegeben. Entsprechende Regelungen bestehen auch für pflegerische und therapeutische Aufgaben. Im Mittelpunkt der Arbeit steht der patientenbezogene Austausch im therapeutischen Team. Im Team wird auch die Therapie ge-



plant. Die Qualifikation der Mitarbeiter wird u.a. in jährlichen Gesprächen überprüft. Die Mitarbeiter werden intern und extern regelmäßig fortgebildet. Zur Information von Patienten und deren Angehörige liegen Aufklärungsbögen vor. Darüber hinaus gelten spezifische rechtliche Regelungen zur Aufklärung im Maßregelvollzug oder bei freiheitsentziehenden Maßnahmen. Psychiatrische Notfallsituationen sind in Rundverfügungen geregelt.

### **Visite**

In unseren Visiten werden die Patienten aktiv in die Behandlung, Erfolgskontrolle der Therapie und Diagnostik eingebunden. Dazu sind unsere Visiten vorwiegend berufsgruppenübergreifend angelegt. Die Zeiten und Häufigkeit der Visiten sind geregelt und den Patienten bekannt. Die Inhalte der Visiten werden von den verschiedenen Berufsgruppen sowohl EDV-gestützt als auch in der Papierakte dokumentiert.

### **Teilstationär, Prästationär, Poststationär**

Durch unsere verschiedenen Möglichkeiten wird das stationäre Angebot gezielt um patientenorientierte prä-, post- und teilstationäre Leistungen ergänzt. Dazu bestehen verschiedene Ambulanzen, Spezialsprechstunden, die ambulante Rehabilitation und Tageskliniken. Unsere Patienten werden durch Informationsblätter und teilweise offenegelegte Konzepte informiert. Zu Vor- und Nachbehandlern unterhalten wir enge Kontakte und stimmen uns durch Entlassungs- und Überleitungsberichte ab.

### **Entlassung**

Durch unser Entlassungsmanagement mit enger Abstimmung mit Weiterbehandlern und -betreuern stellen wir eine lückenlose Prozesskette sicher. Dazu beginnen wir bereits bei der Aufnahme mit dem Entlassmanagement, planen den Termin und erheben einen erforderlichen Nachsorgebedarf. Es bestehen Ablaufschemata, in denen vorgesehen ist, Angehörige und Betreuer einzubeziehen. Alle Patienten erhalten zur Entlassung mindestens einen Kurzarztbrief. Eine Entlassmedikation kann für eine Dauer bis zu drei Tagen mitgegeben werden, in der Forensik ggf. auch länger. Mit jedem Patienten wird ein Entlassgespräch durchgeführt. Dabei überzeugt sich der durchführende Arzt davon, dass die Möglichkeiten zur weiteren Behandlung verstanden wurden. Außerdem wird die Zufriedenheit mit dem Aufenthalt erfragt.

### **Kontinuierliche Weiterversorgung**

Durch eine lückenlose Weiterversorgung unserer Patienten wirken wir einer Wiedereinweisung aus organisatorischen Gründen entgegen und sichern den Therapieerfolg. Das einheitliche Vorgehen ist mit den Zuständigkeiten geregelt. Über unsere Institutsambulanz können wir eventuelle Wartezeiten für eine ambulante Versorgung durch einen niedergelassenen Therapeuten überbrücken. Unser Sozialdienst ist direkt an die Stationen angebunden, Teil des therapeutischen Teams und pflegt einen engen Kontakt zu Nachbehandlern. Außerdem bieten wir Möglichkeiten u. a. zur anschließenden neurologischen Rehabilitation. In der Forensik erstellen wir individuelle Betreuungsvereinbarungen.

### **Umgang mit sterbenden Patienten**

Es ist unser Ziel, die Bedürfnisse Sterbender und ihrer Angehörigen bei der Begleitung des Sterbeprozesses zu berücksichtigen und ihnen Freiräume für einen würdevollen Abschied zu bieten. Dazu haben wir einen Leitfaden. Kulturelle und religiöse Wünsche werden darin berücksichtigt, Informationen für verschiedene Religionsgemeinschaften gegeben. Wir legen Wert darauf, Patientenverfügungen zu berücksich-

tigen. Dazu besteht ein Ethik-Komitee. Eine Mitarbeiterin verfügt über die Weiterbildung Palliative Care und steht als Ansprechpartnerin für die gesamte Klinik zur Verfügung.

### **Umgang mit Verstorbenen**

Verstorbene sollten gemäß ihren Wünschen und ihrem religiösen Bekenntnis versorgt werden. Angehörige sollen die Möglichkeit zum Abschied erhalten. Die administrativen Aufgaben, die Versorgung des Verstorbenen und der Umgang mit dessen Angehörigen sind jeweils geregelt. Zur Verabschiedung können die Einzelzimmer der Klinik genutzt werden. Zudem verfügen wir über eine eigene Kapelle und einen Friedhof, auf dem Bestattungen möglich sind. Auf Wunsch können Trauerfeiern auf den Stationen durchgeführt werden. Die Seelsorger stehen auch Angehörigen zur Verfügung.

