

The logo for LWL, consisting of the letters 'LWL' in a bold, blue, sans-serif font.

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: LWL-Klinik Lippstadt

Institutionskennzeichen: 260591367

Anschrift: Im Hofholz 6
59556 Lippstadt

Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2008-0106 K
durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:

QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH

Datum der Ausstellung: 20.10.2008
Gültigkeitsdauer: 19.10.2011

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Die KTQ-Kriterien beschrieben vom LWL-Klinik Lippstadt	8
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	8
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	14
3 Sicherheit im Krankenhaus	18
4 Informationswesen	23
5 Krankenhausführung	26
6 Qualitätsmanagement	30

Vorwort der KTQ®

Die KTQ-Zertifizierung ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, Rehabilitationskliniken und Pflegeeinrichtungen. Getragen wird die KTQ® von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen¹. Darüber hinaus wurde der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschland e. V. (HB) mit Beginn des Routinebetriebes im „Niedergelassenen Bereich“ ebenfalls Gesellschafter der KTQ-GmbH. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet. Die Verfahrensinhalte wurden ausschließlich von Praktikern entwickelt und erprobt.

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

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 Informationswesen, die Führung und das Qualitätsmanagement der Einrichtung beziehen.

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.

¹ ZU DIESEN ZÄHLEN: DER VERBAND DER ANGESTELLTEN-KRANKENKASSEN E. V., ARBEITER-ERSATZKASSEN-VERBAND E. V., DER AOK-BUNDESVERBAND, DER BKK BUNDESVERBAND, DER IKK-BUNDESVERBAND, DER BUNDESVERBAND DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN KRANKENKASSEN, DIE BUNDESKNAPPSCHAFT, DIE SEE-KRANKENKASSE.

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

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

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet die individuelle Einleitung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Beschreibung der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges. 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 das Krankenhaus mit diesem Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich seines Leistungsspektrums, seiner Leistungsfähigkeit und seines Qualitätsmanagements vermitteln kann.

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

Dr. G. Jonitz
Für die Bundesärztekammer

J. Wermes
Für die Spitzen-
verbände der Krankenkassen

Dr. med. B. Metzinger
Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller
Für den Deutschen Pflegerat

Einleitung

Die LWL-Klinik Lippstadt stellt sich vor

Die LWL-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Lippstadt ist eine Einrichtung des PsychiatrieVerbunds des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL). Für die rund 8,5 Millionen Menschen im westfälischen Landesteil von Nordrhein-Westfalen erfüllt der LWL Aufgaben in den Bereichen Soziales, Behinderte, Jugend und Sonderschulen, Gesundheit und Psychiatrie sowie der Kultur. Mit 14 psychiatrischen Fachkrankenhäusern ist der LWL-PsychiatrieVerbund ein entscheidender Grundpfeiler der regionalen psychiatrischen Versorgung.



In der LWL-Klinik Lippstadt wird in vier Schwerpunktabteilungen (Allgemeine Psychiatrie, Integrative Psychiatrie und Psychotherapie, Suchtmedizin und Gerontopsychiatrie) mit insgesamt 180 Plätzen das gesamte Spektrum psychiatrischer Erkrankungen nach modernen Therapiestandards behandelt. Neben der vollstationären Versorgung bietet die Klinik teilstationäre und ambulante Behandlungsmöglichkeiten in Tageskliniken in Lippstadt und Soest und einer psychiatrischen Institutsambulanz in Lippstadt.

Wir verstehen uns als moderner Dienstleistungsbetrieb für psychisch kranke Erwachsene, die bei uns eine "maßgeschneiderte" und am individuellen Bedarf orientierte Therapie nach den heutigen Standards der Wissenschaft erfahren.

Unsere Konzepte reichen von der kurzfristigen, intensiven Therapie (z. B. Krisenintervention) bis hin zur mehrwöchigen mehrdimensionalen Behandlung. Darüber hinaus ist die Wiedereingliederung psychisch Kranker in ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben unser übergeordnetes Ziel.



Dem entsprechend setzen wir eine Vielzahl von Behandlungsmethoden ein; jede Behandlung ist die komplexe Leistung eines multiprofessionellen Teams aus Ärzten, Psychologen, Pädagogen, Pflegekräften, Sozialarbeitern, Ergo- und Kunsttherapeuten und Angehörigen weiterer Berufsgruppen. Verschiedene besondere Angebote und Leistungen, z. B. spezialisierte Behandlungsmöglichkeiten für Medikamentenabhängige, für psychisch Kranke mit Intelligenzminderung oder Paarbehandlung (Suchtmedizin) gewährleisten eine differenzierte und an die individuellen Bedürfnisse unserer Patienten angepasste Therapie. Wir legen viel Wert darauf, die Behandlung in enger Zusammenarbeit mit dem Patienten zu planen und - sofern möglich und gewünscht - Angehörige mit einzubeziehen. Der vorliegende Qualitätsbericht soll Ihnen einen Einblick



in unsere Arbeit geben, einen Eindruck vermitteln, was wir tun und wie wir es tun. Unsere Klinik blickt 2008 auf eine 125-jährige Geschichte zurück; gerade vor dem Hintergrund knapper werdender Ressourcen im Gesundheitswesen sind unsere zentralen, in unserem Leitbild formulierten Ansprüche aktueller denn je:

"Patientenwohl ist ein übergeordnetes Ziel unseres täglichen Handelns. ... Wir glauben an die Fähigkeiten unserer Patienten! Deshalb betrachten wir die Selbstständigkeit und Eigenverantwortung unserer Patienten als wesentliche Entwicklungsziele, ohne dabei Fürsorge und menschliche Zuwendung zu vernachlässigen."



