

The logo for LWL (Lippische Westfälische Landesbank) consists 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-Kliniken Marsberg**
Anschrift: Weist 45 / Bredelarer Str. 33
34431 Marsberg

Institutionskennzeichen: **260590721**
260590710

Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2009 – 0031 K
durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle

QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH

Datum der Ausstellung: **20.04.2009**
Gültigkeitsdauer: **19.04.2012**

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Einleitung	5
Die KTQ-Kriterien beschrieben von LWL-Klinik Marsberg	8
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	8
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung.....	12
3 Sicherheit im Krankenhaus.....	15
4 Informationswesen	18
5 Krankenhausführung	20
6 Qualitätsmanagement	23

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 Patientensorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit, das Informationswesen, die Führung und das Qualitätsmanagement der Einrichtung beziehen.

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

Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen. Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den 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.

¹ ZU DIESEN ZÄHLEN: VERBAND DER ERSATZKASSEN E. V., AOK-BUNDESVERBAND, BKK-BUNDESVERBAND, IKK-BUNDESVERBAND, SPITZENVERBAND DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN SOZIALKASSEN, DIE KNAPPSCHAFT

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 KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich seines Leistungsspektrums, seiner Leistungsfähigkeit und seines Qualitätsmanagements vermitteln kann.

Die Qualitätsberichte sind auch auf der KTQ-Homepage unter **www.ktq.de** abrufbar.

Dr. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Spitzen-
verbände der Krankenkassen

Dr. med. B. Metzinger

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller

Für den Deutschen Pflegerat

Dr.med. Roland Quast

Für den Hartmannbund

Einleitung

Träger der LWL-Kliniken Marsberg ist der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), der für rund 8,5 Millionen Menschen im westlichen Landesteil von Nordrhein-Westfalen Aufgaben im sozialen Bereich, in der Behinderten- und Jugendhilfe, in der Psychiatrie und in der Kultur wahrnimmt. Mit dem LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen bietet der LWL für psychisch kranke und psychisch oder geistig behinderte Menschen vielfältige Leistungen zur Behandlung, Rehabilitation, Eingliederung und Pflege an. Als Teil des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen gehören unsere beiden Marsberger Kliniken den Bürgerinnen und Bürgern. Wir sind als kommunaler Dienstleister für die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen aus der Region zuständig. Darüber hinaus verstehen wir uns aber auch als bedarfsorientierter überregionaler Anbieter psychiatrischer und psychotherapeutischer Diagnostik und Behandlung. Wir gestalten öffentliches Leben mit, fördern Begegnungen zwischen gesunden und kranken Menschen und sensibilisieren für einen unbefangenen und toleranten Umgang miteinander.



Aus unserer Tradition als eine der ältesten psychiatrischen Einrichtungen Deutschlands ist bei uns ein besonderes Verständnis für Menschen mit psychischen Störungen gewachsen. Hieraus fühlen wir uns zu einem offenen und kritischen Umgang mit der Geschichte der Psychiatrie verpflichtet. Heute sind wir ein modernes psychiatrisches und psychotherapeutisches Zentrum, das sich an aktuellen, wissenschaftlich fundierten Behandlungsrichtlinien orientiert. Unsere Stärke sind unsere integrierten, ressourcenorientierten Behandlungskonzepte mit besonderen Leistungsangeboten beider Kliniken. Dadurch können wir unseren Patientinnen und Patienten eine auf individuelle Bedürfnisse ausgerichtete, spezialisierte und differenzierte Behandlung im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich anbieten.

Die Klinik für Erwachsenenpsychiatrie verfügt neben 115 vollstationären und jeweils 15 tagesklinischen Behandlungsplätzen in Marsberg und in Schmallenberg-Bad Fredeburg über 30 Plätze für medizinische Rehabilitation für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und eine große Institutsambulanz in Marsberg. In der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen insgesamt 84 Behandlungsplätze, davon insgesamt 30 tagesklinische Plätze in Paderborn, Meschede und Höxter sowie ambulante Angebote an allen Standorten zur Verfügung.

Die LWL-Kliniken Marsberg verstehen sich als Unterstützer und Begleiter auf dem Weg in ein gesünderes Leben mit mehr Lebensqualität. Hierfür stellen wir unseren Patientinnen und Patienten ein umfassendes und differenziertes Behandlungsangebot zur Verfügung, das ihnen in allen Lebensphasen - von der Kindheit bis zum Alter - und bei jeder Form von psychischer Erkrankung gerecht werden soll.



Durch dieses Angebot, die unterstützenden internen Dienstleistungen von Verwaltung, Wirtschaft und Technik und die hohe fachliche Kompetenz aller unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist es uns möglich, den uns anvertrauten Patientinnen und Patienten eine ihren individuellen Bedürfnissen und Störungsbildern entsprechende differenzierte Behandlung anbieten zu können. Im Rahmen einer modernen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung können unsere Patientinnen und Patienten eine stationäre Therapie in Anspruch nehmen, wenn unser ambulantes Angebot in den Institutsambulanzen einschließlich der ambulanten psychiatrischen Behandlungspflege oder eine teilstationäre Therapie in den Tageskliniken nicht ausreichen. Diese umfassende Behandlungskette wird ergänzt durch die Einbindung in das Marsberger Kompetenzzentrum für seelische Gesundheit und ein aktives Mitgestalten des psychiatrischen Netzwerkes der Region. Darüber hinaus bieten wir spezialisierte Behandlungen nicht nur gemeindenah, sondern auch überregional an.