## 2 Mitarbeiterorientierung

### **Planung des Personalbedarfs**

Der Personalbedarf wird innerhalb der geltenden Budgets so geplant, dass das Behandlungsergebnis sichergestellt wird und die Mitarbeiter entsprechend ihren Qualifikationen eingesetzt werden können. Dazu werden verschiedene Personalbedarfszahlen genutzt, etwa Vorgaben aus der Psychiatrie-Personalverordnung oder Berechnungen aus Leistungszahlen. Budgetverantwortlich sind die Chefarzte bzw. Pflegedienstleitungen. In der Forensik folgt die Personalausstattung amtlichen Vorgaben. Zur Rekrutierung von Ärzten bestehen umfangreiche Aktivitäten, die auch eine verstärkte Anwerbung im Ausland vorsehen.

### **Personalentwicklung/ Qualifizierung**

Wir bieten unseren Mitarbeitern umfangreiche Möglichkeiten zur Weiterentwicklung ihrer fachlichen Fähigkeiten. Die erforderlichen Qualifikationen sind in entsprechenden Aufgaben- und Tätigkeitsbeschreibungen festgelegt. In jährlichen Mitarbeitergesprächen wird der Entwicklungsbedarf mit Wünschen unserer Mitarbeiter abgeglichen. Die getroffenen Zielvereinbarungen werden in einer zentralen Datei erfasst und überwacht. Wir bieten ein umfassendes Angebot an Fort- und Weiterbildung. Die Inhalte richten sich nach dem Bedarf der Klinik und unseren Mitarbeitern. Zudem besteht ein strukturiertes Führungskräfte nachwuchsprogramm. Die Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten unterstützen wir durch Teilzeitarbeitsplätze.

### **Einarbeitung von Mitarbeitern**

Neue Mitarbeiter werden fachlich und sozial in ihr neues Arbeitsgebiet eingewiesen. Sie sollen dadurch möglichst schnell selbständig arbeiten können. Die Einarbeitung wird durch einen Paten sichergestellt, der vom Vorgesetzten bestimmt wird. Zur Überprüfung besteht eine Checkliste zur Dokumentation der Einarbeitung in wichtigen Punkten. Zudem erhalten neue Mitarbeiter eine Mappe mit umfangreichen Informationen für neue Beschäftigte. In einem quartalsweisen Einführungstag werden sie mit unserer Klinik vertraut gemacht. Während der Einarbeitungszeit erhalten die neuen Mitarbeiter in mindestens drei Personalgesprächen Rückmeldung.

### **Ausbildung**

Der Klinik ist eine Gesundheits- und Krankenpflegeschule mit 25 Plätzen angegliedert. Außerdem bildet die Klinik betrieblich in den Bereichen Verwaltung und Handwerk aus und ist im Verwaltungsbereich Partner einer Hochschule. Wir stellen eine qualitativ hochwertige Ausbildung sicher und legen auf Theorie-Praxis-Transfer hohen Wert. In der Gesundheits- und Krankenpflegeschule folgen die Praxisphasen einem Versetzungsplan. Für alle ausbildenden Stationen bestehen Lernzielkataloge. Weitergebildete Praxisanleiter stellen einen hohen Lernerfolg sicher, der durch Evaluationen und Leistungsnachweise überprüft wird. In den Berufsausbildungen haben die Anleiter die Ausbildereignungsprüfung abgelegt.

### **Fort- und Weiterbildung**

Ziel unserer Fort- und Weiterbildung ist die persönliche und fachliche Weiterbildung der Mitarbeiter. Dazu steht ein festgelegtes Budget zur Verfügung, das in einen ärztlich-therapeutischen und einen forensischen Schwerpunkt sowie ein pflegerisches Programm investiert wird. Im ärztlich-therapeutischen Bereich finden mehrmals wöchentlich Schulungen statt. Zudem werden externe Fortbildungen bezuschusst. Die fachärztliche Weiterbildung in mehreren Fachrichtungen folgt den Curricula der Ärz-

tekammer. Übergreifend bietet die LVR-Akademie verschiedene Angebote.

### **Mitarbeiterorientierter Führungsstil**

Unsere Grundsätze für die Mitarbeiterführung sind im Leitbild festgelegt. Kommunikation und Teamgeist sind dabei wichtige Punkte. Wichtigstes Führungsinstrument sind jährliche Mitarbeitergespräche, die einem Leitfaden unseres Trägers folgen. Hierbei können auch Vereinbarungen getroffen werden. Im Klinikverbund besteht ein Programm zur Führungskräfteentwicklung, das über zwei Jahre verschiedene Studienmodule beinhaltet. Weiblichen Führungskräften kann zur Karriereförderung ein Mentor zugeordnet werden. Um Mitarbeiter bei der strategischen Ausrichtung zu beteiligen besteht z. B. hinsichtlich ökonomischer Aspekte Transparenz.