Die Betriebsleitung der LWL-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Lippstadt

Dr. Josef J. Leßmann
Ärztlicher Direktor

Rüdiger Keuwel
Pflegedirektor

Helmut S. Ullrich
Kaufmännischer Direktor

Die KTQ-Kriterien beschrieben vom LWL-Klinik Lippstadt

1 Patientenorientierung im Krankenhaus

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

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

Die stationäre Aufnahme wird mit den niedergelassenen Ärzten und den Patienten selbst vorbereitet und mit ihnen abgestimmt. Dabei wird die aufnehmende Station einbezogen, sie kann auf Wunsch auch vorher besucht werden. Broschüren, Flyer, das Klinikmagazin und unsere Homepage informieren Patienten und Angehörige über die Angebote und Leistungen unserer Klinik. Jede Abteilung verfügt über einen Ansprechpartner für die Aufnahme. Notfälle werden jederzeit aufgenommen, dafür gibt es besondere Regelungen.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Unsere Tageskliniken befinden sich in den Innenstädten von Lippstadt und Soest, in Lippstadt ist eine Ambulanz angeschlossen. Der vollstationäre Bereich unserer Klinik ist in zwei Gebäuden in einem weitläufigen Parkgelände untergebracht. Ein großflächiger Plan informiert über die Lage der Gebäude und ihre Funktion. Die Häuser sind nummeriert, jeder Raum ist beschildert. Schriftliche Lagepläne liegen vor und werden den Patienten ggf. im Vorfeld zugesandt. Wenn nötig, organisieren Mitarbeiter der Aufnahmezentrale die Begleitung zur jeweiligen Station.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Bei angemeldeten Patienten steht die aufnehmende Station bereits im Vorfeld fest. Die Aufnahme findet zunächst durch qualifizierte Mitarbeiter in der Patientenverwaltung statt, bei Bedarf werden die Patienten durch Pflegepersonal von dort abgeholt. Anschließend führen der Stationsarzt und ein verantwortlicher Mitarbeiter des Pflegedienstes das Aufnahmegespräch an Hand eines strukturierten Aufnahmebogens. Die Patienten werden über die Stationsabläufe informiert, so dass sie sich von Beginn an gut aufgehoben fühlen.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

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

Unsere Klinik verfügt über eine Institutsambulanz, in der zum Teil vorstationäre und nachsorgende Leistungen angeboten werden. Damit stellen wir eine hohe Kontinuität in der Behandlung sicher. Störungsspezifische ambulante Angebote halten wir in der Suchtmedizin und der Gerontopsychiatrie vor, sie werden durch Flyer, Broschüren und auf unserer Homepage bekannt gemacht. Gerne geben wir auch telefonisch Auskunft.

1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung.

1.2.1 Ersteinschätzung

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

Mit jedem Patienten wird am Aufnahmetag ein Aufnahmegespräch geführt, in dem ein umfassender körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben wird. Die Daten werden in einem einheitlichen System dokumentiert. Nach den Erstgesprächen durch den Arzt- und Pflegedienst wird ein Diagnostik- und Therapieplan erstellt. Dabei werden die Erwartungen und Wünsche der Patienten in Bezug auf Behandlung und Pflege berücksichtigt. Ein Facharzt überprüft die Ersteinschätzung.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Interne und externe Vorbefunde sind eine wichtige Grundlage bei der Planung der Behandlung. Deshalb nutzen wir mit Hilfe unseres Krankenhausinformationssystems und der Archive die Vorbefunde aus früheren Aufenthalten in unserer Klinik. Einweiser und Patienten werden im Erstkontakt darauf hingewiesen, Vorbefunde mitzugeben bzw. mitzubringen. Nach der Entbindung von der Schweigepflicht fordern wir Vorbefunde auch selbst an. Aktuelle Befunde sind entweder elektronisch verfügbar oder sie stehen in Papierform in der Krankenakte zur Verfügung.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Die Behandlung der Patienten erfolgt gezielt und geplant. Nach der Aufnahme erstellt der verantwortliche Arzt für jeden Patienten einen individuellen Diagnostik- und Therapieplan. Der Pflegedienst legt ebenfalls Maßnahmen fest. Dabei werden die stationsspezifischen Konzepte und Standards berücksichtigt. Therapeuten und Sozialdienst vervollständigen den Behandlungsplan; in der wöchentlichen multiprofessionellen Behandlungsplanung, den Visiten und Übergaben wird er regelmäßig angepasst. Jeder Patient erhält ihn in schriftlicher Form ausgehändigt.

1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Die Behandlungsplanung, die therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen werden mit den Patienten besprochen und abgestimmt. Damit unterstützen wir die Motivation zur Behandlung und die Krankheitseinsicht. Wir respektieren, sofern mit dem Gesetz vereinbar, individuelle Bedürfnisse, Ressourcen und religiöse Wünsche. Auch bei krankheitsbedingter Selbst- und Fremdgefährdung und unter den Vorgaben des Betreuungs- und Unterbringungsrechtes beziehen wir diese Aspekte mit ein.

1.3 Durchführung der Patientenversorgung

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

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

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

Für eine hochwertige Behandlung und Betreuung orientieren wir uns an wissenschaftlich fundierten medizinischen Leitlinien. Verantwortlich dafür ist der behandelnde Arzt. Für viele Krankheitsbilder und Schlüsselsituationen sind ärztliche und pflegerische Leitlinien formuliert. Der Facharztstandard ist 24 Stunden gewährleistet. Alle Anordnungen und Maßnahmen werden in der Patientenakte dokumentiert. Die multiprofessionell besetzten Behandlungsteams mit sehr gut qualifizierten Mitarbeitern sichern eine hohe Qualität.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Bei der Behandlung unserer Patienten berücksichtigen wir im Arztdienst die aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften, zum Teil wurden abteilungsspezifische entwickelt. Die pflegerischen Maßnahmen orientieren sich am Pflegekonzept und an Pflegestandards. Damit gewährleisten wir eine gleichbleibende Qualität und sorgen für Sicherheit. Alle Standards werden regelmäßig überarbeitet und angepasst. In Fortbildungen, Fallbesprechungen und Konferenzen werden die Vorgaben vermittelt und das Wissen der Mitarbeiter auf dem aktuellen Stand gehalten.