In Diagnostik, Behandlung und Pflege orientieren wir uns an aktuellen und wissenschaftlich fundierten Leitlinien. Auf der Grundlage unseres ganzheitlichen Behandlungskonzepts bemühen wir uns darum, seelische, geistige, körperliche und soziale Aspekte gemeinsam und integriert zu berücksichtigen. Dabei dient die enge Kooperation zwischen den beiden Kliniken dem Wohle unserer Patientinnen und Patienten. Wir legen besonderes Augenmerk auch auf geschlechts- und altersspezifische Gesichtspunkte. Vorhandene Ressourcen unserer Patientinnen und Patienten fördern wir mit dem Ziel der Gesundung und der eigenständigen Lebensführung im persönlichen Umfeld. Unsere Professionalität und Kompetenzen entwickeln wir ständig weiter durch eine kontinuierliche und umfassende Fort- und Weiterbildung. Wir engagieren uns gezielt in der Ausbildung von Nachwuchskräften.

Unsere Leistungen und unser Handeln prüfen wir sorgfältig. Kontinuierliche Verbesserungen werden durch ein gezieltes praxisorientiertes Qualitätsmanagement einschließlich Beschwerde- und Ideenmanagement initiiert.

Wir legen Wert auf eine vertrauensvolle Atmosphäre sowie klare Vorgaben und Strukturen, um damit Sicherheit und therapeutisch tragfähige Beziehungen zu fördern. Die vertrauensvolle Atmosphäre schaffen wir durch Offenheit und Transparenz, Wertschätzung und Akzeptanz. Uns ist ein einführender Umgang mit unseren Patientinnen und Patienten besonders wichtig. Wir gehen verantwortungsvoll mit Nähe und Distanz um. Von unseren



Patientinnen und Patienten erhoffen wir uns offene Rückmeldungen, um unser Behandlungsangebot stetig weiterentwickeln zu können. Therapeutische Entscheidungen werden im multiprofessionellen Team erarbeitet und gemeinsam getragen. Die Entwicklung der individuellen Behandlungsziele und deren Umsetzung im Behandlungsprozess geschieht - soweit dies möglich ist - in enger Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten. Wir suchen den Dialog und klären umfassend über das jeweilige Krankheitsbild und die notwendige Therapie auf. Dabei sind wir offen für kritische Fragen, nehmen Anregungen auf und reagieren auf neue Anforderungen. So können Behandlung und Betreuung eine „Hilfe zur Selbsthilfe“ werden und Eigenverantwortung und Mitbestimmung unserer Patientinnen und Patienten gefördert werden. Ihre Bedürfnisse sind für uns die zentrale Richtschnur. Ziel ist es, die Patientinnen und Patienten in schwierigen Phasen aufzufangen, zu begleiten und ihnen dabei zu helfen, wieder auf die eigenen Beine zu kommen. Dazu verbinden wir Menschlichkeit und Teilnahme mit Effizienz, Professionalität und Leistungsfähigkeit.



Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LWL-Kliniken Marsberg handeln nach den beschriebenen Werten und Zielen. Sie sind es, die unsere Kliniken zu lernenden Organisationen machen. Sie gewährleisten durch ihre individuellen Tätigkeiten und ihr persönliches Engagement eine gute Versorgung von Patientinnen und Patienten unter sich wandelnden Rahmenbedingungen.

Der vorliegende Qualitätsbericht soll Ihnen einen Einblick in unsere Arbeit geben und einen Eindruck vermitteln, was wir machen und wie wir es machen.

Die KTO-Kriterien beschrieben von LWL-Klinik Marsberg

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.

Es ist ein zentrales Anliegen unserer Kliniken, allen Patienten die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Daher bereiten wir die Behandlung optimal vor, indem wir es bereits im Vorfeld ermöglichen - z. B. in ambulanten Vorgesprächen oder über Informationsbroschüren und unseren Internetauftritt - die Kliniken und das Leistungsangebot kennen zu lernen. Unsere Patienten werden in Abhängigkeit von ihrem jeweiligen Zustand über die Vorgehensweise einer stationären Aufnahme informiert. Ziel ist es, allen Patienten jederzeit einen adäquaten Behandlungsplatz anzubieten.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Die Anfahrten zu den Kliniken sind ab Ortsbeginn ausgeschildert, die Einfahrten sind deutlich gekennzeichnet. Zudem bestehen Wegweiser zu den einzelnen Gebäuden. Die Wege zu den Stationen sind innerhalb der Gebäude ausgeschildert. Außerdem geben die Mitarbeiter der Pforten kompetent Auskunft und händigen bei Bedarf Lagepläne aus. In den Stationen, insbesondere den Kinderstationen und der Gerontopsychiatrie, werden Symbole zur besseren Orientierung und Piktogramme genutzt. In beiden Kliniken sind die Notaufnahme-Stationen besonders beschildert.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Der Erstkontakt wird für alle Patienten angenehm gestaltet und eine schnellst mögliche Versorgung des Patienten gewährleistet. Der Patient wird zuerst von dem pflegerischen Personal auf der Station aufgenommen. Zeitgleich wird der zuständige Arzt verständigt. Bei der Aufnahme eines Patienten werden alle seine Erkrankung betreffenden Informationen eingeholt. In Gesprächen mit Ärzten und Pflegepersonal wird Vertrauen aufgebaut und Informationen zur Behandlung gegeben. Persönliche Bedürfnisse werden weitgehend berücksichtigt.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

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

Die Sicherstellung des Versorgungsauftrages, die Vermeidung stationärer Einweisungen und ein umfassendes Angebot an qualitativ hochwertigen Leistungen, sowie langfristige Behandlungsangebote für chronisch psychisch kranke Patienten zeichnen die ambulante Patientenversorgung aus. In den insgesamt fünf Ambulanzen bieten kompetente Teams aus Ärzten, Gesundheits- und Krankenpflegern und Psychotherapeuten Sprechstunden und zusätzliche gruppentherapeutische Angebote an.

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.