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

Die Arbeitszeiten in unserem Haus werden mit dem Ziel hoher Effizienz mit gleichzeitiger Planungssicherheit für die Mitarbeiter geregelt. Sie orientieren sich an gesetzlichen und tarifvertraglichen Regelungen sowie Vereinbarungen mit dem Betriebsrat. Es besteht eine hohe Zahl verschiedener Zeitmodelle, die auch individuell durch Gleitzeitregelungen sowie im Schichtdienst Dienstplanwünsche angepasst werden können. Die Arbeitszeiten werden über ein Dienstplanprogramm oder händisch erfasst und werden in den sicherheitstechnischen Begehungen mit überprüft.

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

Es besteht ein prämiengestütztes betriebliches Vorschlagswesen nach trägerweiter Vorgabe. Damit werden konstruktive Anregungen und Initiativen der Beschäftigten gefördert. Bewertungskriterien sind die Realisierbarkeit und Finanzierbarkeit der Vorschläge sowie die Vereinbarkeit mit Zielen der Klinik. Beschwerden können neben dem Dienstweg auch in einem Meckerkasten geäußert werden. Jede hier erfasste Beschwerde wird in den Qualitätslenkungsausschuss eingebracht. Außerdem gibt es verschiedene Stellen wie die Schwerbehindertenvertretung, den betriebsärztlichen Dienst oder den Personalrat, die für entsprechende Anliegen als Beschwerdestelle fungieren können.

## 3 Sicherheit

### **Arbeitsschutz**

Ziel des Arbeitsschutzes unserer Klinik ist es, die Mitarbeiter gesund zu erhalten. Der Arbeitsschutz ist durch den Träger in einem Leitfaden geregelt. Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit nimmt die Aufgaben aus der Trägerverwaltung heraus wahr. Neben dem Arbeitsschutzausschuss sind verschiedene Beauftragte z. B. für Gefahrstoffe, Brand- und Strahlenschutz bestellt. Für Unfälle besteht ein strukturiertes Meldeverfahren. Fremdfirmen, die auf unserem Gelände tätig werden, erhalten schriftliche Hinweise mit Sicherheitsanweisungen. Regelmäßig werden Sicherheitsbegehungen durchgeführt, in deren Rahmen auch Gefährdungsbeurteilungen erstellt werden.

### **Brandschutz**

Ziel unseres Brandschutzes ist die Brandverhütung und ggf. die Einleitung geeigneter Erstmaßnahmen. Außerdem wollen wir die Zahl der Falschalarme reduzieren. Eine Brandschutzordnung, Alarmpläne und Handlungsanweisungen liegen vor. Neben verpflichtenden Brandschutzunterweisungen finden Einweisungen neuer Mitarbeiter und Begehungen durch den Brandschutzbeauftragten statt. Unsere Hausfeuerwehr ist im Tagdienst einsatzbereit. Zum Schutz vor pyromanischen Neigungen von Patienten sind bedarfsweise schwer entflammbare Raumtextilien und Kleidungsstücke vorhanden.

### **Umweltschutz**

Wir sind nach EMAS (EU-Öko-audit) zertifiziert und dokumentieren damit unsere laufenden Bemühungen zum Umweltschutz. Sie richten sich nach unseren acht Umweltleitlinien. Zur Umsetzung besteht ein Umweltmanagementhandbuch. Ein Umweltmanagementbeauftragter ist bestellt und eine Umweltkommission tagt regelmäßig. Wichtige Ansatzpunkte sind der Wasser- und Energieverbrauch, das Abfallaufkommen sowie Abfallerfassung. Bereits bei der Beschaffung wird auf ökologisch vorteilhafte Produkte geachtet. Wir unterweisen unsere Mitarbeiter und informieren u. a. durch eine eigene Zeitung „Umwelt-News“.

### **Katastrophenschutz**

Ziel unserer Vorsorge für den Katastrophenplan ist der Schutz unserer Patienten und Klinikangehörigen. In den Katastrophenschutz nach Landesrecht sind wir nicht eingebunden, sind jedoch Evakuierungsort unserer Partnerklinik in Duisburg. Für unsere Klinik besteht ein Gefahrenabwehrplan, der u. a. einen Alarmplan, Hinweise für Evakuierungen, eine Epidemie- und Pandemieplanung sowie Planungen für den Störfall in der Forensik enthält. Die verantwortlichen Mitarbeiter erhalten ein Exemplar des Plans, relevante Teile werden allen Mitarbeitern bekannt gemacht.