1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

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

Jeder Patient wird zu Beginn der Behandlung über den behandelnden Arzt, die Bezugspflegekraft und die Therapeuten informiert. Sie halten engen Kontakt zum Patienten und sind seine vorrangigen Ansprechpartner. Die Aufklärung der Patienten liegt in der Verantwortung des behandelnden Arztes, Aufklärungsbögen unterstützen ihn dabei. Die Patientenzimmer sind modern eingerichtet. Die Besuchszeiten sind patientenorientiert geregelt. Die Umgebung und die Räumlichkeiten ermöglichen ausreichend Rückzug und eine angemessene Privatsphäre.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Die Patienten werden von unserer zentralen Küche mit Speisen und Getränken versorgt. Der Speiseplan bietet ausgewogene und schmackhafte Gerichte, die die Jahreszeiten und regionale Besonderheiten berücksichtigen. Die Patienten können aus verschiedenen Kostformen auswählen, Diabetikerkost und andere Sonderwünsche sind möglich. Frühstück und Abendbrot werden zum Teil als Büffet angeboten. Gemeinsame Mahlzeiten sind z.T. Teil des therapeutischen Konzepts und fest in den Wochenplan integriert. Damit sind ungestörte Essenszeiten gewährleistet.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Alle Maßnahmen und Behandlungsschritte werden im Behandlungsteam besprochen, koordiniert und überprüft. Verordnungen erfolgen schriftlich durch den Arzt, dafür haben wir Standardformulare. Sie sind Teil der Dokumentation. Falls notwendig, werden Patienten von qualifiziertem Personal zu Untersuchungen und anderen Maßnahmen begleitet. Befunde werden am gleichen Tag oder spätestens am folgenden Werktag schriftlich bzw. telefonisch mitgeteilt. Für Krisensituationen liegen Standards vor.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

In der LWL-Klinik Lippstadt werden keine chirurgischen Eingriffe durchgeführt.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit hat in unserer Klinik einen hohen Stellenwert. Ein differenziertes, berufsgruppenübergreifendes Besprechungswesen sorgt für einen engen und zeitnahen Austausch. An der regelmäßigen Behandlungsplanung, den Fallbesprechungen, Abteilungs-, Frühkonferenzen und Supervisionen nehmen die an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen teil. Bei Bedarf werden Experten anderer Fachrichtungen angefordert. Dafür gibt es einheitliche Anforderungsscheine.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Für die Visiten haben wir ein Konzept, das Ablauf und Inhalte regelt. Sie dienen der Überprüfung des Behandlungsverlaufs, der Information des Patienten und der Anpassung des Behandlungsplanes. Die Visitenzeiten sind im Wochenplan festgelegt. Neben der Stationsarztvisite gibt es die Chefarzt- bzw. Oberarztvisite. Die verantwortliche Pflegekraft nimmt an den Visiten teil, ebenso auch Therapeuten und der Sozialdienst. Während der Visite wird auf eine störungsfreie und angenehme Atmosphäre geachtet. In der Gerontopsychiatrie werden auch Angehörigenvisiten angeboten.

1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

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

1.4.1 Entlassung und Verlegung

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

Die Entlassungsplanung ist fester Bestandteil der Behandlung. Sie beginnt meist schon ab dem Zeitpunkt der Aufnahme und wird vor allem durch den Sozialdienst vorbereitet. Er organisiert Belastungserprobungen, Arbeitsversuche und kümmert sich um eine geeignete Weiterbehandlung. Ein ärztliches und therapeutisches Entlassungsgespräch wird immer geführt, zum Teil auch ein pflegerisches. Angehörige und ggf. Betreuer werden in die Entlassungsplanung einbezogen. Wenn nötig, finden Helferkonferenzen mit Betreuern oder Vertretern nachbehandelnder Einrichtungen statt

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

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

Jeder Patient wird mit einem Kurzarztbrief und den relevanten Befunden in Kopie entlassen. Der Kurzarztbrief enthält die nötigen Informationen zur Diagnose, zu Medikamenten und Therapieempfehlungen. Patienten der Gerontopsychiatrie erhalten immer einen Pflegeüberleitungsbogen, Patienten der anderen Abteilungen bei Bedarf. Wenn nötig, wird die weiterbehandelnde oder betreuende Stelle telefonisch informiert. Der Sozialdienst organisiert ggf. die ambulante Pflege.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Eine enge Zusammenarbeit mit den sozialpsychiatrischen Diensten, Pflege- und Reha-Einrichtungen, Selbsthilfegruppen u. a. wird durch drei regionale Netzwerke im Kreis Soest gepflegt. Der Kontakt zu den niedergelassenen Ärzten wird durch regelmäßige Treffen sicher gestellt. Die Institutsambulanz der Gerontopsychiatrie besucht Heime und Pflegenden vor Ort. Helferkonferenzen mit Betreuern oder nachsorgenden Einrichtungen stellen eine kontinuierliche Versorgung der Patienten sicher.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

Durch die Personalplanung ist die kontinuierliche Bereitstellung einer angemessenen Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern gesichert.

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

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

In der LWL-Klinik Lippstadt findet eine systematische Personalplanung statt, die eine qualifizierte Behandlung und Betreuung unserer Patienten sicherstellt. Auf Basis des mit den Kostenträgern vereinbarten Budgets plant die Stabsabteilung Controlling das Personalbudget. Dabei werden die Leistungsentwicklung, geplante strukturelle Veränderungen sowie die gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigt. Spezielle Angebote zur Gesundheitsförderung helfen, die Ausfallquote niedrig zu halten.

