



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	LVR-Klinik Bedburg-Hau
Institutionskennzeichen:	260510962
Anschrift:	Bahnstraße 6 47551 Bedburg-Hau
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2017-0025 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	03.07.2017
bis:	02.07.2020
Zertifiziert seit:	03.07.2008

Inhaltsverzeichnis

Inhalt

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung.....	5
Die KTQ-Kategorien.....	7
1. Patientenorientierung	7
2. Mitarbeiterorientierung	9
3. Sicherheit - Risikomanagement.....	11
4. Informations- und Kommunikationswesen.....	14
5. Unternehmensführung.....	15
6. Qualitätsmanagement	17

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 und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). 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,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Unternehmensführung 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.

Während 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.

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 55 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 2015.

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen 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 abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und
Pflegekassen auf Bundesebene

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

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 psychisch und neurologisch erkrankter Menschen. Die Einrichtung verfügt 2017 über 923 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 alten 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 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 in der Abteilung Soziale Rehabilitation.

Die Abteilung Soziale Rehabilitation ist nicht Gegenstand der Zertifizierung.

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Um den stationären und teilstationären Aufenthalt unserer Patienten optimal vorzubereiten, stellen wir eine Reihe von Informationsmaterialien bereit. Patienten und deren Angehörige können sich z.B. über die Homepage, diverse Flyer und Broschüren sowie in den Sprechstunden über unser Behandlungsangebot informieren. Die Klinik verfügt über eine eigene Bus- und Regionalbahnhaltestelle und ist sowohl mit öffentlichen Verkehrsmitteln als auch mit dem PKW gut zu erreichen. Die Anfahrtswege sind aus allen Richtungen umfassend beschildert, ausreichend Parkplätze stehen zur Verfügung. Innerhalb des Klinikgeländes dient das Wegeleitsystem bestehend aus Hinweisschildern und Lageplänen der Orientierung. In Abhängigkeit von Indikation, Pflegeintensität, Rechtsform und Alter wird der Patient einer Station zugewiesen. Für Notfälle ist die Klinik jederzeit aufnahmebereit.

1.1.2 Leitlinien und Standards

Bei der Behandlung unserer Patienten orientieren wir uns am aktuellen Stand des Wissens. Die Leitlinien der Fachgesellschaften und der Bundesärztekammer sowie jene des Landesbeauftragten in der Forensik sind dafür maßgeblich. Hieraus abgeleitet haben wir zahlreiche interne Leitlinien und Standards erarbeitet, nach denen sich unser Handeln richtet. Orientiert an den Expertenstandards sind z.B. in der Pflege eine Reihe von Standards etabliert. Im Rahmen von Visiten und Dokumentationsaudits überprüfen wir die Umsetzung der Leitlinien und Standards in der Praxis.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Die Wahrung der Patientenrechte ist uns ein zentrales Anliegen und daher umfassend geregelt. Zur Einbeziehungen des Patienten in die Behandlung bieten wir eine Reihe von Fortbildungen an. Angehörige integrieren wir z.B. im Rahmen der familialen Pflege, Elterntrainings sowie den Angehörigensprechstunden und -gruppen. Die Seelsorge sowie diverse Selbsthilfegruppen bieten unseren Patienten Unterstützung während der Behandlung an. Verschiedene Regelungen und bauliche Anordnungen stellen die Gewährleistung der Privatsphäre unserer Patienten sicher.

1.1.4 Ernährung und Service

Mit dem Ziel, unseren Patienten eine schmackhafte und ernährungsphysiologisch optimale Verpflegung anzubieten, haben wir einen wöchentlichen Menüplan bestehend aus fünf Vollkostmenüs und verschiedenen Diätkostformen entwickelt. Zwei Diätassistenten stehen bei Bedarf für eine Ernährungsberatung zur Verfügung. Zudem sind wir bestrebt, unseren Patienten ein vielfältiges Serviceangebot bereitzustellen. Neben den Patientenzimmern stehen unseren Patienten und Besuchern u.a. ein Café, eine Bibliothek, ein Snoezelraum sowie diverse kulturelle Angebote offen. Den religiösen Bedürfnissen unserer Patienten tragen wir z.B. mit der Klinikkirche sowie den Pfarrern und Seelsorgern Rechnung.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Im Rahmen unseres Pflichtversorgungsauftrags stellen wir die Aufnahmebereitschaft von psychiatrischen Notfallpatienten im Einzugsgebiet jederzeit sicher. Hierfür sind ein psychiatrischer und psychologischer Bereitschaftsdienst sowie ein fachärztlicher Hintergrunddienst eingerichtet. Psychiatrische Notfälle werden von der Leitstelle angemeldet und an den Arzt bzw. Psychologen sowie die zuständige Pflegekraft übergeben. Für Einweiser sind in jeder Abteilung feste Ansprechpartner benannt. Bei Kriseninterventionen können die Alarmgruppe bzw. Pendelwachen über

die Notfallsysteme verständigt werden. Der diensthabende Arzt nimmt im Rahmen der Ersteinschätzung eine Priorisierung der Notfallpatienten vor und legt die notwendige Diagnostik sowie erste therapeutische Maßnahmen fest. Angehörige werden sofern möglich - in der Kinder- und Jugendpsychiatrie jedoch stets - in die Erstversorgung einbezogen.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Mit einem umfangreichen ambulanten Behandlungsangebot wollen wir unseren Patienten das Verbleiben im häuslichen Umfeld weitestgehend ermöglichen. Neben der Institutsambulanz sind diverse Fach- und Spezialambulanzen sowie ambulante Außenstellen eingerichtet. Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen sind im Aufbau. Außerhalb der Öffnungszeiten der Ambulanzen ist die Versorgungsbereitschaft unserer Klinik über den diensthabenden Arzt jederzeit sichergestellt. Der weiterbehandelnde Arzt wird über den Kurzbericht sowie Kopien relevanter Befunde und Untersuchungsergebnisse umfassend über den Behandlungsverlauf informiert.