### **Nichtmedizinische Notfallsituationen**

Mit unserer Planung für nichtmedizinische Notfallsituationen stellen wir die Sicherheit unserer Patienten und Mitarbeiter auch unter schwierigen Bedingungen sicher. Dazu besteht ein Gefahrenabwehrplan. Notfallmeldungen werden von der Zentrale entgegengenommen, deren Mitarbeiter entsprechend der Alarmpläne die vorgesehenen Funktionsträger informieren. Für die Forensik ist ein umfangreiches Gefahrenmanagementsystem mit regelmäßigen Schulungen der Mitarbeiter etabliert.

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

Für Patienten, die sich oder andere gefährden, bieten wir besondere Betreuung an.

Damit erhalten auch unsere Mitarbeiter Rechtssicherheit im Umgang. Es besteht eine große Zahl von Regelungen für verschiedene Patientengruppen, für die besondere Aufsichtspflicht gilt. Dazu stehen auch Kriseninterventionsbereiche zur fachgerechten Isolierung und Fixierung von Patienten bereit. Zudem werden Mitarbeiter im kontrollierten Umgang mit Gewalt und Aggression sowie in Deeskalationsverfahren geschult. Zur Meldung von Beinahezweischenfällen unterhalten wir ein entsprechendes Meldesystem (CIRS).

### **Medizinisches Notfallmanagement**

Ziel unseres medizinischen Notfallmanagements ist es, jederzeit und an jedem Ort eine rasche Erstversorgung sicherzustellen. Das Vorgehen haben wir in Leitfäden geregelt und halten entsprechende Notfallausrüstungen vor, der Arzt vom Dienst verfügt über einen standardisierten Rettungsrucksack. Bei Reanimationsbedarf wird stets der externe Notarzt hinzugerufen. Mitarbeiter mit Patientenkontakt werden regelmäßig im Notfallmanagement geschult. In der Neurologie lernen wir in Nachbesprechungen aus den Erfahrungen in Notfallsituationen.

### **Hygienemanagement**

Die Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und Abläufe für die Hygiene in unserer Klinik sind in einem Hygienehandbuch geregelt. Für Fragen zu Hygienebelangen besprechen qualifizierte Mitarbeiter die Lage vor Ort und schlagen Lösungen vor. Vorbeugend führen wir Begehungen und Reinigungskontrollen durch. Außerdem ist es uns wichtig, Mitarbeiter zu informieren und zu schulen. Dazu sind für alle Mitarbeiter verbindlich jährlich Hygieneschulungen zu besuchen. Die Hygienefachkräfte tauschen regelmäßig ihre Erfahrungen u.a. in der Hygienekommission aus. In der Speiseversorgung ist ein HACCP-Konzept umgesetzt, in dem auch umfangreiche Selbst- und Fremdüberprüfungen vorgesehen sind.

### **Hygienerrelevante Daten**

Wir erfassen zeitnah Informationen über relevante Infektionen und Erreger und werten diese Informationen aus. Dazu bestehen festgelegte interne und externe Meldewege. Für gehäufte Infektionen mit Noroviren oder Influenza sind Maßnahmen im Gefahrenabwehrplan definiert. Die Laborstatistiken überwachen wir regelmäßig auf Auffälligkeiten im Infektionsbereich. Für Patienten der Abteilungen Neurologie und Geriatrie führen wir ein Screening-Verfahren zur MRSA-Besiedelung durch. Die Keimresistenzstatistik werten wir laufend aus, ergreifen Maßnahmen und besprechen die Ergebnisse jährlich in der Hygienekommission und thematisieren dabei auch die verwendeten Antibiotika.

### **Infektionsmanagement**

Im Rahmen des Infektionsschutzes schützen wir unsere Patienten und Mitarbeiter präventiv, vermeiden und verhindern Infektionen. Die hygienesichernden Maßnahmen sind vor allem im Hygienehandbuch sowie in Reinigungs- und Desinfektionsplänen beschrieben. Durch ein engmaschiges Kontrollsystem erkennen wir Problematiken frühzeitig. Dazu gehört die Überprüfung des Ausbildungsstands der Mitarbeiter durch Schulungen ebenso wie die stationsweise Messung des Verbrauchs an Desinfektionsmitteln. Für viele spezielle Infektionen bestehen hausangepasste Verfahrensanweisungen, ergänzend gelten die Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts.

### **Arzneimittel**

Durch eine eigene Apotheke können wir jederzeit eine schnelle und wirtschaftliche Versorgung mit Arzneimitteln sicherstellen. Es besteht eine Arzneimittelkommission. Zur umfassenden Patientenaufklärung über Arzneimittelgruppen und einzelne Medikamente verfügen wir über Aufklärungsbögen, die Bestandteil unserer Behandlungspfade sind. Zwischenfälle und Beinahe-Zwischenfälle der Arzneimittelversorgung können über ein CIRS gemeldet werden. Der Umgang mit Betäubungsmitteln ist gesondert geregelt, diese Regelungen sehen auch eine Wissensüberprüfung der Auszubildenden vor.