2.2 Personalentwicklung

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

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Die Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Behandlung und Betreuung unserer Patienten sind die richtigen Mitarbeiter mit den erforderlichen Qualifikationen am richtigen Platz. In unserem Konzept für eine systematische Personalentwicklung beschreiben wir u. a. das Personalauswahlverfahren, die Einarbeitung, das System der Fort- und Weiterbildung und die strukturierten Mitarbeitergespräche. Jeder Mitarbeiter hat die Möglichkeit, sich einmal jährlich mit seinem Vorgesetzten in Bezug auf seine Leistungen und Erwartungen auszutauschen und Ziele zu vereinbaren.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Die umfassende Qualifizierung für die Arbeit in unserer Klinik wird bei der Einstellung überprüft. Sie wird durch die Psychiatriepersonalverordnung und unsere Ansprüche an die Durchführung einer spezifischen psychiatrischen Behandlung definiert. Die Qualifikation inkl. der Aufgaben, Anforderungen, Kompetenzen und der organisatorischen Einordnung sind in Stellenbeschreibungen festgelegt. Weitere Qualifizierungserfordernisse werden aus den Mitarbeitergesprächen und den aktuellen Anforderungen der Arbeitsbereiche und Aufgaben der Mitarbeiter abgeleitet.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

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

Die Klinik verfügt über ein eigenes Fort- und Weiterbildungszentrum, in dem eine Vielzahl von Seminaren, Trainings und Schulungen für alle Berufsgruppen angeboten wird. Das jährliche Programm wird auf Grundlage einer Bedarfsanalyse und der Strategie des Trägers und der Klinikleitung erstellt. Viele Veranstaltungen sind auch für externe Teilnehmer offen, so wird systematisch der Austausch mit anderen Einrichtungen gefördert. Das Fort- und Weiterbildungszentrum organisiert jährlich mehrere Tagungen und führt auch in anderen Einrichtungen Veranstaltungen durch.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Es gibt ein Fortbildungsbudget, aus dem zunächst die Schwerpunktmaßnahmen (Supervision, Weiterbildung der Ärzte, Führungskräftebildung) finanziert werden. Der Rest wird auf die einzelnen Abteilungen gemessen an den Vollkräften verteilt. Für die Verwendung der Mittel liegen Richtlinien und Vereinbarungen vor. Für die Teilnahme an externen Veranstaltungen werden unterschiedliche Finanzierungsmodelle angewendet, die von der Freistellung vom Dienst bis zur vollständigen Übernahme der Kosten reichen. Das Budget wird außerdem durch die Erlöse des FWZ aufgestockt.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Für Fortbildungen, Tagungen und Konferenzen stehen ausreichend Räume und Medien (Overhead, Pinnwände, Flipchart, Moderationsmaterial, Beamer, Laptop, Camcorder, Video) zur Verfügung. Die wissenschaftliche Bibliothek hält eine umfangreiche Sammlung an neuester Literatur und Fachzeitschriften vor, sowie Videos, CD und DVD. Ein Bibliothekar ist zu festgelegten Zeiten präsent und unterstützt bei der Literatursuche, Fernleihe und Beschaffung. Internetzugänge sind eingerichtet und ermöglichen den Zugriff auf elektronische Datenbanken.

2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

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

Die Ausbildung der Schüler in den Pflege- und Gesundheitsberufen erfolgt nach dem gültigen Curriculum. Die Vernetzung von Theorie und Praxis ist durch regelmäßige Stationsbesuche des Schulteams, die ausgebildeten Praxisanleiter auf jeder Station und die praktische Anleitung zur Prüfungsvorbereitung gewährleistet. Zu jedem praktischen Einsatz werden ein Erst-, ein Zwischen- und ein Abschlussprotokoll erstellt. Zwischen den Pflegedienstleitungen und der Schule findet ein regelmäßiger Informationsaustausch statt.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

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

Ein mitarbeiterorientierter Führungsstil wird in den Kliniken des LWL durch die "Leitlinien für Zusammenarbeit und Personalführung" gefördert und kommt auch im Leitbild der Klinik Lippstadt zum Ausdruck. Wesentliche Prinzipien sind die Beteiligung an Entscheidungen, die Übertragung von Verantwortung und die Betonung des Teamgedankens. Führungskräfte werden für ihre Führungsaufgabe qualifiziert. Strukturierte Mitarbeitergespräche werden in allen Bereichen angeboten. Regelmäßige Mitarbeiterbefragungen geben Hinweise auf die Zufriedenheit.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Die Arbeitszeitregelungen in unserem Haus orientieren sich an den Bedürfnissen unserer Patienten, den Wünschen unserer Mitarbeiter und an den gesetzlichen Bestimmungen. Eine Vielzahl von Teilzeitregelungen und Arbeitszeitmodellen (Gleitzeitregelungen mit Kernarbeitszeiten, flexible Arbeitszeiten u. a.) innerhalb eines fest gelegten Rahmens tragen diesen Anforderungen Rechnung. Die Arbeitszeit wird mit einem Zeiterfassungssystem nachgehalten.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Ziel einer systematischen und strukturierten Einarbeitung ist es, die neuen Mitarbeiter möglichst schnell und umfassend mit den Betriebsabläufen, ihren Aufgaben und der Unternehmenskultur bekannt zu machen. Dafür liegt ein Rahmenkonzept vor. Jedem neuen Mitarbeiter wird ein Ansprechpartner für die Einarbeitung benannt. Im Pflegedienst übernehmen die Praxisanleiter diese Aufgabe. Am Ende der Einarbeitungsphase findet ein Gespräch mit dem Vorgesetzten statt.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Ideen, Wünsche und Kritik können Mitarbeiter in allen Team-, Leitungs- und Abteilungsbesprechungen einbringen oder direkt mit ihren Vorgesetzten besprechen. Bei besonderen Fragen oder Problemen können sich die Mitarbeiter auch direkt an die Mitglieder der Betriebsleitung wenden. Darüber hinaus stehen der Personalrat, die Gleichstellungsbeauftragte und weitere institutionalisierte Funktionen zur Verfügung. Der Träger startet noch im Jahr 2008 ein Verfahren zum Ideenmanagement, dabei werden besonders gelungene Vorschläge prämiert.

3 Sicherheit im Krankenhaus

3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung.