1.3.2 Ambulante Operationen

Als psychiatrisches Fachkrankenhaus führen wir keine ambulanten Operationen durch.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Die stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung bildet die Basis für die Festlegung der Therapie und erfolgt zeitnah. Die Abläufe haben wir elektronisch abgebildet und in Form von internen Leitlinien formalisiert. Die Anforderung von Labor- und weiterer Diagnostik erfolgt elektronisch, interne und externe Konsile werden per Konsilschein beauftragt. Status, Anamnese, Lebensumstände und Risiken der Patienten finden bei der Diagnostik und Behandlungsplanung ausreichend Berücksichtigung. Zur Information unserer Patienten setzen wir standardisierte Aufklärungsformulare ein. Die verschiedenen Visiten und Besprechungen dienen der Abstimmung im interdisziplinären und multiprofessionellen Behandlungsteam.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die therapeutischen Prozesse an unserer Klinik richten sich nach dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand sowie Best-Practice-Erfahrungen. Die Grundlage für die Planung der Therapie bilden zahlreiche abteilungs- bzw. störungsspezifische Konzepte und Standards angelehnt an die Leitlinien der Fachgesellschaften. Eine medikamentöse Therapie oder Mobilisierung wird auf Basis der Leitlinien und Standards bei Bedarf durch den behandelnden Arzt angeordnet. Zur Vermeidung von Komplikationen sind prophylaktische Maßnahmen Bestandteil der erarbeiteten Standards. Unsere Mitarbeiter schulen wir regelmäßig in internen und externen Fortbildungen.

1.4.3 Operative Prozesse

Als psychiatrisches Fachkrankenhaus führen wir keine Operationen durch.

1.4.4 Visite

Visiten dienen dem patientenbezogenen Informationsaustausch im Behandlungsteam sowie der aktiven Einbeziehung des Patienten. Die Durchführung der Visiten ist in den Stationsordnungen geregelt. An den Visiten nehmen neben den Ärzten grundsätzlich auch Pflege- und Erziehungskräfte sowie ggf. weitere Berufsgruppen teil. Für eine mobile Visite stehen in allen Abteilungen Laptops mit WLAN-Verbindung zur Verfügung. Die Wahrung der Intimsphäre des Patienten während der Visite ist uns ein zentrales Anliegen. Aus diesem Grund finden unsere Visiten i.d.R. nicht in den Patientenzimmern statt.

1.5.1 Entlassungsprozess

Mithilfe eines strukturierten Entlassmanagements sowie einer kontinuierliche Weiterbetreuung gewährleisten wir eine optimale Patientenversorgung und sichern den Behandlungserfolg. Den Entlassprozess haben wir in einer Verfahrensanweisung standardisiert. Jede Abteilung verfügt über einen eigenen Sozialdienst, der die Zusammenarbeit mit den weiterversorgenden Einrichtungen koordiniert. Mit jedem Patienten führt das Behandlungsteam ein Entlassgespräch, bei Bedarf werden relevante Informationsmaterialien ausgehändigt und eine Entlassmedikation mitgegeben. Der Abstimmung mit den Weiterbehandlern und -betreuern dienen allen voran der Arztbrief und der Pflegeüberleitungsbogen.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Wir sind bestrebt, die Bedürfnisse Sterbender und deren Angehöriger im Sterbeprozess zu beachten und ihnen einen würdevollen Abschied zu ermöglichen. Aus diesem Grund haben wir einen Leitfaden zur Pflege und Begleitung Sterbender erarbeitet. Die Berücksichtigung kultureller und religiöser Wünsche ist uns im Sterbeprozess ein ebenso großes Anliegen wie die Bereitstellung angemessener Räumlichkeiten. Zum Vorgehen beim Vorliegen einer Patientenverfügung wird unser Personal geschult. Ausgewählte Mitarbeiter verfügen zudem über die Weiterbildung Palliative Care und stehen der gesamten Klinik als Ansprechpartner in diesem Bereich zur Verfügung.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Verstorbene Patienten versorgen wir gemäß ihren Wünschen und ihrem religiösen Bekenntnis und geben den Angehörigen ausreichend Möglichkeiten zur Verabschiedung. Der Leitfaden Versorgung Verstorbener regelt das Vorgehen. Hierin ist auch die Einbeziehung der Angehörigen und des sozialen Umfelds beschrieben. Auf allen Stationen können Einzelzimmer für die Verabschiedung genutzt und Räume für Trauerfeierlichkeiten hergerichtet werden. Zudem verfügen wir über einen eigenen Friedhof mit Kapelle. Das seelsorgerische Angebot unserer Klinik steht auch den Angehörigen und Betreuern offen.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

Um unseren Behandlungsauftrag erfüllen zu können, sind wir bestrebt, qualifizierte Mitarbeiter zu gewinnen und innerhalb der geltenden Budgets einzusetzen. Grundlage für die Personalbedarfsermittlung sind die PsychPV (Psychiatrie Personalverordnung), das InEK-Kalkulationsmodell (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) sowie die Vorgaben des Amtes für Maßregelvollzug. Auch Leistungskennzahlen, wie z.B. die Belegung oder erbrachte Scheine, fließen in die Berechnungen ein. Im ärztlichen Dienst ist eine Facharztquote, im pflegerischen Dienst eine Quote examinierter Pflegekräfte als Zielwert vorgegeben. Im Umgang mit Personalausfall und Engpässen haben wir im Pflege- und Funktionsdienst ein System zum internen Ausgleich von Personalbedarf etabliert.