### **Blutkomponenten und Plasmaderivate**

Blutprodukte kommen in unserer Klinik als Immunglobuline und selten als Gerinnungsfaktoren zum Einsatz. Einen sicheren Umgang stellen ein transfusionsverantwortlicher Arzt und ein Transfusionsbeauftragter sicher, auch eine Transfusionskommission ist eingerichtet. U. a. in einer Leitlinie ist der Umgang mit Blutprodukten geregelt. Wir dokumentieren jedes Blutprodukt chargen- und patientenbezogen, besondere Vorkommnisse können über das CIRS gemeldet werden.

### **Medizinprodukte**

Die Zuständigkeiten für die Funktionsfähigkeit, Verfügbarkeit und adäquate Anwendung von Medizinprodukten sind in einem eigenen Organigramm geregelt. Die Medizinproduktebeauftragten jeder Station können zudem im Intranet ermittelt werden. Die Einweisungen in technische Medizinprodukte werden – ggf. mit der Ersteinweisung beginnend – im Medizinproduktebuch dokumentiert. Die Mitarbeiter, die solche Produkte anwenden, führen zudem ein persönliches Nachweisheft. Für die Prüfung und Instandhaltung energetischer Medizinprodukte besteht ein Vertrag mit einem Fachunternehmen.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

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

Durch unsere Informations- und Kommunikationsstrategie stellen wir die notwendigen Informationen für unsere Aufgaben jederzeit bereit. Unser Träger hat dazu ein Rahmenkonzept vorgegeben. Die Datenverarbeitung ist durch Notstrom ausfallsicher ausgelegt. Wichtiges Instrument ist unser Krankenhausinformationssystem, in dem Patientendokumentation und –steuerung erfolgen. Der Zugriff ist u. a. durch ein Zonen-Rollen-Konzept gesichert. Zur Unterstützung der Mitarbeiter besteht eine Hotline, die auch an Feiertagen erreichbar ist.

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

Durch die einheitliche Dokumentation stellen wir eine ordnungsgemäße Patientenversorgung sicher, informieren alle an der Behandlung Beteiligten und können so die Einhaltung gesetzlicher Regelungen sicherstellen. Dazu besteht ein Konzept zur Dokumentation von Patientendaten, die sowohl elektronisch als auch ergänzend in Papierform geführt werden. Die Vollständigkeit der Aktenführung wird durch Stichproben sowie ärztliche Durchsicht jeder Akte überprüft.

### **Verfügbarkeit von Patientendaten**

Auf relevante Patientendaten kann jederzeit zugegriffen werden. Es ist klar geregelt, welche Informationen in der elektronischen Akte und welche ggf. in Papierform zu dokumentieren sind. Für die elektronische Akte ist der Zugriff über ein Zonen-Rollen-Konzept gesichert, im forensischen Bereich bestehen weitergehende Sicherungsmaßnahmen, die auch die Papierakten betreffen. Ein zentrales Archiv nimmt ältere Akten auf. Werden Akten entnommen, wird dies in der BADO vermerkt. Dadurch kann ihr Standort jederzeit nachvollzogen werden.

### **Information der Krankenhausleitung**

Wir haben sichergestellt, dass die Krankenhausleitung durch strukturierte Vorgaben jederzeit über die Vorgänge in unserem Haus informiert ist. Dazu pflegen die Vorstandsmitglieder eine Politik der offenen Tür als Möglichkeit zu Äußerungen von Meinungen und Beschwerden der Mitarbeiter. Auf Trägerebene erhält der Vorstand Protokolle von Sitzungen der entscheidenden Gremien. Über interne Vorgänge ist der Vorstand auch über die Teilnahme an Gremiensitzungen, Protokollverteiler und Kennzahlensysteme informiert. Für den Fall besonderer Vorkommnisse bestehen Meldewege.

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

Wir teilen intern und extern relevante Daten mit und ermöglichen so weiteren Beteiligten eine effiziente Therapie. Unser internes Besprechungswesen ist in unserer Informations- und Kommunikationsstruktur beschrieben. Zur Informationsweitergabe nach außen bestehen klare Regelungen, so z.B. in Verträgen zur integrierten Versorgung oder über den Kontakt zum Jugendamt. Zudem bestehen im Gefahrenabwehrplan Regelungen zur Krisenkommunikation. Patienten und Angehörige werden über Informationsschriften und Informationsveranstaltungen zielgruppengerecht beteiligt.

