



KTQ - QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: LVR- Klinikum Essen

Institutionskennzeichen: 260510542

**Anschrift: Virchowstraße 174
45147 Essen**

**Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2009 – 0020 K
durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:
Green & Ibex Zertifizierung GmbH**

**Datum der Ausstellung: 16.03.2009
Gültigkeitsdauer: 15.03.2012**

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Einleitung	5
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	6
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 krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, das getragen wird 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 Deutschlands 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 Krankenhauspraktikern entwickelt und erprobt.**

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

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen und von Krankenhauspraktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die **Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit im Krankenhaus, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement** 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.

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. Jedem KTQ-Qualitätsbericht ist ein Vorwort der KTQ-GmbH vorangestellt, darauf folgen eine Einleitung, in der drei bis vier innovative, patientenorientierte Leistungen beschrieben werden, die Strukturdaten sowie eine Beschreibung zu jedem der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges.

Wir freuen uns, dass das LVR-Klinikum Essen 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

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. R. Quast
Für den Hartmannbund

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.

Einleitung

Das LVR-Klinikum Essen ist eine Einrichtung des Landschaftsverbandes Rheinland. Als Fachkrankenhaus ist das Klinikum Bestandteil der durch die Krankenhausplanung des Landes Nordrhein-Westfalen festgelegten regionalen und gemeindenahen psychiatrischen Versorgungsstrukturen.

In schwierigen Lebensphasen bietet das LVR-Klinikum Essen effiziente medizinische Hilfe. Der Nutzen und der Erfolg für den Patienten stehen bei der Arbeit aller Mitarbeiter des Klinikums im Fokus des Handelns. Dieses Ziel wird mit der Kombination von hoher Qualität der medizinischen Leistungen und den ständig wachsenden Erkenntnissen unserer Forschungsleistungen erreicht. Denn als Universitätsklinik haben wir neben der Krankenversorgung auf hohem Niveau einen Auftrag in Forschung und Lehre. Hier liegt ein besonderer Nutzen für Patienten begründet. Die neuesten Erkenntnisse aus unserem weltweiten Netzwerk von Forschern werden sehr schnell zum Wohle der Patienten des Klinikums in die Diagnostik und Behandlung integriert. Wir helfen unseren Patienten in schwierigen Lebensphasen schnell und wirksam, durch die Wiederherstellung bzw. Stabilisierung der seelischen Gesundheit ein selbst bestimmtes Leben zu führen. Das Klinikum liegt zentral im Essener Stadtgebiet auf dem Gelände der Universitätsklinik Essen. Daneben werden im Essener Stadtgebiet stationäre und tagesklinische Angebote vorgehalten. Das Klinikum ist in der Erwachsenenpsychiatrie zuständig für die Versorgung von rund 190.000 Einwohnern des Stadtgebietes Essen. Der Versorgungsauftrag in der Kinder- und Jugendpsychiatrie umfasst das gesamte Stadtgebiet, der Einzugsbereich für die Psychosomatik geht darüber hinaus. Die Angebote des LVR-Klinikums Essen richtet sich an Erwachsene aller Lebensstufen, Jugendliche und Kinder. Das Klinikum bietet dabei das komplette Spektrum psychiatrischer Leistungen an. Von Schlafstörungen, Essstörungen, psychosomatischen Erkrankungen, Ängsten und Traumafolgestörungen über Depressionen und Suchterkrankungen bis zur Schizophrenie ist das LVR-Klinikum Essen der richtige Ansprechpartner. Darüber hinaus ist es am Aufbau umfassender Verbundsysteme in seinem Versorgungsbereich mit dem Ziel einer engen Verzahnung beteiligt. Eine besonders gesicherte Abteilung des Fachbereichs Forensische Psychiatrie ist derzeit im Aufbau und soll der Behandlung psychisch erkrankter und suchtkrankter Straftäter dienen.



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.

Aufnahmen werden mit allen Beteiligten abgestimmt und durch eine ambulante Einschätzungsphase vorbereitet. Wir ermöglichen direkte Einweisungen durch Ärzte und Selbsthilfegruppen für Suchterkrankungen und bieten kurzfristige Krisenintervention. Patienten können im Vorfeld der Aufnahme ihre Station/Tagesklinik besichtigen und/oder sich über Printmedien und Internet informieren. Alle Standorte sind gut mit dem ÖPNV erreichbar. Durch regelmäßige Befragungen unserer Kooperationspartner, der Patienten und Besucher verbessern wir stetig die Qualität.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Die rund um die Uhr besetzte Pforte hilft als erste Anlaufstelle Patienten, Angehörigen und Besuchern. Am Aufnahmetag werden Patienten über den Stations- und Klinikalltag umfassend informiert. Als Teil der Therapie übernehmen auf den Stationen Patienten die Funktion des Patientensprechers und helfen (neuen) Mitpatienten im Behandlungsalltag. Alle Eintrittsbereiche sind behindertengerecht gestaltet. Befragungen der Besucher, Testbegehungen Externer und Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitern halfen uns bei der Erneuerung des Wegeleitsystems.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Aufnahmen werden mit allen Beteiligten geplant und patientenorientiert durchgeführt. Wir bieten im Vorfeld der Aufnahme die Möglichkeit von Stationsführungen. Patienten werden - wenn notwendig - auf die Station begleitet bzw. transportiert. Wartebereiche sind bedarfsorientiert ausgestattet (Zeitschriften, Kinderspielzeug). Die zukünftige "Bezugsperson" empfängt den Patienten und führt ihn in die Station ein. Die Qualität der Aufnahme wird durch Patienten- und Angehörigenbefragungen überprüft z.B. durch Erweiterung der Angehörigenangebote.