Die Ersteinschätzung dient der zeitnahen Erhebung aller relevanten Patientendaten im Rahmen der Anamnese und des Pflegeassessments. Sie dient dazu, sich ein umfassendes Bild über den körperlichen und seelischen Zustand des Patienten und seine soziale Situation zu machen. Im individuellen Aufnahmegespräch wird dies unter Beachtung vorliegender Befunde erfasst. Erste diagnostische und therapeutische Maßnahmen werden mit dem Patienten besprochen. Ein Facharzt überprüft alle Diagnosen und Anordnungen. Die Wahrung von Intimsphäre und Datenschutz ist selbstverständlich.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Befunde aus früheren Untersuchungen und Behandlungen werden genutzt, um sich schnell einen Überblick über den bisherigen Krankheitsverlauf zu verschaffen und Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Angestrebt wird die lückenlose Rekonstruktion der Vorgeschichte unter Berücksichtigung früherer Überlegungen und Erfahrungen. Hierzu sind Befunde aus früheren Behandlungen in den Kliniken oder Ambulanzen rund um die Uhr zugänglich. Befunde externer Behandler werden mit Genehmigung der Patienten angefordert.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Die Behandlung in unseren Kliniken orientiert sich an aktuellen medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Standards sowie den Bedürfnissen der Patienten. Auf Grundlage der bei der Aufnahme erhobenen Daten erfolgt eine erste Behandlungsplanung mit Festlegung der Behandlungsziele. In den täglichen und wöchentlichen Besprechungen werden die geplanten und durchgeführten Maßnahmen evaluiert und der Behandlungsplan ggf. angepasst.

1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Der Patient und ggf. Angehörige und Betreuer werden von Anfang an an der Behandlungsplanung beteiligt. Im Gespräch mit dem Patienten werden seine Ressourcen und Defizite erhoben, diese werden in der Behandlungsplanung berücksichtigt. In Visiten und therapeutischen Gesprächen wird der Patient über den Fortschritt seiner Behandlung informiert, und der Behandlungsplan wird gemeinsam weiterentwickelt. Bei ablehnender Haltung werden dem Patienten Alternativen aufgezeigt und er wird über mögliche Folgen einer Nichtbehandlung aufgeklärt.

1.3 Durchführung der Patientenversorgung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten erfolgt in koordinierter Weise gemäß multiprofessioneller 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.

Es ist unser Ziel, eine umfassende Behandlung und Pflege durchzuführen. Dafür arbeiten alle am Behandlungs- und Pflegeprozess beteiligten Berufsgruppen eng zusammen, um bei jedem Patienten die seelischen, körperlichen und sozialen Aspekte der Erkrankung zu berücksichtigen und in einem ganzheitlichen Behandlungskonzept zu integrieren. Durch eine gute Strukturierung der Kooperation erfolgen dabei Behandlung und Pflege zeitgerecht. Um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen, orientieren sich alle Berufsgruppen an aktuellen Standards.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Der Patientenversorgung werden Leitlinien mit, wo möglich, Evidenzbezug zugrunde gelegt.

Grundlegendes Ziel der Kliniken ist eine Therapie gemäß dem aktuellen psychiatrisch-psychotherapeutischen und pflegewissenschaftlichen Stand. Sichergestellt wird dies durch die Anwendung der Leitlinien der Fachgesellschaften sowie Behandlungs- und Pflegestandards, die sich an den nationalen Expertenstandards orientieren. Die Behandlungsstandards sind berufsgruppenbezogen. Wenn eine berufsgruppenübergreifende Behandlung möglich und sinnvoll ist, werden die Abläufe in Form von Handlungsrichtlinien, Konzepten oder Verfahrensanweisungen beschrieben.

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.

Der Patient wird in Abhängigkeit von der klinischen Symptomatik über alle Behandlungsschritte und seine Erkrankung verständlich und ausführlich informiert. Alle Mitarbeiter stellen sich den Patienten beim Erstkontakt vor. In allen Stationen befinden sich Posterwände mit Fotos und Namen der Stationsmitarbeiter. Die Patientenzimmer verfügen größtenteils über Nasszellen, die Aufenthalts- und Gruppenräume sind ansprechend eingerichtet. Die Patienten können Besuche in den therapiefreien Zeiten empfangen.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Wir bieten eine gesunde, ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung. Die Küche setzt Bioprodukte ein und hat dafür in den Jahren 2006, 2007 und 2008 ein Zertifikat erhalten. Die Patienten haben die Wahl zwischen zwei Standardmenüs und vegetarischer Kost. Spezielle Diäten sowie kulturelle und religiöse Besonderheiten werden berücksichtigt. Die Küche arbeitet nach den strengen Vorschriften des HACCP- Konzeptes. Die Mahlzeiten werden in einem ungestörten Umfeld eingenommen. Eine Ernährungsberatung durch eine Diätassistentin kann in Anspruch genommen werden.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Die aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit aller an der Versorgung des Patienten beteiligten Berufsgruppen zur Gewährleistung einer notwendigen und hochwertigen Behandlung erfolgt koordiniert. Dies geschieht durch Absprachen in multiprofessionellen Teams. Es werden für jeden Patienten individuelle Behandlungsziele festgelegt, an deren Maßnahmen sich alle Berufsgruppen orientieren. Die Koordinierung obliegt dem behandelnden Arzt bzw. Facharzt.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Durch die enge Zusammenarbeit und den regelmäßigen Austausch aller an der Behandlung beteiligten Fachkräfte können wir die Behandlung unserer Patienten optimal gestalten. Unsere Behandlungsteams sind multiprofessionell aus allen in der Psychiatrie-Personalverordnung vorgesehenen Berufsgruppen zusammengesetzt. Im kontinuierlichen Dialog, z. B. in Visiten, Teambesprechungen und Schichtübergaben, werden Informationen weitergegeben.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Visiten finden unter Wahrung der Intimsphäre und des Datenschutzes im Einzelkontakt mit den Patienten statt. Sie dienen der Information der Patienten und aller am Behandlungsprozess Beteiligten. Diese verschaffen sich einen Überblick über den Stand der Diagnostik und Behandlung und besprechen mit dem Patienten die nächsten Behandlungsschritte. Die Visitenzeiten sind den Tagesabläufen angepasst und werden den Patienten durch ausgehängte Pläne mitgeteilt. Es finden regelmäßig Oberarzt- und Chefarztvisiten statt.