### **Organisation und Service**

Die Zentrale mit Telefonzentrale als wichtige Auskunftsstelle ist rund um die Uhr besetzt, in der Kernzeit mit mehreren Mitarbeitern. Diese werden regelmäßig weiterge-



bildet, etwa im Umgang mit schwierigen Menschen. Für die Forensik bestehen drei Pforten mit spezifisch weitergebildeten Mitarbeitern, die auch Supervision erhalten. Regelungen für kritische Situationen sind im Gefahrenabwehrplan getroffen. Die Mitarbeiter der Pforte erteilen generell keine patientenbezogenen Auskünfte. Ggf. fragen sie bei den Stationen nach.

### **Regelungen zum Datenschutz**

Durch unser Datenschutzkonzept sichern wir sensible Daten von Patienten und Mitarbeitern vor unberechtigtem Zugriff. Um die Vorgaben des Gesetzgebers und Trägers zu erfüllen, ist ein Datenschutzbeauftragter bestellt. Der Zugriff auf elektronische Daten ist durch ein Zonen-Rollen-Konzept und Zugriffssicherungen geschützt. Im Mittelpunkt des Datenschutzes stehen die Mitarbeiter, die geschult sind und im Rahmen von Audits nach Jahresplanung auf Verbesserungsmöglichkeiten hingewiesen werden. Auch Mitpatienten werden möglichst auf die Wahrung des Datenschutzes untereinander hingewiesen.

## 5 Führung

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

Grundlage unserer Vision sind die übergeordnet festgelegten Ziele des Trägers. Diese Ziele sind als Balanced Scorecard definiert, die neben den generischen Perspektiven Kunden, Finanzen, Prozesse und Mitarbeiter noch die Perspektive Kommunen aufführt. Durch das Leitbild formulieren wir gemeinsame Werte und Normen als Orientierungsrahmen. Es wurde in Abstimmung mit Mitarbeitern verschiedener Bereiche erstellt. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht ein eigenes Leitbild. Unser Leitbild soll Grundlage bei Besprechungen und Mitarbeitergesprächen sein und wird regelmäßig kommuniziert. Über die daraus abgeleitete Qualitätspolitik werden Dimensionen des Leitbilds auch in Kennzahlen für den Vorstand erfasst.

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

Durch unsere vertrauensfördernden Maßnahmen steigern wir die Zufriedenheit der Mitarbeiter und tragen zur Mitarbeiterbindung bei. Unsere Mitarbeiterorientierung zeigt sich bereits in unserem Leitbild. Durch Einhaltung der Gleichbehandlungsgrundsätze im Sinne eines Gender Mainstreaming, die Zusammenarbeit des Vorstands mit der Mitarbeitervertretung sorgen wir für Vertrauen und nehmen unsere Fürsorgepflicht auch in Bereichen wie Betrieblichem Eingliederungsmanagement und Supervision ernst. Verschiedene gesellschaftliche Aktivitäten stiften zudem Gemeinsamkeit.

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

Weltanschauliche, kulturelle und religiöse Bedürfnisse unserer Patienten berücksichtigen wir strukturiert. Wir bieten spezielle Sprechstunden für Patienten aus osteuropäischen Ländern an, die durch entsprechend fremdsprachige Mitarbeiter besetzt sind. Ergänzend zu den Angeboten der Seelsorger beider Konfessionen wird der Durchführung religiöser Riten Raum gegeben. Religiöse Wünsche bei der Speiserversorgung werden berücksichtigt. Es besteht ein interdisziplinär zusammengesetztes Ethikkomitee, dessen Aufgaben sich aus einer Satzung ergeben.

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

Die Ziele der Klinik sind eng mit denen des Verbundes mit weiteren Kliniken in gleicher Trägerschaft verknüpft. Aus den Verbundzielen ist für unsere Klinik eine Balanced Scorecard abgeleitet worden, die sich in Abteilungsziele und auch persönliche Ziele für Abteilungsleitungen fortsetzt. Die Wirtschaftsplanung folgt in den verschiedenen Klinikbereichen unterschiedlichen Grundlagen wie Trägervorgaben zur voraussichtlichen Belegung, Budgetierung oder den Vorgaben der Fallpauschalensystematik (Neurologie). Zur Steuerung werden monatlich interne Controllingberichte zu Einzelaspekten und Leistungsdatenberichte erhoben und berichtet.

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

Kooperationen sind ein wichtiger Teil unserer Arbeit. Entsprechende Ziele finden sich in den aktuellen Klinikzielen. Es besteht eine Übersicht über die vielfältigen Kooperationen, mit der ein systematischer Umgang sichergestellt werden soll. Die Kooperationsverträge werden schriftlich auf Formblättern festgehalten und ggf. rechtlich geprüft. Durch unsere Ausbildungs- und Praktikumsangebote schaffen wir einen Einstieg in attraktive Arbeitsplätze. Durch eine strategische Zielplanung für Mitarbeiter in

Mitarbeitergesprächen, den Ausschluss betriebsbedingter Kündigungen und flexible Arbeitszeiten schaffen und sichern wir attraktive Arbeitsplätze. Durch vielfältige Aktivitäten unserer Mitarbeiter als Dozenten und fachliche Ansprechpartner, Mitgliedschaften in Traumanetzwerken und die Teilnahme an Umweltprojekten im Rahmen der EMAS-Zertifizierung und weiteres übernehmen wir gesellschaftliche Verantwortung über unseren engen Versorgungsauftrag hinaus.