2.1.2 Personalentwicklung

Unseren Mitarbeitern bieten wir umfangreiche Möglichkeiten zur Weiterentwicklung ihrer fachlichen und persönlichen Fähigkeiten. Verantwortlich für die Personalentwicklung ist jedes Vorstandsmitglied in seinem Bereich. Die erforderlichen Qualifikationen sind in Aufgaben- und Tätigkeitsbeschreibungen verankert. In den jährlichen Mitarbeitergesprächen werden neben Zusammenarbeit und Aufgabenerfüllung auch die persönliche Qualifizierung und Karriereplanung besprochen. Unser umfassendes Angebot an Fort- und Weiterbildung orientiert sich am strukturellen und persönlichen

Bedarf und ist schriftlich geregelt. Abteilungsleitungen und leitenden Oberärzte sind zudem in das Führungskräfteentwicklungsprogramm des Trägers eingebunden.

2.1.3 Einarbeitung

Das Einarbeitungskonzept regelt, wie neue Mitarbeiter fachlich und sozial in das neue Arbeitsumfeld eingewiesen werden und die erforderlichen Kenntnisse erwerben. Am ersten Arbeitstag erhalten die Mitarbeiter einen USB-Stick mit allen relevanten Informationen ausgehändigt. Quartalsweise wird ein Einführungstag angeboten, an dem neue Mitarbeiter mit der Klinik bekannt gemacht werden. Jedem Mitarbeiter wird ein Pate für die Phase der Einarbeitung zur Seite gestellt. In einem Einführungs-, Zwischen- und Abschlussgespräch wird die Einarbeitung gemeinsam mit dem Paten und dem direkten Vorgesetzten evaluiert.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Der Klinik ist eine Gesundheits- und Krankenpflegeschule mit 27 Plätzen angegliedert. In diesem Zusammenhang bestehen Kooperationsverträge mit diversen Gesundheitseinrichtungen für Praxiseinsätze. Zudem bilden wir Kaufleute, Verwaltungsfachangestellte und Informatikkaufleute sowie in diversen Handwerksberufe aus. Den Lernerfolg stellen wir über Evaluationen, Leistungsnachweise und Prüfungen sowie Gespräche mit den Praxisanleitern sicher. Die Klinik verfügt ferner über Weiterbildungsermächtigungen in den relevanten Bereichen. Das Angebot an Fort- und Weiterbildungen ist im klinikinternen und den Jahresfortbildungsprogrammen der LVR Akademie und des Trägers beschrieben. Jährlich steht ein festes Fort- und Weiterbildungsbudget zur Verfügung, das nach Berufsgruppen differenziert wird. Darüber hinaus fördert die Klinik diverse Studiengänge und Weiterbildungen, wie z.B. die Fachweiterbildung für psychiatrische Pflege.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

Bei der Gestaltung der Arbeitszeiten achten wir auf eine größtmögliche Effizienz bei zugleich hoher Planungssicherheit für die Mitarbeiter. Sämtliche gesetzlichen und tarifvertraglichen Regelungen werden selbstverständlich eingehalten. So sind diverse Arbeitszeitformen und Rahmendienstpläne für die verschiedenen Berufsgruppen etabliert. Eine familienfreundliche Arbeitszeitgestaltung gewährleisten wir über flexible Arbeitszeitmodelle sowie befristete Teilzeit oder Sonderurlaub. Ebenso werden Mitarbeiterwünsche bezüglich der Dienstplanung nach Möglichkeit berücksichtigt. Eine Stabsstelle Gleichstellung und Gender Mainstreaming ist beim Träger eingerichtet, ein externer Mobbingbeauftragter benannt.

2.1.6 Ideenmanagement

Konstruktive Anregungen und Initiativen der Beschäftigten im Hinblick auf die Arbeitsabläufe sollen gefördert werden. Aus diesem Grund wurde das Trägerkonzept "Von Ideen Profitieren" in unserer Klinik umgesetzt. Eingereichte Vorschläge werden in Abhängigkeit von Realisierbarkeit, Finanzierbarkeit und Vereinbarkeit mit den Zielsetzungen der Klinik bewertet. Anerkannte Vorschläge werden angemessen prämiert. Beschwerden können unsere Mitarbeiter über den Dienstweg sowie den Meckerkasten kommunizieren. Jede hier erfasste Beschwerde wird in den Qualitätslenkungsausschuss eingebracht. Des Weiteren fungieren u.a. auch der Personalrat, die Schwerbehindertenvertretung oder der Betriebsärztliche Dienst als Beschwerdestelle.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Klinische Risiken sollen systematisch erkannt, analysiert und deren Folgen verhindert oder minimiert werden. Seit 2011 ist an unserer Klinik ein CIRS-Konzept implementiert. Demgemäß werden eingegangene Meldungen an die CIRS-Beauftragten weitergeleitet, die diese bearbeiten und hieraus Maßnahmen ableiten. Durch das Qualitätsmanagement erhalten die Abteilungsleitungen monatlich einen Statusbericht CIRS. Im Umgang mit den Meldesystemen werden die Mitarbeiter im Rahmen der Einarbeitung geschult. Seit 2016 nimmt die Klinik zudem an einem krankenhausübergreifenden Meldesystem teil. Die Ausweitung des im Labor implementierten klinischen Risikomanagements auf die Gesamtklinik erfolgt 2017. Hierfür liegt ein Konzept des Trägers vor.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Unser Ziel ist es, die Sicherheit unserer Patienten stets zu gewährleisten und dabei gezielt auf deren Bedürfnisse einzugehen. Bereits im Rahmen der Anamnese werden potenzielle Risikofaktoren erhoben. Mittels individueller Behandlungs-, Pflege- und Betreuungsmaßnahmen stellen wir eine situationsgerechte Versorgung unserer Patienten sicher. Zugleich soll Rechtssicherheit für unsere Mitarbeiter hergestellt sowie deren körperliche und seelische Unversehrtheit gewahrt werden. Deshalb wurden verschiedene Regelungen für den Umgang mit aufsichtspflichtigen Patienten erarbeitet. Auch das Vorgehen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen ist an unserer Klinik umfassend geregelt. Zum Schutz unserer Mitarbeiter vor und nach Patientenübergriffen bieten wir z.B. Deeskalationstrainings an.