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.

Durch eine frühzeitige Entlassplanung sollen die Voraussetzungen für einen langfristigen Behandlungserfolg geschaffen werden. Die Planung, Vorbereitung und Organisation von Entlassung oder Verlegung werden sorgfältig unter Berücksichtigung der häuslichen Situation durchgeführt. Hierzu gehören die frühzeitige Einbindung des Sozialdienstes und die Beteiligung und Information von Patienten, Angehörigen und ggf. der Sorgeberechtigten / Betreuer. Bezugstherapeuten und Bezugspflegekraft führen mit den Patienten ausführliche Entlassungsgespräche.

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.

Bei Entlassung oder Verlegung unserer Patienten legen wir Wert auf eine lückenlose und umfassende Information der für die weitere Behandlung/Versorgung Verantwortlichen. Dies geschieht sowohl über unmittelbar den Patienten mitgegebene Unterlagen als auch über persönliche Information. Bereits während der Behandlung erfolgen Kontakte zu den nachsorgenden Einrichtungen, um Informationen weiterzugeben und Absprachen zu treffen. Mittels frühzeitiger Entlassungsplanung wird sichergestellt, dass alle erforderlichen Entlassungsunterlagen rechtzeitig vorliegen.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Unsere Kliniken pflegen enge Kontakte zu weiterbehandelnden niedergelassenen Ärzten sowie zu komplementären Diensten und Einrichtungen. Im Rahmen der Zuweisung eines Patienten in eine externe Einrichtung wie z. B. eine Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtung erfolgt eine Übergabe durch den Pflegedienst und den ärztlich-therapeutischen Dienst. Sind Patienten und Sorgeberechtigte/Betreuer einverstanden, können die nachsorgenden Einrichtungen bereits im Vorfeld gemeinsam mit dem Sozialdienst oder in Einzelfällen in Begleitung der Bezugspflegekraft besucht werden.

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.

Damit zu jedem Zeitpunkt eine ausreichende Zahl von Fachkräften für die Behandlung zur Verfügung steht, ermitteln wir anhand aktueller Belegungszahlen und der Psychiatrie-Personalverordnung die Personalbesetzung. Die Betriebsleitung steuert diesen Prozess. Wir halten eine hohe Fachkraftquote sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich vor.

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.

Durch eine systematische Personalentwicklung wollen wir erreichen, dass zu jeder Zeit qualifiziertes Personal zur Verfügung steht, eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit vorhanden ist und dadurch eine hochwertige Versorgung unserer Patienten erreicht wird. Hierzu bieten wir eine bedarfsorientierte und effektive Steuerung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Weitere Elemente zur Personalentwicklung in unseren Kliniken sind ein halbjährlich erstelltes innerbetriebliches Fortbildungsprogramm sowie regelmäßige Mitarbeiter- und Zielplangespräche.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Um fachliche Anforderungen nachvollziehbar und transparent zu machen, bestehen für die überwiegende Zahl der Stellen Stellenbeschreibungen, an denen sich auch die Einstellung neuer Mitarbeiter orientiert. Für besondere Aufgaben werden Mitarbeiter mit speziellen Weiterbildungen eingesetzt (z. B. Hygienefachkräfte). Durch regelmäßige Fort- und Weiterbildungen haben die Mitarbeiter die Verpflichtung, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten ständig weiterzuentwickeln.

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.

Unsere Mitarbeiter sollen sich sowohl fachlich als auch persönlich weiterentwickeln, um ihre Aufgaben qualitativ hochwertig erfüllen zu können. Dies ermöglichen wir durch zahlreiche innerbetriebliche Fortbildungsangebote und der Mitgliedschaft in einem Weiterbildungsverbund für Ärzte und Psychologen sowie die Teilnahme an externen Fort- und Weiterbildungen, die sich auf aktuelle Entwicklungen der Psychiatrie und Psychotherapie beziehen. Auch nach außen gerichtete medizinische und pflegerische Fortbildungen werden angeboten.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Es erfolgt jährlich eine realistische finanzielle Planung für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen durch die Festlegung eines Fortbildungsbudgets. Die Verteilung des Gesamtbudgets erfolgt am prognostizierten Bedarf. Der Mitarbeiter beantragt die beabsichtigte Maßnahme und bespricht mit dem Vorgesetzten das Freistellungskontingent und die Finanzierung. Der Vorgesetzte bespricht seinerseits seine Vorstellungen für bestimmte Fortbildungen mit einzelnen Mitarbeitern.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

In den beiden Klinikbibliotheken haben alle Mitarbeiter Zugriff auf eine breite Auswahl an Fachliteratur wie aktuelle Fachzeitschriften und Fachbücher. Darüber hinaus können fachbezogene elektronische Datenbanken genutzt werden. Über Internetzugänge ist sichergestellt, dass die Mitarbeiter Zugang zu den neuesten Informationen z. B. zu Diagnostik und Therapie haben. Medien zur Tagungstechnik und notwendige Räumlichkeiten sind umfassend vorhanden. Der Bestand der Fachliteratur wird ständig erweitert.

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 Gesundheits- und Krankenpflegeschüler erfolgt qualitativ hochwertig und praxisnah. Die theoretische Ausbildung erfolgt in der eigenen LWL-Akademie. Durch die kontinuierliche Anleitung der Auszubildenden durch ausgebildete Praxisanleiter in allen Stationen ist die praktische Ausbildung sichergestellt und vernetzt.