### **Festlegung einer Organisationsstruktur**

Durch unsere Organisationsstruktur definieren wir Verantwortungsbereiche inhaltlich, personell und budgetär, schaffen Transparenz und legen personelle Verantwortlichkeiten fest. Sie ist in einem Organigramm dargestellt das im Intranet verfügbar ist. Im Internet findet sich eine vereinfachte Fassung. Die Inhalte richten sich nach der Betriebssatzung des Trägers und die Klinikgeschäftsordnung. Für alle Stationen bestehen zudem Arbeits- und Organisationspläne.

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

Es ist unser Ziel, in den Leitungsgremien und Kommissionen schnell und effektiv unter Berücksichtigung der entsprechenden Fachkompetenzen die richtigen Entscheidungen zu treffen. Dazu bestehen für die einzelnen Gremien Satzungen oder Geschäftsordnungen, in denen die Zusammenarbeit geregelt ist. Eine Übersicht über Gremien und das Besprechungswesen ist für alle Mitarbeiter transparent im Intranet hinterlegt, woraus auch der vorgesehene Informationsfluss entnommen werden kann. Für Projekte sind stets eine organisatorische und inhaltliche Projektleitung sowie ein Projektpate aus dem Vorstand benannt. Für Kernprozesse sind die Abteilungsleiter zuständig.

### **Innovation und Wissensmanagement.**

Innovation und Veränderungsbereitschaft sind Bestandteil unseres Leitbildes. Instrumente zu deren Förderung sind u. a. Schulungen im Projektmanagement, ein ausgebautes betriebliches Vorschlagswesen sowie ein strukturiertes Wissensmanagement. Letzteres umfasst das Dokumentenmanagementsystem Curator mit Leitlinien, Konzepten und Standards der Klinik und ein Intranet mit weiterführenden Informationen. Durch diese Maßnahmen werden unsere Mitarbeiter zu innovativem Arbeiten befähigt und haben Zugriff auf gemeinsames Wissen.

### **Externe Kommunikation**

Ziel unserer Öffentlichkeitsarbeit ist es, die Wahrnehmung der Klinik weiter zu verbessern und den umfassenden Informationsaustausch extern und innerhalb der Klinik zu fördern. Dazu bestehen verschiedene Jahresplanungen. Diese umfassen eine ganze Reihe von Veranstaltungen für unterschiedliche Zielgruppen. Hierbei wird auch mit Selbsthilfegruppen zusammengearbeitet. Daneben besteht ein Forensikbeirat, in dem mit Nachbarn der Klinik und kommunalen Vertretern zusammengearbeitet wird, um durch Transparenz das Verständnis für die Forensik zu steigern. Außerdem sind schriftliches Informationsmaterial und ein Webauftritt verfügbar.

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

Durch eine systematische Beschäftigung mit Risiken ist es unser Ziel sicherzustellen, dass diese erkannt und bewertet werden, damit wir die entsprechenden Maßnahmen ableiten können. Dadurch wollen wir vermeiden, dass aus Risiken Schäden entstehen. Identifizierte Risiken sind in einer Risikomappe aufgeführt und hinsichtlich Ein-

trittswahrscheinlichkeit und Schadenspotenzial bewertet. Für das klinische Risikomanagement besteht ein CIRS. Auf der Trägerebene besteht zudem ein Meldewesen Besondere Vorkommnisse. Zur frühzeitigen Identifikation wirtschaftlicher Risiken besteht ein Frühwarnsystem, dessen Eignung durch Wirtschaftsprüfer bestätigt wird.

## 6 Qualitätsmanagement

### **Organisation**

Unsere Klinik nutzt das KTQ-Modell als Qualitätsmanagementsystem. In einer Stabsstelle sind Qualitätsmanagementbeauftragte für alle Bereiche der Klinik zusammengefasst. Die Qualitätsmanagementbeauftragten sind umfassend geschult. Es besteht ein Konzept für das Qualitätsmanagement und ein eigenes Organigramm. Durch den Qualitätslenkungsausschuss mit Vorstandsmitgliedern und allen Qualitätsmanagementbeauftragten ist eine unmittelbare Berichtstellung an die Leitung möglich. Mitarbeiter aus einzelnen Abteilungen werden durch Projektgruppen beteiligt. Durch regelmäßigen Austausch innerhalb des Verbundes werden best-practice-Modelle genutzt. Der Erfolg der Qualitätsmanagements wird in halbjährlichen Berichten des QM-Kennzahlensystems überwacht.