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

In medizinischen Notfällen wollen wir jederzeit und überall eine adäquate Reaktion sowie eine rasche Erstversorgung gewährleisten. Dazu haben wir das Vorgehen in medizinischen Notfallsituationen in Leitfäden beschrieben. Es stehen rund um die Uhr ein psychiatrischer und neurologischer Arzt sowie eine examinierte Pflegekraft pro Station zur Verfügung. In somatischen Reanimationsfällen wird ein externer Notarzt hinzugezogen. Die Notfallausrüstungen sind standardisiert und beinhalten ein Skript, das Notfallkette und praktisches Vorgehen beschreibt. Die Qualifikation unserer Mitarbeiter im medizinischen Notfallmanagement stellen wir über verpflichtende Ersthelfer- und Notfallschulungen sicher.

3.1.4 Organisation der Hygiene

Im Bereich der Hygiene ist es unser Ziel, Infektionen zu vermeiden, Übertragungen zu verhindern und somit die Sicherheit unserer Patienten und Mitarbeiter zu gewährleisten. Verantwortlich für das Hygienemanagement ist die Ärztliche Direktion. Die wesentlichen Regelungen zur Hygiene sind im Hygienehandbuch, dem Hygieneordner sowie der Geschäftsordnung der Hygienekommission zusammengefasst. Das Organigramm spiegelt die zentralen Funktionsträger und Verantwortlichkeiten, wie z.B. Krankenhaushygieniker, Hygienebeauftragte Ärzte, Hygienefachkräfte und Hygienebeauftragte in der Pflege wider. Die Informationswege bei hygienischen Mängeln sowie Informationsblätter für den Infektionsfall sind im Hygienehandbuch hinterlegt. In regelmäßigen Schulungen unterrichten wir unsere Mitarbeiter u.a. über Hände- und Personalhygiene, Infektionskrankheiten und die Nutzung persönlicher Schutzausrüstung. Das HACCP-Konzept (Vorgaben zur Hygiene) in der Nahrungsmittelzubereitung haben wir vollumfänglich umgesetzt.

3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement

Die Erfassung und Auswertung hygienerrelevanter Daten soll zeitnah und vollständig erfolgen. Im Bereich Infektionsmanagement sind wir bestrebt, Patienten und Mitarbeiter vor Infektionen zu schützen sowie im Falle einer Infektion die Infektionskette schnellstmöglich zu unterbrechen. Das Vorgehen für sämtliche Infektionen haben wir ausführlich in Form von Verfahrensanweisungen beschrieben, bei akuten viralen Infektionen greift das Ausbruchsmanagement. Maßnahmen zur Vermeidung von Infektionen durch die Wasserversorgung sowie zur Verbesserung der Händehygiene sind etabliert. Sowohl der interne als auch der externe Meldeweg bei Infektionskrankheiten ist im Hygienehandbuch beschrieben. Hygienerrelevante Untersuchungsergebnisse und Resistenzbestimmungen werden der Hygieneabteilung zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus werden die Antibiotikaverbräuche durch die Apotheke gemeldet und im Benchmark mit anderen Kliniken verglichen.

3.1.6 Arzneimittel

Unser Ziel ist es, über unsere klinikeigene Apotheke eine ordnungsgemäße und lückenlose Arzneimittelversorgung patientennah, schnell, wirtschaftlich, fehlerfrei und qualitätsgesichert zu gewährleisten. Jeder Patient soll zum richtigen Zeitpunkt das richtige Medikament in der richtigen Dosierung erhalten. Eine Arzneimittelkommission ist eingerichtet und tagt zweimal jährlich. Die Anforderung von Arzneimitteln erfolgt per Sammelbestellung bzw. Sonderanforderung bei nicht bevorrateten Medikamenten. Sämtliche Informationen über gelistete und nicht-gelistete Arzneimittel stehen online zur Verfügung, mit dem Ziel, Komplikationen in der Arzneimitteltherapie zu vermeiden. Zur zeitnahen und umfassenden Aufklärung unserer Patienten setzen wir standardisierte Aufklärungsbögen ein. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Zwischenfälle können über das CIRS gemeldet werden.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

Im Bereich der Labor- und Transfusionsmedizin ist es unser Ziel, eine größtmögliche Sicherheit für Patienten und Anwender zu gewährleisten sowie einen ökonomisch sinnvollen Umgang sicherzustellen. Hierzu haben wir einen Transfusionsverantwortlichen und -beauftragten benannt sowie eine Transfusionskommission eingerichtet. Der für unsere Klinik relevante Umgang mit Immunglobulinen und Gerinnungsfaktoren ist in diversen Dokumenten geregelt. Es findet sowohl eine patientenbezogene als auch eine chargenbezogene Dokumentation von Blutprodukten statt. Vorkommnisse in Zusammenhang mit Blutprodukten können über das CIRS-System gemeldet werden.