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.

Der Führungsstil in den Kliniken ist nach den Grundsätzen im Leitbild ausgerichtet und berücksichtigt Mitarbeiterbedürfnisse sowie ökonomische und organisatorische Erfordernisse. Die Führungskräfte im Unternehmen sind verpflichtet, die Ziele des Unternehmens zu unterstützen. Mitarbeiter- und Zielplangespräche dienen der Einbeziehung der Mitarbeiter in die strategische Planung. Die Eigenverantwortung der Mitarbeiter wird durch Beteiligung am Ideenmanagement und Mitarbeit in zahlreichen Projekten gefördert.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Es gibt für alle Bereiche geregelte und durch die Personalvertretungen mitbestimmte Dienst- und Arbeitszeiten. Die arbeitszeitbezogenen Vorgaben für jeden Mitarbeiter im Sinne des Arbeitsschutzes und des Tarifrechts werden eingehalten. Moderne Arbeitszeitmodelle werden angewendet. Durch Erstellung von Dienst- und Urlaubsplänen, die unter Berücksichtigung der Mitarbeiterwünsche erstellt werden, erfolgt eine Sicherstellung der Patientenversorgung.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Neue Mitarbeiter werden gut in die Dienstgemeinschaft der Klinik integriert, indem sie systematisch nach Einarbeitungskonzepten und durch feste Ansprechpersonen/Mentoren eingearbeitet werden. Dadurch lernen sie die Regelungen und Anweisungen für den Klinikalltag effektiv und effizient kennen. Zusätzlich existiert ein ausführliches Informationshandbuch für neue Mitarbeiter. Des Weiteren werden mit den neuen Mitarbeitern mehrere Gespräche während der Einarbeitungsphase geführt.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Durch unser systematisches prämiengestütztes Ideenmanagement fördern wir die aktive Beteiligung der Mitarbeiter an Maßnahmen, die die Wirtschaftlichkeit erhöhen, die Serviceorientierung stärken sowie die allgemeinen Arbeitsbedingungen und die Zusammenarbeit der Beschäftigten untereinander und die Arbeitssicherheit und den Umweltschutz verbessern. Ebenfalls existiert ein systematisches Beschwerdemanagement, welches nicht nur von den Patienten, sondern auch von den Mitarbeitern genutzt werden kann.

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.

Unser Umgang mit dem Arbeitsschutz hat das Ziel, Gesundheitsgefahren zu minimieren und Gefahrenquellen zu beseitigen. Hierbei halten wir die allgemein anerkannten sicherheitstechnischen und arbeitsmedizinischen Regeln ein. Unsere Fachkraft für Arbeitssicherheit führt regelmäßig protokollierte Begehungen durch. Die regelmäßigen ärztlichen Untersuchungen der Mitarbeiter führt ein externer Betriebsarzt durch.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Im „Notfallplan“ wird der Brandschutz sowie das Verhalten im Falle eines Brandes, einer Alarmierung oder einer Evakuierung geregelt. Die Brandschutzordnung hängt in allen Bereichen mehrfach aus. (i. d. R. im Dienstzimmer und bei allen Feuerlöschern). Die gesamte Einrichtung ist mit Flucht- und Rettungswegplänen ausgestattet. Es liegt ein Feuerwehrplan inkl. Laufkarten vor, der u.a. die Anfahrtswege der Feuerwehr beinhaltet. Für alle Mitarbeiter erfolgen regelmäßige dokumentierte Belehrungen und Brandschutzübungen.

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.

Entsprechend den Anforderungen des Gesundheitsamtes wurde ein Plan (Management bei gehäuftem Auftreten infektiöser Erkrankungen) entwickelt, der auch für den Fall einer Influenza-Pandemie zur Anwendung kommt. Der Notfallplan enthält Regelungen zum Umgang mit internen Gefahrenlagen wie z. B. Brand oder Explosion. Regelungen zum Umgang mit externen Gefahrenlagen sind in Bearbeitung. Das Notstromaggregat wird einmal monatlich unter Last geprüft und jährlich von einer Fachfirma gewartet.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Eine Verfahrensanweisung regelt das Verhalten und die Verantwortlichkeiten bei medizinischen Notfällen. Notfalltaschen sind in jeder Station vorhanden und werden regelmäßig kontrolliert. Notfallkoffer und Medikamentennotdepots befinden sich an beiden Standorten und werden ebenfalls regelmäßig kontrolliert. Ersthelferschulungen werden jährlich durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit organisiert. Notfall- und Reanimationstrainings werden über die innerbetriebliche Fortbildung regelmäßig angeboten.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Es liegen umfangreiche Regelungen und Standards zum Umgang bei Eigen- und Fremdgefährdungen vor. U. a. sind dies Anweisungen zur Beaufsichtigung von Minderjährigen, Umgang mit orientierungslosen Patienten und Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen. Für suizidgefährdete und aggressive Patienten liegen spezielle Konzepte vor. Außerdem ist auf den betreffenden Stationen rund um die Uhr ausreichend Fachpersonal anwesend. Das Personal ist darin geschult, verantwortungsvoll mit kritischen Situationen umzugehen (z. B. Deeskalationstraining).

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

Unser Ziel ist es, in erster Linie Patienten, aber auch Personal und Besucher vor negativen Auswirkungen des Krankenhausaufenthaltes insbesondere bezüglich nosokomialer Infektionen zu schützen. Ein Hygieneplan regelt alle hygienerelevanten Sachverhalte. In unseren Kliniken arbeiten zwei hygienebeauftragte Ärzte sowie zwei Hygienefachkräfte und speziell eingerichtete Hygienekommissionen. Sie verschaffen sich bei regelmäßigen Rundgängen einen Überblick darüber, ob alle im Hygieneplan beschriebenen Maßnahmen korrekt umgesetzt werden.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Durch geregelte Verfahren werden die Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes zur Meldepflicht erfüllt und eine vollständige und zeitnahe Erfassung hygienerelevanter Daten erreicht. Über das klinikinterne Meldewesen werden die zeitnahe Information und das Ergreifen von Maßnahmen sichergestellt. Neben eingeleiteten Sofortmaßnahmen werden in den Hygienekommissionen erforderliche Verbesserungsmaßnahmen beschlossen.