3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

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

Für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz existieren Strukturen und Regelungen. Es gibt eine Fachkraft für Arbeitssicherheit, den betriebsärztlichen Dienst, einen externen Gefahrstoffberater und einen externen Betriebsbeauftragten für Abfall. Außerdem sorgen die Hygienefachkraft, der hygienebeauftragte Arzt und 2 Sicherheitsbeauftragte für die Umsetzung der Arbeitsschutzbestimmungen. Alle Regelungen sind schriftlich hinterlegt und den Mitarbeitern zugänglich. Arbeitsplatzbegehungen finden regelmäßig statt, Sicherheitsmängel werden zeitnah behoben.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Für den Brandschutz ist ein Brandschutzbeauftragter benannt. Flucht- und Rettungspläne hängen an den vorgegebenen Stellen aus und werden regelmäßig aktualisiert. Die örtliche Feuerwehr und die Behörden sind eingebunden. Alle schriftlichen Regelungen zum Brandschutz sind im sog. "Blauen Ordner" hinterlegt. Unterweisungen und Übungen finden durch den Brandschutzbeauftragten regelmäßig statt. Brandschutzbegehungen ebenfalls, dabei festgestellte Mängel werden zeitnah abgestellt.

3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

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

Für interne nichtmedizinische Notfallsituationen liegen Alarmierungs- und Meldeablaufpläne (Benachrichtigung, Alarmierung u. a.) vor. Alarm- und Störmeldungen von technischen Anlagen und Geräten gehen auf einer Gefahrenmeldeanlage ein und werden den Mitarbeitern der Pforte angezeigt. Sie leiten die Meldungen an die entsprechenden Stellen weiter. Bei technischen Störungen wird die Abteilung Bau und Technik gerufen, außerhalb der Dienstzeiten der Rufbereitschaftsdienst. Für den Ausfall der Stromversorgung wird ein Notstromaggregat vorgehalten.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Für das Vorgehen bei medizinischen Notfällen liegt ein Konzept vor. Jede Station und die diensthabenden Ärzte sind mit einem Notfallfunkgerät ausgerüstet. Der diensthabende Arzt verfügt über einen Notfallrucksack und ein AED-Gerät. In einem Melde- und Ablaufplan ist die einheitliche Vorgehensweise festgelegt. Die Standorte der Notfallkoffer und der AED-Geräte sind im Konzept beschrieben. Jährlich finden praktische Reanimationsübungen statt.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Der Sicherheit unserer Patienten widmen wir sehr große Aufmerksamkeit. Eine Arbeitsgruppe hat dazu im Jahr 2007 ein umfangreiches Konzept entwickelt. Es liegen Regelungen für den Umgang mit Suizidalität, bei Selbstverletzung, Sturzrisiko und zum Umgang mit Aggression, Gewalt und Zwang vor. Die Mitarbeiter werden zu Deeskalationsstrategien geschult. Die sorgsame Abwägung von persönlichen Freiheitsrechten und Schutzerfordernissen spielt dabei eine besondere Rolle.

3.2 Hygiene

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

3.2.1 Organisation der Hygiene

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

Verantwortlich für die Sicherstellung der Krankenhaushygiene ist der Ärztliche Direktor, der durch einen externen Hygieniker, eine Hygienefachkraft, eine hygienebeauftragte Ärztin und die Hygienekommission unterstützt wird. Alle Vorgaben zur Hygiene sind im Hygieneplan und den Desinfektionsplänen festgelegt. Der Hygieneplan ist im Klinikhandbuch verfügbar und im Intranet einsehbar. Die Einhaltung der Hygieneplanung überprüft die Hygienefachkraft und das Gesundheitsamt. Die Hygienekommission überwacht die Ergebnisse von Begehungen und leitet ggf. Maßnahmen ein.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Hygienerelevante Daten werden strukturiert erfasst und ausgewertet. Dafür liegen externe und interne Meldebögen vor. Auffällige Ergebnisse werden in der Hygienekommission, der Arzneimittelkommission, von der Apotheke analysiert und entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Die Ergebnisse werden auch an die Abteilungen zurückgemeldet und führen, wenn nötig, zu Verbesserungsmaßnahmen.

3.2.3 Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen

Hygiesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Hygiesichernde Maßnahmen werden kontinuierlich und strukturiert geplant. Im Hygieneplan sind Verfahrensanweisungen zum Umgang mit Infektionskrankheiten allgemein und zum Umgang mit ESBL, MRSA, TBC, VRE, HIV, Noroviren und Hepatitis festgelegt. Auch die Informationswege beim Auftreten einer Infektionskrankheit sind beschrieben. Die Hygienefachkraft, das Gesundheits- und das Veterinäramt führen regelmäßig Begehungen durch. Die Ergebnisse der Begehungen werden in der Hygienekommission beraten, die Maßnahmen zur Behebung der Mängel veranlasst.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Der Hygieneplan gilt verbindlich für alle Mitarbeiter. Die Hygienefachkraft überwacht die Einhaltung der Richtlinien und Empfehlungen und unterstützt die Abteilungen bei der Umsetzung des Hygieneplanes. Medizinprodukte werden nach den vorgeschriebenen Verfahren aufbereitet. Bei Begehungen und in Schulungen werden die Inhalte und ihre Umsetzung vermittelt. Die Küche arbeitet nach den in der Lebensmittelverordnung festgelegten Hygienestandards (HACCP). Die Hygienekommission wertet alle Ergebnisse und Meldungen aus und leitet ggf. Maßnahmen zur Verbesserung ein.

3.3 Bereitstellung von Materialien

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

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

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

Die hauseigene Apotheke gewährleistet eine zeitnahe und umfassende Versorgung unserer Patienten mit Arzneimitteln und Medizinprodukten. Unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse legt die Arzneimittelkommission die Arzneimittelliste fest. Für die Beschaffung, Zubereitung und Lagerung liegen schriftliche Regelungen vor. Nicht vorrätige Arzneimittel können jederzeit beschafft werden. Bei der Beschaffung werden anwenderspezifische Anforderungen berücksichtigt.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Die Bestellung und Anwendung von Arzneimitteln erfolgt ausschließlich auf Grund schriftlicher ärztlicher Anordnung. Der Umgang mit und die Anwendung von Medikamenten ist beschrieben und festgelegt. Die Lagerhaltung auf den Stationen wird monatlich überprüft. Die Apotheke überprüft die Medikation von Patienten auf Plausibilität, Wechselwirkung, Dosisangaben und berät den Arztdienst bei der Umstellung von Arzneimitteln. Zweimal jährlich führt die Apotheke eine Stationsbegehung durch.