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

Über das Prozessmanagement stellen wir die internen Abläufe transparent dar und identifizieren Verbesserungspotenziale. Wir verwenden Prozessoptimierungsmethoden wie die Ereignis-Prozess-Ketten-Methode und Flussdiagramme. Kernprozesse sind dabei Aufnahme, Entlassung sowie die wesentlichen Prozesse der Patientenversorgung. Die Erreichung der Prozessziele überprüfen wir teilweise in Kennzahlen. Außerdem werden Mitarbeiter und Patienten hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit Prozessabläufen befragt.

### **Patientenbefragung**

Ziel unserer Patientenbefragungen ist die systematische Erhebung von Anregungen der Patienten, um diese zur Verbesserung unserer Dienstleistung zu nutzen. Durch die Verwendung eines getesteten Fragebogens in allen Kliniken des Trägers liegen Daten mit hoher Validität vor. Außerdem können wir unsere Ergebnisse dabei mit denen anderer Träger vergleichen. Das Vorgehen ist in einem Konzept beschrieben. Darüber hinaus führen wir Befragungen mit Kooperationspartnern durch und erhalten so weitere Vergleichsdaten – etwa aus einer Zusammenarbeit mit der AOK NRW in der Neurologie, wo wir ein sehr gutes Ergebnis erzielten. Eine hohe Patientenzufriedenheit ist uns generell ein wichtiges Ziel.

### **Befragung externer Einrichtungen**

Wir ermitteln systematisch bei externen Einrichtungen, mit denen wir zusammenarbeiten, deren Zufriedenheit mit unseren Leistungen sowie Anregungen und Verbesserungspotenziale. Damit erreichen wir eine hohe Bindung unserer Kooperationspartner, können die Abläufe optimieren und erfahren frühzeitig von Möglichkeiten zur Weiterentwicklung. Das Fragebogeninstrument und das Vorgehen sind beschrieben. In erster Linie führen wir die Befragungen online durch. Da wir im Klinikverbund die gleichen Fragebögen verwenden, wird künftig ein Benchmark möglich sein.

### **Mitarbeiterbefragung**

Mitarbeiterorientierung ist uns ein wichtiges Anliegen und eine der Perspektiven unserer an einer Balanced Scorecard orientierten Ergebnismessung. Ein Element ist die strukturierte Erhebung von Meinungsbildern der Mitarbeiter, um daraus Verbesserungen ableiten zu können. Das Vorgehen ist in einem Leitfaden festgehalten. Um u. a. Objektivität und Anonymität zu gewährleisten, wird die Erhebung durch ein externes Institut durchgeführt. In den Kliniken des Trägers werden gleiche Fragebögen erhoben, weshalb ein Benchmark in vielen Bereichen möglich ist. Neben dieser zent-

ralen Befragung führen wir je nach Bedarf auch klinikinterne spezielle Befragungen durch, etwa laufend bei neuen Mitarbeitern oder nach Bedarf, aktuell etwa zu den Therapieangeboten am Wochenende oder zum Schichtdienst im Pflegebereich. Die Ergebnisse werden jeweils zunächst dem Qualitätslenkungsausschuss und dann den Mitarbeitern der Abteilungen vorgestellt.

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

Durch unser strukturiertes Beschwerdemanagement ermitteln wir bei Patienten, Angehörigen, externen Partnern und Mitarbeitern Verbesserungspotenziale. Dazu unterhalten wir eine Fülle an Kommunikationswegen und Ansprechpartner, um die Abgabe von Beschwerden so leicht wie möglich zu machen. Patienten und Angehörige werden über Flyer und Informationsblätter über das Beschwerdemanagement informiert. Die Rückmeldungen werden von uns zentral erfasst und ausgewertet.

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

Neben den extern geforderten qualitätsrelevanten Daten erheben wir weitere wichtige Kennzahlen und Indikatoren für die Qualität. Dazu unterhalten wir ein Kennzahlensystem, das sich an den fünf Perspektiven der Qualitätspolitik orientiert und für die dort festgelegten Qualitätsziele wo möglich messbare Kennzahlen aufweist. Außerdem nutzen wir Routinedaten. Externe Ziele leiten wir teilweise aus Fachempfehlungen oder Benchmarks der externen Qualitätssicherung ab. Das Vorgehen haben wir in einem Konzept mit Verfahrensanweisung verbindlich geregelt.

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

Die Ergebnisse aus externen Qualitätssicherungsmaßnahmen werden in das interne Qualitätssicherungssystem übernommen. Damit stellen wir sicher, dass Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung abgeleitet werden. Nach Möglichkeit werden bestimmte Daten direkt aus den Routinedaten des Krankenhausinformationssystems generiert. Die Daten werden dann – besonders bei Auffälligkeiten – in den Fachabteilungen besprochen.