3.2.3 Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen

Hygiesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Die Planungen zum Umgang mit infizierten Patienten und einer Infektionsprävention entsprechen den Vorgaben des Robert-Koch-Instituts. Sie sind umfassend im Hygieneplan geregelt. Die vorhandenen Anweisungen bilden jeweils die Grundlage für die Organisation der Stationsabläufe bei Infektionsverdacht oder aufgetretenen Infektionen. Der Umgang mit infizierten Patienten ist ausführlich in den Verhaltensregeln beschrieben. Die Mitarbeiter werden regelmäßig unterwiesen.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Die Hygienerichtlinien sind im Hygieneplan beschrieben. Bei der Einführung neuer Verfahrensweisen werden die Mitarbeiter im Rahmen von internen Fortbildungen geschult. Die Einhaltung von Hygienerichtlinien ist durch Begehungen und Hygienekontrollen sowie darüber hinaus durch Stichprobenprüfungen sichergestellt. Das vorhandene HACCP-Konzept der Küche ist mit der zuständigen Lebensmittelhygieneüberwachungsbehörde abgesprochen und von dieser genehmigt.

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.

Für die Beschaffung und Bereitstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten gelten klare Regelungen, die den Ablauf organisieren. Es existiert ein Versorgungsvertrag mit einer externen Apotheke. Medikamente werden zweimal wöchentlich und bei Bedarf geliefert. Medizinprodukte werden von der Verwaltung bestellt.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Die Anwendung von Arzneimitteln und der Umgang mit Betäubungsmitteln sind in mehreren Verfahrensanweisungen schriftlich festgelegt, ebenso der Umgang mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Die Klinik ist an dem Projekt „Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie (AMSP)“ beteiligt. Jeder Arzt hat über Internet Zugriff auf ein elektronisches Arzneimittelinteraktionsprogramm. Die externe Apotheke übt auch eine beratende Funktion aus.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Medizinprodukte werden ausschließlich von ausgewiesenen Mitarbeitern benutzt. Es sind Medizinprodukteverantwortliche und Medizinproduktebeauftragte für alle relevanten Bereiche benannt. Die aktuell Verantwortlichen sind aus den Organigrammen (Intranet) ersichtlich. Instandsetzungsarbeiten und Wartungen werden durch Fachfirmen umgesetzt und dokumentiert. Mess- und sicherheitstechnische Kontrollen werden nach Plan durchgeführt.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Neben der Einhaltung gesetzlicher Vorschriften existieren für die Kliniken Umwelleitlinien. Darüber hinaus werden regelmäßig schriftliche Hinweise auf energiesparendes Verhalten wie z. B. richtiges Heizen und Lüften verteilt. An einem Standort ist eine Holzhackschnitzelanlage installiert. Dafür erhielt die Klinik (KJP) das BUND-Gütesiegel „Energiesparendes Krankenhaus“. Am zweiten Standort gibt es seit Mitte 2007 ein Blockheizkraftwerk. Beide Anlagen verringern den Kohlenstoffdioxid-(CO₂) Ausstoß, eine Mülltrennung wird durchgeführt.

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.

Es existieren sowohl für die Dokumentation der ärztlich-therapeutischen als auch der pflegerischen Maßnahmen Regelungen, die dafür sorgen, dass neben der ordnungsgemäßen Versorgung des Patienten die umfassende Information aller an seiner Behandlung beteiligten Mitarbeiter gewährleistet wird. Ein elektronisches Krankenhausinformationssystem befindet sich im Aufbau und wird in Zukunft eine elektronisch geführte Patientendokumentation ermöglichen. Alle Mitarbeiter sind in der Handhabung geschult. Die Vollständigkeit der Dokumentation wird geprüft.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

In der Patientendokumentation werden alle Aspekte der Behandlung verschriftlicht. Dies sind z. B. die Therapie- und Pflegeplanung, der Behandlungsverlauf und die Befunde, die jeweils zeitnah dokumentiert werden.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Im Krankenhausinformationssystem sind alle Daten den berechtigten Nutzern zeitlich uneingeschränkt zugänglich. Die Papierakten sind in Archiven gelagert, zu denen nur berechtigte Personen Zugriff haben. Die behandelnden Ärzte können hierauf jederzeit, auch außerhalb regulärer Dienstzeiten, zugreifen.

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.

In allen Stationen und Bereichen sind regelmäßige Besprechungen etabliert, wie z. B. Dienstübergaben und Teambesprechungen. Darüber hinaus finden diverse übergreifende Konferenzen und Besprechungen statt, z. B. Frühkonferenzen der Ärzte, Klinikkonferenzen, Abteilungsleiterbesprechungen und Oberarzt- Stationsleitersitzungen. Gremienübersichten im Informations-Handbuch und im Intranet werden regelmäßig aktualisiert.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Die Pforten der Kliniken geben als zentrale Anlaufstellen Patienten, Anrufern und Besuchern unter Berücksichtigung der Datenschutzbestimmungen kompetent Auskunft. In den Pforten sind alle relevanten Informationen hinterlegt (Funktionsübersichten der Kliniken, Dienstpläne, Benachrichtigungspläne, usw.).