3.1.8 Medizinprodukte

Im Hinblick auf Medizinprodukte soll die Funktionsfähigkeit und Verfügbarkeit des Geräts sowie die Sicherheit des Patienten, Anwenders und Dritter stets gewährleistet sein. Im Organigramm Medizinprodukte haben wir deshalb Medizinprodukte-Betreiber, -Berater, -Verantwortliche und -beauftragte benannt. Erfolgte Einweisungen werden im Medizinproduktebuch sowie im persönlichen Nachweisheft jedes Mitarbeiters dokumentiert. Zusätzlich führt jede Station eine Schulungsmatrix, in der sie die Einweisungen pro Gerät und Mitarbeiter nachhält. Vorkommnisse in Zusammenhang mit der Anwendung von Medizinprodukten werden an den Medizinprodukte-Berater sowie das BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) weitergeleitet.

3.2.1 Arbeitsschutz

Die nachhaltige Gesunderhaltung der Mitarbeiter am Arbeitsplatz unter Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben ist uns ein zentrales Anliegen. Übergeordnet verantwortlich für den Arbeitsschutz ist der Vorstand, in den einzelnen Bereichen überprüfen die Betriebsärzte sowie die Fachkraft für Arbeitssicherheit die Einhaltung der Vorgaben. Ein Arbeitsschutzmanagementhandbuch ist in Erarbeitung. Etwa alle zwei Jahre sowie bei Bedarf findet eine Beurteilung der Arbeitsbedingungen statt, zusätzlich werden Gefährdungsbeurteilungen durchgeführt. Ein Gefahrstoffkataster ist erstellt und im Intranet hinterlegt. Betriebsanweisungen zum Umgang mit Gefahrstoffen liegen ebenfalls vor. Für meldepflichtige Unfälle ist ein strukturiertes Meldeverfahren etabliert.

3.2.2 Brandschutz

Brandfällen vorzubeugen und im Brandfall geeignete Erstmaßnahmen zu ergreifen ist oberstes Ziel unserer Klinik. Zugleich soll die Zahl der Fehl- und Täuschalarms kontinuierlich gesenkt werden. Für die organisatorische Umsetzung des Brandschutzes haben wir daher einen Brandschutzbeauftragten benannt und eine Brandschutzordnung erstellt. Zusätzlich verfügt unsere Klinik im Tagdienst über eine eigene Hausfeuerwehr. Die Prüfung der Brandmeldeanlage und der Löscheinrichtungen obliegt zertifizierten Fachfirmen. Das Schulungskonzept für unsere Mitarbeiter beinhaltet neben der allgemeinen Brandschutzunterweisung u.a. auch gebäudespezifische Brandschutzunterweisungen, Feuerwehr- und Sonderschulungen. Regelmäßig finden zudem Evakuierungsübungen statt.

3.2.3 Datenschutz

Sensible Patienten- und Mitarbeiterdaten sollen umfassend vor unberechtigtem Zugriff geschützt und die gesetzlichen und Trägervorgaben erfüllt werden. Datenschutzrelevante Regelungen sind an unserer Klinik in einem Datenschutzkonzept zusammengefasst. Auf Trägerebene ist ein Datenverantwortlicher benannt, die Klinik verfügt über einen eigenen Datenschutzbeauftragten. Es sind elektronische Sicherungen vor unerwünschten Zugriffen sowie eine Internetsperre implementiert und abgestufte Zugriffsrechte für die Mitarbeiter im trägerweiten Zonen-Rollen-Konzept definiert. Der Datenschutzbeauftragte führt regelmäßig Datenschutzaudits durch und erstellt jährlich einen Datenschutzbericht für den Vorstand.

3.2.4 Umweltschutz

Unsere Klinik strebt eine kontinuierliche Reduzierung des Wasser- und Energieverbrauchs sowie des Abfallaufkommens als auch eine Optimierung der Abfallerfassung an. Zuständig für die Umsetzung des Umweltschutzes sind der Umweltbeauftragte sowie die Umweltkommission. Zuletzt 2016 wurde die Klinik nach EMAS zertifiziert. In diesem Zusammenhang muss regelmäßig ein Umweltprogramm mit konkreten Zielen und Maßnahmen inkl. Umsetzungsfrist aufgelegt werden. Relevante Vorgaben zum Umweltschutz sowie die Umweltpolitik unserer Klinik sind im Umweltmanagementhandbuch zusammengefasst. Über die hausinterne Zeitung Umwelt-News informieren wir unsere Mitarbeiter über umweltschutzrelevante Themen. Die ökologische Unbedenklichkeit von Produkten spielt bereits bei der Beschaffung eine wesentliche Rolle.

3.2.5 Katastrophenschutz

Um im Katastrophenfall adäquat reagieren zu können, sind wir bestrebt, umfangreiche Regelungen vorzuhalten. Die Sicherheit der Patienten und Klinikangehörigen hat sodann höchste Priorität. Unsere Klinik ist nicht in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden und von der Aufnahmeverpflichtung bei Großschadensereignissen ausgenommen. Jedoch sind wir Evakuierungsort unserer Partnerklinik in Duisburg. Der Gefahrenabwehrplan regelt die Verantwortlichkeiten im Katastrophenfall. So benennt der Vorstand im Falle einer Katastrophe eine