3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Blut und Blutprodukten.

Als einziges Blutprodukt wird in der LWL Klinik Lippstadt Tetagam angewendet. Die Anwendung ist im Standard "Umgang mit Blut und Blutprodukten" beschrieben. Die Apotheke ist für die Beschaffung und Weitergabe von Tetagam verantwortlich und dokumentiert dies lückenlos. Auf den Stationen liegen Formulare für die Dokumentation vor. Dort wird neben der patientenbezogenen auch eine chargenbezogene Dokumentation vorgenommen. Da diese Abläufe sehr selten vorkommen, werden die Mitarbeiter bei jeder Tetagam-Gabe eng von der Apotheke begleitet.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Die Verantwortung für die Umsetzung des Medizinproduktegesetzes hat die Betriebsleitung an die ärztlichen und pflegerischen Abteilungsleiter delegiert, sie sind die "Beauftragten des Betreibers". Unterstützt werden sie von einem MP-Koordinator. Er ist Ansprechpartner für Instandsetzung und Wartung.

Auf den Stationen und Bereichen liegt ein MPG-Ordner aus, der alle relevanten Unterlagen enthält. Ersteinweisungen und Nachschulungen finden statt und werden dokumentiert. Der Meldeweg bei Vorkommnissen mit Medizinprodukten ist beschrieben.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Wir nehmen unsere Verantwortung beim sorgsamem Umgang mit den Ressourcen wahr und haben dafür einen Umweltbeauftragten benannt. Unsere Ziele sind u.a.: Wasser einzusparen, die Abfallbilanz zu verbessern, keine PVC-Bodenbeläge zu nutzen und das Energiemanagement weiter zu entwickeln.

Wir nutzen eine Gebäudeleittechnik für den optimalen Einsatz der Anlagen, wir erstellen jährlich eine Abfallbilanz und haben Abfallentsorgungspläne, seit 2007 ist ein Blockheizkraftwerk in Betrieb, die Umstellung auf eine dezentrale Warmwasserversorgung ist abgeschlossen.

4 Informationswesen

4.1 Umgang mit Patientendaten

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

4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

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

In unserer Klinik ist die patientenbezogene Dokumentation in einem umfassenden Konzept geregelt. Darin sind Zuständigkeiten und Inhalte, Regelungen zur Aufbewahrung und zur Einsichtnahme festgelegt. Das Konzept gilt für alle Abteilungen und die patientennahen Berufsgruppen.
Die Dokumentation wird von allen an der Behandlung Beteiligten zur Informationsweitergabe genutzt und u. a. im Rahmen der ärztlichen Visiten und der Pflegevisiten überprüft.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Damit der Behandlungsprozess nachvollziehbar ist, werden diagnostische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen in der Patientenakte dokumentiert. Dazu ist jeder an der Behandlung beteiligte Mitarbeiter verpflichtet. Die Vollständigkeit der Dokumentation wird von den Verantwortlichen kontrolliert. Aus der Patientenakte ist der aktuelle Zustand des Patienten, der Verlauf seiner Krankheit, die Begründung für und die Wirkung von ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen zu ersehen.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Die vollständigen Patientenakten von entlassenen Patienten werden im Archiv aufbewahrt und bei nachfolgenden Aufenthalten den Behandlern wieder zur Verfügung gestellt. Dafür werden sie angefordert und sind spätestens am nächsten Tag auf der Station. Administrative Daten, Kurzarztbriefe und Epikrisen sind nach der Entlassung für berechnigte Nutzer im Intranet jederzeit einsehbar.

4.2 Informationsweiterleitung

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

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

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

Dem Informationsaustausch auf und zwischen allen Ebenen kommt eine große Bedeutung bei der Kooperation zum Wohl unserer Patienten zu. Deshalb haben wir ein umfassendes Besprechungswesen etabliert, das die Hierarchieebenen, die organisatorischen Einheiten und Berufsgruppen und die berufsgruppenübergreifenden Belange berücksichtigt. Neben regelmäßigen Besprechungen oder Übergaben auf Team-, Stations- und Abteilungsebene wird das Intranet und E-Mails für die Weitergabe von Informationen genutzt.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Die zentrale Auskunftsstelle für Anrufe von außen ist die Zentralpforte des Zentrums für Forensische Psychiatrie, die die Anrufer weitervermittelt. Dafür liegen den Mitarbeitern eine Arbeitsanweisung und Telefonlisten vor. Sie sind in der Gesprächsführung am Telefon geschult.
Am Standort der Bettenhäuser (Benninghausen) können sich Patienten oder Besucher während der Regelarbeitszeit direkt in der Aufnahmezentrale Informationen einholen. Bei der Erteilung von Auskünften werden die Datenschutzbestimmungen eingehalten.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Die Öffentlichkeit wird über Neuerungen, besondere Ereignisse in der Klinik und über Fachthemen aktiv, verständlich und umfassend informiert. Dazu führen wir u. a. Fachtagungen, Fachvorträge, Informationsveranstaltungen durch, wir pflegen Kontakte zur Presse, zu den Angehörigen unserer Patienten, den Einweisern und Bewohnern der Region. Mit unserem Internetauftritt und den schriftlichen Patientenbroschüren und -flyern geben wir einen umfassenden Überblick über das Leistungsspektrum der einzelnen Abteilungen.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

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

Der Datenschutz ist für die Klinik durch den Träger verbindlich geregelt. Der Träger hat einen hauptamtlichen Datenschutzbeauftragten benannt und hält ein Rahmenkonzept zum Datenschutz vor. In der Klinik Lippstadt ist ein Ansprechpartner für den Datenschutz festgelegt.

Über ein spezielles Zugriffssystem und Passwörter wird der Zugang Unberechtigter auf die elektronisch gespeicherten Daten verhindert. Im Rahmen ihrer Einarbeitung werden die Mitarbeiter besonders auf die Datenschutzbestimmungen hingewiesen.