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Eine kontinuierliche professionelle Pressearbeit nutzen wir zur Information der Öffentlichkeit. Weiterhin führen wir die unterschiedlichsten Veranstaltungen mit und für die Öffentlichkeit durch, z. B. Konzerte, Ausstellungen, Fortbildungsveranstaltungen oder Tage der offenen Tür. Wichtig ist uns auch die enge Zusammenarbeit mit Vereinen und Gruppen (z. B. Ärzteverein Marsberg, Förderverein, Stadtmarketing Marsberg, Selbsthilfegruppen). Wir beteiligen uns regelmäßig an regionalen Gesundheitsmessen und sind mit Präventivangeboten, z. B. in Schulen, tätig.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt. Vgl. entsprechende landesrechtliche Regelungen (Regelungen zum Datenschutz finden sich in den Landeskrankenhausgesetzen von Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Thüringen), in: Krankenhausrecht - Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, 5. Auflage 1998; Ärztliche Berufsordnung.

Unsere Planungen und Maßnahmen zur Regelung des Datenschutzes dienen dazu, Patienten und Mitarbeiter vor unberechtigtem Zugriff auf ihre persönlichen Daten zu schützen. Durch schriftliche Regelungen und Fortbildungen werden Mitarbeiter regelmäßig zur Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften zum Schutz personenbezogener Daten angehalten und dazu informiert und geschult. Sämtliche Regelungen sind über das Intranet jederzeit verfügbar.

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.

Alle Bereiche der Klinik sind an ein EDV-System angeschlossen. Durch dieses werden alle Arbeitsabläufe der Kliniken optimal unterstützt und ständig verbessert. Es gibt ein ganzjähriges Angebot an EDV-Schulungen in einem hauseigenen EDV-Schulungsraum sowie eine Hotline.

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.

Mit unserem im Jahr 2007 erstellten Leitbild haben wir eine Wertegrundlage geschaffen, an der sich unser Verhalten gegenüber Patienten, Mitarbeitern und Öffentlichkeit orientiert. Das Leitbild wurde in berufsgruppen- und hierarchieübergreifender Zusammenarbeit erarbeitet. Grundlegende Inhalte unseres Leitbildes sind unser ganzheitliches Menschenbild, das den Menschen auch in Zeiten von Krankheit ein Recht auf Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zuspricht.

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 strategische Jahreszielplanung erfolgt in Absprache mit der LWL- Abteilung für Krankenhäuser und Gesundheitswesen und der Betriebsleitung. Sie orientiert sich an der Wirtschafts-, Investitions- und Stellenplanung. Die Überprüfung erfolgt fortlaufend durch ein systematisches Klinik-Controlling, um aktuelle Entwicklungen mit den vorgegebenen Zielen abzustimmen. Es erfolgt eine regelmäßige Berichterstattung an den Krankenhausträger.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die Organisationsstrukturen der Kliniken sind in Organigrammen abgebildet. Wesentliche Zuständigkeiten sind im Geschäftsverteilungsplan festgelegt, betriebliche Beauftragte sind benannt. Die Arbeit in den Leitungsgremien sowie das Projektmanagement sind in Verfahrensweisungen geregelt. Für mehrere Gremien und Kommissionen wurden Geschäftsordnungen erstellt. Die Organigramme der Kliniken und Abteilungen sowie die Funktionsübersichten sind klar strukturiert und im Intranet veröffentlicht.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Die Betriebsleitung entwickelt einen jährlichen Finanz- und Investitionsplan. Dieser sowie die Wirtschafts- und Stellenpläne sind die Grundlage unserer strategischen Planung und sollen dafür sorgen, dass der wirtschaftliche Erfolg gesichert ist. Eine adäquate bauliche und personelle Ausstattung ist die Grundlage für unsere Leistungsplanung.

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.

Durch eine systematische, zum Teil durch Geschäftsordnungen geregelte Vorgehensweise arbeiten Gremien und Kommissionen an einer effektiven Zielerreichung. Hierbei werden alle Ressourcen effizient genutzt. Ein strukturierter Informationsfluss zwischen den Gremien und den Mitarbeitern erfolgt über die Betriebsleitung, Beauftragte und über das Protokollwesen.

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 Betriebsleitung arbeitet qualitäts-, und zielorientiert und kontinuierlich zusammen. Sie tagt wöchentlich und bei Bedarf. Die erweiterte Betriebsleitung (Betriebsleitung inkl. Vertreter) tagt zweimal im Monat. Die Tagesordnung wird vorher festgelegt, die Sitzungen werden protokolliert. Den Vorsitz hat der kaufmännische Direktor. Entscheidungen und Aufträge, die sich aus den Sitzungen der Betriebsleitung ergeben, werden den Leitungskräften weitergegeben (z. B. in den Stationsleiter- und Abteilungsleitersitzungen oder Oberarzt-Besprechungen).

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.

Durch die hohe Präsenz der Leitungsmitglieder vor Ort wird die Betriebsleitung kontinuierlich und aktuell über alle relevanten Themen informiert. Zusätzlich sind die Mitglieder der Betriebsleitung selbst in weitreichenden Projekten und diversen Gremien und Kommissionen vertreten. Die Betriebsleitung wird durch verschiedene Maßnahmen informiert, beispielsweise durch die regelmäßigen Controllingberichte und im Rahmen von Gremien und Kommissionen (beispielsweise im Rahmen der Qualitätslenkungsgruppe und Qualitätskommission).

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Ausgangspunkt der Planungen zu vertrauensfördernden Maßnahmen sind das Leitbild und die Leitsätze. Bestandteil des Leitbildes sind Werte wie Wertschätzung, Akzeptanz, Sicherheit und Vertrauen. Jährlich stellt die LWL-Krankenhausdezernentin den Mitarbeitern aktuelle Entwicklungen des Trägers und Unterstützungsmaßnahmen vor. Es finden vierteljährlich Gespräche zwischen Personalrat und Betriebsleitung statt. Mitarbeiter werden zur einmaligen Teilnahme pro Jahr an Betriebsfest, Wandertag oder Betriebsausflügen freigestellt. Teamtage finden regelmäßig statt.