Krankenhauseinsatzleitung und stellt eine Helfergruppe zusammen. Evakuierungsübungen finden sowohl im Rahmen des Brandschutzes als auch in Form von Planspielen in Kooperation mit Polizei und Feuerwehr statt.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Ein systematisches Vorgehen soll in nichtmedizinischen Notfallsituationen Gefahren für Leben und Gesundheit unserer Patienten und Mitarbeiter abwehren und den Betrieb des Krankenhauses sicherstellen. Regelungen zum Umgang in derartigen Notfallsituationen sind im Gefahrenabwehrplan beschrieben. Nichtmedizinische Notfälle werden über die zentrale Notrufnummer der Zentrale gemeldet, deren Mitarbeiter entsprechend der Alarmpläne die vorgesehenen Funktionsträger informieren. Das Notfallbüro stellt die vollständige Verfügbarkeit des Krankenhausinformationssystems in Notfallsituationen sicher.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Die für die Aufgabenerfüllung notwendigen Informationen sollen durch eine geeignete Struktur zeitnah und gesichert rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Hierzu wurde vom Träger ein IT-Rahmenkonzept entwickelt sowie ein regelmäßiges Treffen der IT-Leiter der Kliniken eingerichtet. Wichtigstes Instrument ist unser Krankenhausinformationssystem, in dem Patientendokumentation und -steuerung erfolgen. In der Nutzung werden unsere neuen Mitarbeiter umfassend geschult, zur Unterstützung im Regelbetrieb sind verschiedene Hotlines eingerichtet. Das Ausfallkonzept unseres Trägers beinhaltet ein Redundanzkonzept, eine mehrfach tägliche Sicherung der Systeme sowie ein lokales Notfalldatenkonzept.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Über eine einheitliche Dokumentation stellen wir eine ordnungsgemäße Patientenversorgung sowie die Informationen aller an der Behandlung Beteiligten sicher. Erfassung, Führung, Dokumentation und Archivierung der Patientendaten sind in einem Konzept geregelt. Bei jedem Patient wird sowohl eine elektronische Akte als auch eine papiergebundene Akte angelegt. Eine Vereinheitlichung und Optimierung des Krankenhausinformationssystems im gesamten Klinikverbund wird im Rahmen des Projekts Zukunftsfähiges KIS angestrebt.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Über den jederzeitigen Zugriff auf das Krankenhausinformationssystem stellen wir sicher, dass die für die Behandlung und Versorgung unserer Patienten notwendigen Informationen stets zur Verfügung stehen. Der Zugriff ist über ein berufsgruppen- und einsatzortspezifisches Berechtigungskonzept geregelt. Nach Entlassung und Kodierung gehen die papiergebundenen Akten dem Archiv zu, das zu den normalen Arbeitszeiten durch einen Mitarbeiter besetzt ist. Papierakten in der Forensik unterliegen besonderen Datenschutzbestimmungen und werden in den Arztzimmern bzw. Sekretariaten gesichert aufbewahrt.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Wir stellen sicher, dass dem Vorstand unserer Klinik stets alle führungsrelevanten Informationen zur Verfügung stehen. So sind die Vorstandsmitglieder u.a. in die Verbundkonferenz sowie diverse Arbeitsgruppen und Fachforen eingebunden und erhalten die Protokolle der Sitzungen zugesandt. Ferner werden externe Informationen in Form von Rundverfügungen, Rundbriefen der Verbände und Newslettern bereitgestellt. Zur Information des Vorstands über interne Vorgänge dienen z.B. diverse

Protokolle, Meldungen besonderer Vorkommnisse oder erfasste Beschwerden. Um die Meinungsäußerung zu fördern, pflegen alle Vorstandsmitglieder eine Kultur der offenen Tür.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Die interne Informations- und Kommunikationsstruktur an unserer Klinik ist in einem Konzept beschrieben. Zur Information der Mitarbeiter dienen allen voran die Besprechungen, das Intranet sowie die Newsletter des Vorstands. Die Kommunikation mit externen Einrichtungen ist z.B. in den Verträgen zur Integrierten Versorgung ebenfalls klar geregelt. Telefonzentrale und zentrale Pforte sind rund um die Uhr besetzt, Kommunikationstrainings für die Mitarbeiter der Zentrale werden regelmäßig angeboten. Der Gefahrenabwehrplan beinhaltet Regelungen zum Vorgehen in kritischen Situationen.

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Grundlage für die Entwicklung der Vision sind die übergeordnet festgelegten Ziele des Trägers. Die Ziele sind entlang der Dimensionen der Balanced Scorecard definiert und um die Perspektive Kommunen ergänzt. Auf Basis der Klinikziele vereinbart der Vorstand mit den Abteilungsleitungen spezifische Ziele. Im Leitbild formulieren wir gemeinsame Werte und Normen als Orientierungsrahmen für unsere Mitarbeiter. Das Leitbild wurde im Jahr 2017 einer Revision unterzogen und findet in der Qualitätspolitik Ausdruck. Aus der Qualitätspolitik wiederum sind mehr als 30 Kennzahlen abgeleitet, die dem Vorstand halbjährlich berichtet werden.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Vertrauensfördernde Maßnahmen haben einen positiven Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit und -bindung an unserer Klinik. Bereits in unserem Leitbild halten wir fest, dass jeder Mitarbeiter einen unverzichtbaren Beitrag zur Erreichung der übergeordneten Ziele leistet. Unsere Fürsorgepflicht findet u.a. im Betrieblichen Eingliederungsmanagement, dem Beratungsangebot des Mobbingbeauftragten sowie der individuellen Unterstützung unserer Mitarbeiter in bestimmten Lebenssituationen Ausdruck. Auch Supervisionen, Teamcoachings, gemeinsame Aktivitäten und Vergünstigungen für unsere Mitarbeiter tragen zur Vertrauensförderung an unserer Klinik bei.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Wir sind bestrebt, einen systematischen Umgang mit ethischen Fragestellungen zu gewährleisten sowie Hilfestellung in ethisch-moralischen Konfliktsituationen zu geben. In der Satzung des Ethik-Komitees sind diese Ziele verschriftlicht. Mitarbeiter, Patienten und Angehörige haben die Möglichkeit, Themen zur Besprechung in das interdisziplinäre Ethikkomitee einzureichen. Zur Berücksichtigung der weltanschaulichen, kulturellen und religiösen Bedürfnisse unserer Patienten haben wir ein Diversity Management etabliert. Den verschiedenen Glaubensrichtungen tragen wir durch regelmäßige Gottesdienste, dem Angebot an Seelsorge und der Ermöglichung von religiösen Riten Rechnung. Die Aufgaben unserer Integrationsbeauftragten sind im gleichnamigen Konzept geregelt und auf unserer Intranet- und Internetseite erläutert.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit ist es unser Ziel, das Erscheinungsbild der LVR-Klinik Bedburg-Hau weiter zu verbessern sowie einen umfassenden Informations- und Kommunikationsaustausch sowohl innerhalb der Klinik als auch nach extern zu fördern. So ist z.B. ein Forensikbeirat eingerichtet, um die Transparenz auf diesem Gebiet weiter zu erhöhen. Zudem werden zahlreiche Veranstaltungen für bestimmte Zielgruppen angeboten. Presseartikel, Veranstaltungen, Besucherführungen sowie das