4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

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

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

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

Zur Unterstützung der effektiven und effizienten Patientenversorgung nutzen wir ein vernetztes Krankenhausinformationssystem, an das sämtliche medizinischen und administrativen Bereiche angeschlossen sind. Sicherungssysteme schützen die Daten bzw. sorgen für den Datenausfall vor.

Das eigene Fortbildungszentrum bietet regelmäßig Schulungen zu Standard-Software an. Bei der Einführung neuer Programme werden systematische Schulungen für die Anwender durchgeführt. Eine Hotline steht den Anwendern für Fragen oder Problemlösungen zur Verfügung.

5 Krankenhausführung

5.1 Entwicklung eines Leitbildes

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

5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

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

Die Grundlage unseres Handelns ist unser Leitbild, das den Rahmen für die medizinisch-therapeutische und pflegerische Arbeit bildet. Es enthält Aussagen zu den Unternehmenszielen, dem Menschenbild, den Mitarbeitern, zur Organisationsentwicklung, zum Führungsverständnis und zum Verhältnis zur Öffentlichkeit. Das Leitbild wurde in einem mehrstufigen Prozess erarbeitet, an dem sich alle Mitarbeiter beteiligen konnten. Es liegt in schriftlicher Form als Wandplakat und als handliches Lesezeichen vor und ist in unserem Internetauftritt einsehbar.

5.2 Zielplanung

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

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

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

Die Betriebsleitung entwickelt jährlich in enger Kooperation mit dem Träger die Strategie für die Klinik. Hierzu gehört vor allem der Abschluss der Zusammenführung der beiden Standorte Lippstadt und Warstein sowie der Ausbau von tagesklinischen Angeboten und der ambulanten Versorgung. Außerdem wird die überregionale Ausrichtung weiter verfolgt. In jährlichen Strategieworkshops und Strategiebesprechungen, in die alle Führungsgremien eingebunden sind, werden die Leistungsdaten und der Markt analysiert und der Prozess gesteuert.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die Struktur der Klinik Lippstadt ist in Organigrammen abgebildet, die im Intranet veröffentlicht sind und regelmäßig aktualisiert werden. Die Organigramme bilden Funktionen, Personen und die Zuständigkeitsbereiche eindeutig ab. Eine Vielzahl von Projekt- und Arbeitsgruppen arbeitet an Optimierungs- oder Qualitätsverbesserungsprojekten. Sie werden von der Betriebsleitung, den Linienvorgesetzten bzw. vom Qualitätsmanagement überwacht. Für die Bearbeitung von Projekten gibt es Rahmenvorgaben.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Die betriebswirtschaftliche Planung der Klinik Lippstadt umfasst den Erfolgsplan, den Wirtschaftsplan und den Investitionsplan. Auf der Grundlage der Trägervorgaben, der Budgetverhandlungen und der Anforderungen aus den Abteilungen werden die Pläne einmal jährlich von der Abteilung Finanzwesen erstellt. Die Investitionsplanung gilt für jeweils 5 Jahre und wird rollierend aktualisiert. Die Mitarbeiter werden in regelmäßigen Personalversammlungen über die wirtschaftliche Gesamtsituation informiert.

5.3 Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung

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

5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

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

Leitungsgremien und Kommissionen der Klinik tagen in festgelegten Zyklen, die für ein Jahr im Voraus geplant sind. Geschäftsordnungen regeln die Arbeitsweise und Verantwortlichkeiten. Die Effektivität der Besprechungen wird durch Tagesordnungen, Protokolle und Maßnahmenpläne zur Ergebnissicherung gewährleistet. Relevante Ergebnisse werden den jeweiligen Mitarbeitern über E-Mail oder in Besprechungen mitgeteilt. Für das Protokollwesen wird ein Datenbanksystem genutzt, das alle Protokolle und damit verbundene Arbeitsaufträge verwaltet und transparent macht.

5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

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

Die Arbeit der Betriebsleitung als oberstes Gremium der Klinik wird durch Vorgaben des Trägers strukturiert, die Geschäftsordnungscharakter haben. Wöchentliche Besprechungen der Betriebsleitung mit Tagesordnung und Protokoll sind der Kern der gemeinsamen Klinikführung. Das Netz der Regelkommunikation sichert den Informationsfluss von oben nach unten und umgekehrt. Die Umsetzung von Entscheidungen wird in den nachfolgenden Sitzungen überprüft.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

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

Die Stabstelle Controlling stellt der Betriebsleitung regelmäßig die wichtigsten betriebswirtschaftlichen Eckdaten (Kosten, Leistungen, Erlöse, Liquidität, Finanzstatus) zur Verfügung. Andere Leitungsgremien informieren die Betriebsleitung durch Protokolle. Sogenannte "Besondere Vorkommnisse" werden von den Stationen per Fax an die Betriebsleitung gemeldet. Außerdem besuchen die Mitglieder der Betriebsleitung anlassbezogen oder stichprobenartig einzelne Stationen oder andere Leistungsbereiche, um sich vor Ort zu informieren.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Die Grundlage der Vertrauenskultur ist in unserem Leitbild beschrieben, das unter Beteiligung der Beschäftigten entwickelt wurde. Eckpunkte sind Eigenverantwortung, Offenheit, Respekt und Loyalität. Zu den vertrauensbildenden Maßnahmen gehören auch die Dienstvereinbarungen zum Suchtmittelkonsum, Mobbing und die regelmäßigen Gespräche mit dem Personalrat. Über Betriebsausflüge und Sommerfeste wird regelmäßig ein Rahmen geschaffen, in dem Mitarbeiter aller Berufsgruppen und -positionen einen unkomplizierten und informellen Gesprächsaustausch betreiben können.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