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.

Die Gründung eines Ethikkomitees für die Diskussion und Reflexion ethischer Fragestellungen steht unmittelbar bevor. Ziel ist es, dass sich künftig Patienten, Angehörige und Mitarbeiter an das Komitee wenden können. Schulungen zu ethischen Fragestellungen sollen vorbereitet werden. Bei Bedarf werden für Mitarbeiter Unterstützungsangebote unterbreitet und umgesetzt. Die Klinikseelsorge wird im Ethikkomitee mit einem Mitglied vertreten sein. Insbesondere psychiatrispezifische Themen wie z. B. Zwangsmaßnahmen sollen vornehmlich behandelt werden.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Bei allen Tätigkeiten im Zusammenhang mit Sterbenden steht der Patientenwille im Vordergrund. Es wird auf die Wünsche der Patienten eingegangen. Maßnahmen werden ergriffen, um den Sterbenden die größtmögliche Erleichterung zu verschaffen. Die Angehörigen werden, wenn gewünscht, in die Betreuung eingebunden. Die Klinikseelsorger werden auf Wunsch hinzugezogen. Es wird für eine ruhige und für fürsorgliche Umgebung gesorgt.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Unser Ziel ist ein respekt- und würdevoller Ablauf bei der Versorgung von Verstorbenen. Wir berücksichtigen die religiösen Bedürfnisse des Verstorbenen und der Angehörigen. Die einzelnen Schritte zur Versorgung von Verstorbenen, die Betreuung der Angehörigen/Eltern sowie die administrativen Tätigkeiten sind schriftlich festgelegt und werden eingehalten. Die Angehörigen erhalten die Möglichkeit, im Patientenzimmer vom Verstorbenen Abschied zu nehmen. Angehörige werden bei Wunsch vom Seelsorger begleitet.

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 Kliniken haben ihr Qualitätsmanagementsystem nach den Kriterien des EFQM-System aufgebaut. Ziel ist die Einbeziehung aller Mitarbeiter in den Qualitätsmanagement(QM)-Prozess. Wir verstehen uns als lernende Organisation im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP). Verantwortlich für die Einführung, Umsetzung und Weiterentwicklung des QM-Systems ist die Betriebsleitung. Als Ansprechpartner benannt sind eine Qualitätsmanagerin und eine Qualitätsbeauftragte der Pflege.
(EFQM=European Foundation for Quality Management)

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 sind an unserem Leitbild orientiert. Durch Qualitätsziele wollen wir die Ausrichtung aller QM-Maßnahmen auf gemeinsame Ziele erreichen sowie Transparenz über den erreichten Stand für alle Mitarbeiter gewährleisten. Wesentliche Ziele sind die Verbesserung von Behandlung und Pflege unserer Patienten und der damit verbundenen Optimierung interner Prozesse. Maßnahmen zur Umsetzung von Qualitätszielen sind die Einrichtung von Projekt- und Arbeitsgruppen sowie die Beschreibung interner Prozesse.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Das oberste Entscheidungsgremium der Kliniken zur Steuerung und Weiterentwicklung des QM ist die Qualitätslenkungsgruppe (QLG). Die obersten Führungsebenen der Kliniken sind in der QLG vertreten und legen die Ziele fest. Die Beauftragten berichten der QLG quartalsweise über den Zielerreichungsgrad. Die Führungskräfte bewerten die Zielerreichung. Die Vermittlung der Qualitätsziele über die Führungskräfte an alle Mitarbeiter ist Bestandteil des Besprechungswesens. Ansprechpartner in den Stationen und Bereichen sind benannt.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Zur Qualitätssicherung finden regelmäßige Begehungen und Besprechungen statt. So dienen z. B. systematische interne Visitationen der Überprüfung der beschriebenen Prozesse. Ergebnisse von Patienten- und Mitarbeiterbefragungen geben Hinweise für weitere Verbesserungspotentiale. Die Ergebnisse von Begehungen fließen in die Weiterentwicklung des QM ein.

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.

Durch die Sammlung qualitätsrelevanter Daten wollen wir Erkenntnisse zur Sicherung der therapeutischen und pflegerischen Ergebnisqualität erhalten und die kontinuierliche Verbesserung und Steigerung der Effizienz der Versorgung ermöglichen. Es werden z. B. Verweildauer, Häufigkeit von Wiederaufnahmen, Diagnosehäufigkeit und das Auftreten von Sturzereignissen erfasst. Zukünftig soll ein erweitertes Kennzahlensystem Trendaussagen ermöglichen, um Verbesserungspotenziale systematischer abzuleiten.

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.

Es werden Patienten-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Die Ergebnisse werden als Instrument für die kontinuierliche Verbesserung eingesetzt und dienen der Einführung von neuen Konzepten, z. B. Einführung der Psychoedukation.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Ein systematisches Beschwerdemanagement wurde im Jahr 2005 am gesamten Standort eingeführt und seither weiterentwickelt. So haben die Patienten eine Möglichkeit, sich auf kurzem Wege schriftlich und mündlich über Unannehmlichkeiten zu beschweren. Die Beschwerdemanagerin ist daher in der Lage, zeitnah und im persönlichen Gespräch Lösungsmöglichkeiten anzubieten. Darüber hinaus besteht eine Beschwerdekommision beim Träger, über deren Existenz Patienten und Angehörige informiert werden.

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.

Die Kliniken beteiligen sich an der externen Qualitätssicherung und melden die Daten über Dekubiti an die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH (BQS).

6.4.2 Umgang mit Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

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

Die Daten werden in den betroffenen Bereichen analysiert und für Verbesserungen genutzt.