Internet sind nur einige Medien, die wir für Marketing und Kommunikation nutzen. In Krisensituationen übernimmt die Pressestelle des Trägers die gesamte externe Kommunikation.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Aus der Balanced-Scorecard des Klinikverbunds werden in den jährlichen Klausurtagungen Klinikziele abgeleitet. Diese wiederum werden in Form von Abteilungszielen konkretisiert. Die Zielvereinbarungen sowie der Erreichungsgrad der Vorjahresziele sind über das Intranet für alle Mitarbeiter transparent. Die mehrmals jährlich stattfindenden Verbundkonferenzen dienen der Diskussion der Klinikentwicklungen sowie der Vorstellung neuer Projekte. Aus der mehrjährig angelegten Finanzplanung wird jährlich ein Wirtschaftsplan erstellt, der mit der Zentrale und dem Aufsichtsrat abgestimmt wird. Die interdisziplinäre Budgetarbeitsgruppe diskutiert die internen Budgets und bereitet Entscheidungen des Vorstands vor.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Wir beschäftigen uns systematisch mit Risiken, um potenzielle Risiken zu erfassen, zu bewerten und hieraus Maßnahmen zur Prävention und Vermeidung von Risiken abzuleiten. An unserer Klinik haben wir einen Ansprechpartner für Risikomanagement benannt und ein Konzept zum Risikomanagement erarbeitet. In der Risikomappe sind die identifizierten Risiken anhand von Eintrittswahrscheinlichkeit und Schadenspotenzial bewertet. Unser umfassendes Frühwarnsystem für wirtschaftliche Risiken beinhaltet u.a. das Regelberichtswesen, die Information über aktuelle Entwicklungen durch den Träger sowie die eigenständige Beobachtung der Entwicklungen im Krankenhausumfeld. Zur Bekämpfung von Korruption macht der Träger verbindliche Vorgaben und bietet Schulungen an.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Wir pflegen einen systematischen Umgang mit Kooperationen und überwachen bestehende Verträge und Vereinbarungen kontinuierlich. Besonders wichtig bei Kooperationen sind uns neben dem Nutzen für die Klinik u.a. die fachliche Kompetenz sowie die Wahrnehmung von Patienteninteressen. Sämtliche vertraglichen Kooperationen unserer Klinik wurden einer juristischen Prüfung unterzogen und sind in einer zentralen Datenbank zusammengefasst. Die gesellschaftliche Verantwortung unserer Klinik findet über unseren Versorgungsauftrag hinaus z.B. in Dozententätigkeiten unserer Mitarbeiter, der Teilnahme an Gesundheitstagen oder der Betreuung von Opfern bei Massenanfällen Ausdruck.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

In unserer Organisationsstruktur sind die Verantwortungsbereiche inhaltlich, personell und budgetär eindeutig definiert. Über das Organigramm der Gesamtklinik sowie die Organigramme der einzelnen Abteilungen sind die verschiedenen Funktionen und Funktionsträger transparent. Die Betriebsatzung regelt die Kompetenzen und Aufgaben der Leitung, die Arbeitsorganisation auf Station ist in den Arbeits- und Organisationsplänen beschrieben. Um sicherzustellen, dass die Gremien und Kommissionen schnell und effektiv die richtigen Entscheidungen treffen, sind deren Zusammensetzung, Ziele und Aufgaben in Form von Geschäftsordnungen bzw. Satzungen formalisiert. Auch die Informationsweiterleitung ist eindeutig geregelt. Das Projektmanagement unserer Klinik erfolgt strukturiert. So werden in jedem Projekt eine organisatorische und inhaltliche Projektleitung sowie ein Projektpate benannt.

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Innovatives Verhalten wollen wir an unserer Klinik aktiv fördern und das Wissen einzelner Mitarbeiter systematisch nutzbar und für alle zugänglich machen. Im Wissensmanagementkonzept haben wir diese Ziele formalisiert und mit Verantwortlichkeiten hinterlegt. Als zentrale Plattform zur Bereitstellung des intern vorhandenen Fachwissens ist das Intranet mit den Rubriken Aktuelles, Formulare,

Dokumentenmanagement-System und Ansprechpartner eingerichtet. Innovation und Veränderungsbereitschaft sind Bestandteil unseres Leitbildes. Angestoßen werden Innovationen an unserer Klinik u.a. durch Befragungen, Zertifizierungen, Wirtschaftlichkeitsanalysen sowie im Rahmen der Mitarbeitergespräche. Über die Einbindung in Projektgruppen, Mitarbeiterschulungen, Supervisionen oder das betriebliche Vorschlagswesen befähigen wir unsere Mitarbeiter zur aktiven Teilnahme an der Weiterentwicklung unserer Klinik.