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

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Für die Bearbeitung ethischer Problemstellungen haben wir Anfang 2008 eine Ethik-Kommission eingerichtet. Mitarbeiter und Patienten können Themen und Beratungsbedarf anmelden und an den mehrmals im Jahr stattfindenden Sitzungen teilnehmen. Darüber hinaus werden ethische Fragestellungen interdisziplinär und berufsgruppenübergreifend in der täglichen Arbeit thematisiert und reflektiert. Die Seelsorger stehen allen Patienten, Angehörigen und den Mitarbeitern für Gespräche und zur Unterstützung zur Verfügung.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Patienten mit zum Tod führenden Krankheiten sind in der Klinik eine Ausnahme. Tritt dieser Fall ein, stehen Ärzte, Pflegepersonal, der Sozialdienst und die Seelsorge zur Verfügung. Dabei steht die Herstellung einer angst- und schmerzfreien Atmosphäre im Vordergrund. Für die Begleitung Sterbender haben wir einen Pflegestandard. Angehörige werden angeregt und ggf. angeleitet, den Patienten während der letzten Lebenszeit zu begleiten.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Der respektvolle Umgang mit Verstorbenen und die angemessene Begleitung der Angehörigen gehört zu den Grundlagen unseres Handelns. Dafür liegt ein Pflegestandard vor. Den Angehörigen geben wir die Möglichkeit, in einem würdigen Rahmen Abschied zu nehmen. Eine Aussegnungsfeier und seelsorgerische Betreuung ist auf Wunsch möglich.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

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

6.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement

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

Die Weiterentwicklung und Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems wird in unserer Klinik als Führungsaufgabe verstanden, in die alle Führungsebenen einbezogen sind. In einem Konzept sind die Struktur und Aufgaben aller am QM beteiligten Gremien und Funktionen beschrieben. Die QM-Lenkungsgruppe steuert auf einer oberen Ebene den Prozess und berät die Betriebsleitung bei Fragen zum QM. Die QM-Arbeitsgruppe arbeitet operativ an QM-relevanten Themen. Abteilungsintern sind die Linienverantwortlichen für das Qualitätsmanagement zuständig.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Die Qualitätsziele der Klinik wurden in der QM-Lenkungsgruppe entwickelt. Grundlage waren die Vorgaben des Trägers, die Strategie und das Leitbild der Klinik. Schwerpunktthemen der Qualitätsziele sind u. a. die Weiterentwicklung des psychosozialen Angebotes im Kreis Soest, die Reduktion administrativer Aufgaben im Pflege- und Therapeutischen Dienst und die Auseinandersetzung mit ethischen Fragen. Außerdem vereinbart der Träger Qualitätsziele mit der Betriebsleitung und es finden Zielvereinbarungsgespräche zwischen der Betriebsleitung und den Chefärzten statt.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Die Verantwortung für Qualität und das Qualitätsmanagement liegt bei der Betriebsleitung und den Führungskräften. In verschiedenen QM-Gremien und QM-Arbeitskreisen sind alle Bereiche und Hierarchieebenen in die Qualitätsarbeit eingebunden. Ein hauptamtlicher QM-Beauftragter ist für die Umsetzung des QM verantwortlich. Zu seinen Aufgaben gehört u. a. Konzeptentwicklung, Moderation von Arbeits- und Projektgruppen, Durchführung und Auswertung der Mitarbeiterbefragung und Kommunikation mit allen Bereichen und Ebenen zu QM-relevanten Themen.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Zur internen Qualitätssicherung werden zahlreiche Instrumente und Methoden genutzt: Befragungen (Patienten und Mitarbeiter), Supervision, die Auswertung und Analyse von Daten (Stürze, Fixierung etc.), Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team, Gefährdungsanalysen u.a. Standards und Konzepte stellen ein einheitliches und nachprüfbares Vorgehen sicher. Mit internen und externen Fortbildungen halten wir unsere Mitarbeiter auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse.

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

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

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Über die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung hinaus werden qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und analysiert.

Die Klinik sammelt regelmäßig und systematisch Daten mit dem Ziel, die Arbeit zu analysieren, zu bewerten und fundierte Entscheidungen für die Weiterentwicklung und Verbesserung treffen zu können. So werden Daten zur Belegung, zu den Budgets (z. B. Personal, Fortbildung, Sachkosten), zu Infektionen, Fixierungen, Stürzen, Rückfällen und viele andere mehr gesammelt. Die Bewertung der Ergebnisse und die Entwicklung von Maßnahmen erfolgt in den verschiedenen QM-Gremien und innerhalb der Linienorganisation.

6.3.2 Nutzung von Befragungen

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

Befragungen werden als wichtiges Instrument zur Identifikation von Verbesserungspotenzialen verstanden und in großem Umfang genutzt. Sie werden sowohl vom Träger wie auch von der Betriebsleitung initiiert und finden regelmäßig als Einweiser-, Mitarbeiter- und Patientenbefragungen statt. Zusätzlich werden Erhebungen zu besonderen Fragestellungen in einzelnen Bereichen (z. B. Suchtmedizin, Tagesklinik) durchgeführt. Die Ergebnisse der Befragungen werden an die Bereiche oder Abteilungen zurück gemeldet und hierüber Verbesserungsmaßnahmen initiiert.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Ein strukturiertes Beschwerdemanagement existiert auf zwei Ebenen. Beim Träger ist eine zentrale Beschwerdekommision eingerichtet. Darüber hinaus gibt es ein klinikinternes Beschwerdemanagement, das in einem Standard beschrieben ist. Auf jeder Station ist ein Ansprechpartner für Beschwerden benannt. Außerdem kann in den Morgenrunden, den Visiten und im persönlichen Gespräch mit den Mitarbeitern Kritik geäußert werden. Beschwerden werden schriftlich erfasst und zeitnah bearbeitet. Die Beschwerdeprotokolle werden vom Pflegedirektor gesammelt und ausgewertet.

6.4 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Die Daten der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V werden systematisch erhoben und die Auswertungen zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.4.1 Beteiligung an der externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus beteiligt sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung.

Eine Teilnahme psychiatrischer Fachkliniken an der externen Qualitätssicherung war für das Berichtsjahr 2007 nicht vorgesehen.

6.4.2 Umgang mit den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus analysiert systematisch die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung und legt ggf. notwendige Konsequenzen fest.

Eine Teilnahme psychiatrischer Fachkliniken an der externen Qualitätssicherung war für das Berichtsjahr 2007 nicht vorgesehen.