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

In die Aktivitäten des Qualitätsmanagements und seine Entwicklung binden wir alle Bereiche unserer Klinik ein. Koordiniert werden sämtliche QM-Aktivitäten über die Stabstelle Qualitätsmanagement, die beim Vorstand angesiedelt ist. Geregelt ist die Organisation des Qualitätsmanagements im QM-Konzept, dem Organigramm sowie der Geschäftsordnung des Qualitätslenkungsausschusses. Letzterer setzt sich aus Mitgliedern des Vorstands, des QM sowie der Personalvertretung zusammen. Die Leitungsebenen sind insbesondere im Rahmen der Leitungskonferenz in das QM einbezogen. Zur Umsetzung der Qualitätsziele bedient sich das Qualitätsmanagement einer Vielzahl an Methoden und Instrumenten, wie z.B. des Projekt- und Prozessmanagements, Befragungen und internen Audits.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Wir wollen die klinikeigenen Abläufe mithilfe eines systematischen Prozessmanagements transparent abbilden, um hieraus Verbesserungspotenziale ableiten zu können. Unsere wesentlichen Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse haben wir daher definiert und in Form von Standards abgebildet. Die Festlegung und Beschreibung der Prozesse erfolgt stets im Rahmen von Workshops oder Arbeitsgruppen, die durch Mitarbeiter des QM moderiert werden. Zur Visualisierung kommen Fluss- und Ablaufdiagramme zum Einsatz. Mithilfe von Befragungen, internen Audits und dem Qualitätskennzahlensystem der Klinik evaluieren wir unsere Prozesse regelmäßig.

6.2.1 Patientenbefragung

Um Anregungen von Patienten systematisch zu erheben und zur Ableitung von Verbesserungspotenzialen nutzen zu können, führen wir regelmäßig Patientenbefragungen durch. Hierfür kommt im gesamten Klinikverbund ein einheitlicher Fragebogen zum Einsatz, so dass die Ergebnisse im Benchmark mit den übrigen Kliniken verglichen werden können. Das Befragungsverfahren haben wir in einem Konzept beschrieben und mit Datenschutzbeauftragtem und Gesamtpersonalrat des Trägers abgestimmt. Über die Erhebungsmethode, die Stichprobengröße sowie den Rücklauf stellen wir die Validität der Daten sicher. Die Ergebnisse werden sowohl im Qualitätslenkungsausschuss als auch in den Abteilungen vorgestellt.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Über die Befragung externer Einrichtungen erhoffen wir uns Informationen zur Evaluation und Verbesserung der Angebote unserer Klinik. Die letzte Kooperationsbefragung fand im Jahr 2016 statt und umfasste abgesehen von einem allgemeinen Bogen u.a. auch spezifische Fragen für niedergelassene Ärzte, Wohn-, Pflege- und Jugendhilfeeinrichtungen sowie Krankenhäuser. Die Durchführung der Befragung ist in einem Standard beschrieben und gewährleistet die Anonymität der Befragten. Neben der Befragung zählen auch Informationsmaterialien wie Flyer und Broschüren sowie regelmäßige Fortbildungen für niedergelassene Ärzte zum Einweisermanagement unserer Klinik.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Mitarbeiterorientierung ist an unserer Klinik eine der fünf Perspektiven der Balanced Scorecard und daher von herausragender Bedeutung. Anregungen unserer Mitarbeiter wollen wir mithilfe von Befragungen systematisch erfassen und für Verbesserungen nutzen. Im gesamten Klinikverbund werden Mitarbeiterbefragungen mit Unterstützung eines externen Befragungsinstituts durchgeführt. Letzteres garantiert die Anonymität sowie den Schutz der Persönlichkeit der Befragten. Infolge der einheitlichen Fragebögen ist ein Benchmark zwischen den psychiatrischen Kliniken im Verbund möglich. Anlassbezogen werden darüber hinaus spezifische Befragungen durchgeführt. Die Ergebnisse werden zunächst im Qualitätslenkungsausschuss vorgestellt und sodann durch die Mitglieder der Leitungskonferenz in die Abteilungen getragen.

6.3.1 Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Externen

Neben den Befragungsergebnissen wollen wir auch Lob und Kritik von Patienten, Angehörigen und Externen einheitlich erfassen und für Verbesserungen an unserer Klinik nutzbar machen. Primäre Ansprechpartner für Beschwerden sind die Mitarbeiter vor Ort sowie die externe Ombudsperson. Darüber hinaus können Beschwerden auch telefonisch, per E-Mail oder über die Rückmeldekästen in der Hauptverwaltung kommuniziert werden. Im Rahmen der Aufnahme weisen wir unsere Patienten auf das Beschwerdemanagement an unserer Klinik hin, zudem sind Flyer und Informationsblätter auf den Stationen ausgelegt. Die Bearbeitung der Beschwerden obliegt dem Assistent der ärztlichen Direktion bzw. der Forensikkoordination.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Unser Ziel ist es, die Vorgaben zur externen Qualitätssicherung umfassend zu erfüllen und die Ergebnisse für das hausinterne QM-System zu nutzen. Verantwortlich für die Qualitätssicherung sind die Pflegedirektion bzw. die ärztliche Direktion, die Datenlieferung erfolgt über das kaufmännische Controlling. Die Neurologie beteiligt sich zudem an der freiwilligen Qualitätssicherung. Weitere qualitätsrelevante Daten werden über das Qualitätskennzahlensystem erhoben, das sich an den fünf Perspektiven der Balanced-Scorecard des Trägers, den Klinikzielen sowie der Qualitätspolitik der Klinik orientiert. Die einzelnen Ziele sind mit Kennzahlen hinterlegt und mit Zielwerten versehen. Daneben nutzen wir auch Routinedaten und das regelmäßige Berichtswesen zur Identifikation von Verbesserungspotenzialen.