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.

Notfallpatienten finden rund um die Uhr Hilfe in unserem Haus. Menschen mit schweren, chronischen psychischen Leiden bieten wir hoch spezialisierte, ambulante Angebote. Durch Kooperationen u.a. mit dem Universitätsklinikum, komplementären Einrichtungen und Selbsthilfegruppen etc. sichern wir die Kontinuität der Behandlung auf hohem Niveau. Wir stellen uns im „Psychiatrischen Beirat“ der Stadt Essen dem kritischen Dialog und wirken an Aktivitäten zur Qualität der Versorgung mit, z.B. Neuregelung der Trägerschaft für den Suchtnotruf Essen.

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.

Der psychische und körperliche Befund wird stets unter Wahrung der Intimsphäre des Patienten erhoben. Alle Patienten werden innerhalb von 24 Stunden vom Facharzt gesehen. Auf die Erfassung der Therapiewünsche des Patienten legen wir großen Wert. Die Behandlungsziele und der Behandlungsfortschritt werden regelmäßig mit allen Beteiligten überprüft (Visiten, Bilanzen etc.). Die Qualität unserer Behandlung hinterfragen wir unter anderem durch Beteiligung am europaweiten Projekt Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie und regelmäßigen Patientenbefragungen.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Vorbefunde externer Behandler werden systematisch erfasst. Sie erhellen den Krankheitsverlauf und helfen Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Unterlagen aus vorherigen Behandlungsepisoden im eigenen Haus sind unproblematisch im Archiv zugänglich. Durch den Ausbau der elektronischen Krankenakte stehen zunehmend Vorbefunde "auf Knopfdruck" zur Verfügung. Klinische Studien werden getrennt dokumentiert und ermöglichen zum Schutz des Patienten jederzeit eine Entblindung. Die Häufigkeit von Doppeluntersuchungen (z.B. CT, MRT) wird überprüft.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Das Behandlungskonzept wird innerhalb von 24 Stunden vom Facharzt festgelegt. Wenn möglich, werden schon im Vorfeld mit den Patienten Festlegungen zum Behandlungsziel und -ablauf getroffen. Für viele Krankheitsbilder wurden "strukturierte Behandlungsabläufe" entwickelt: z.B. Essstörungen. Zur weiteren Verbesserung wurden Pflegediagnosen eingeführt. Patienten werden in die Steuerung der Behandlung eingebunden: z.B. über die Selbstverpflichtung per Behandlungsvertrag. Patientenbefragungen hinterfragen die Zufriedenheit mit der Einbindung in die Behandlung.

1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Der Patient sowie dessen "Umfeld" werden aktiv in die Behandlungsplanung einbezogen: umsetzbare und notwendige Behandlungsziele werden dabei in Einklang gebracht. Sorgfältige Aufklärung, Motivationsförderung und Vertrauensaufbau über feste Bezugspersonen sind bewährte Praxis. Patienten werden regelmäßig zur Zufriedenheit mit der Einbeziehung in die Behandlung befragt. Das interkulturelle Versorgungsangebot unseres Hauses wurde erheblich erweitert, um dem gestiegenen Bedarf gerecht zu werden.

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.

Die Behandlung erfolgt nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen unter Anwendung von Leitlinien der Fachgesellschaften und berufsgruppenübergreifenden Behandlungsstandards. Eine medikamentöse Therapie ist immer Teil eines patientenindividuellen Gesamtkonzepts, welches psychotherapeutische und soziotherapeutische Maßnahmen mit einschließt. Die Zufriedenheit der Patienten mit den Behandlungsmaßnahmen wird regelmäßig erfragt und im so genannten Benchmarking über alle LVR-Kliniken verglichen und optimiert.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Ebenso wie die Leitlinien der Fachgesellschaften sind hausintern entwickelte Standards, Therapieschemata etc. wissenschaftlich abgesichert. Diese Behandlungswerkzeuge werden über Fortbildungen vermittelt und regelmäßig (z.B. jährlich) weiterentwickelt. Mitarbeiter unseres Hauses beteiligen sich an der Leitlinienentwicklung der Fachgesellschaften. Die Befolgung von Leitlinien wird überprüft (z.B. in Fallvorstellungen). Die regelmäßigen Mitarbeiterbefragungen hinterfragen den Umgang mit den Leitlinien, Standards etc. aus "Anwendersicht".

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.

Die Krankenzimmer sind größtenteils wohnlich eingerichtet. Die Strukturierung des Zeitablaufs ist ebenso Bestandteil der Behandlung wie die positive Beeinflussung des Beziehungsumfeldes durch Bezugspflege, Familiengespräche, Hausbesuche etc. Die Selbstverantwortung der Patienten wird aktiv gefördert, z.B. durch Einbindung in das "Stationsparlament". Kritik und Vorschläge aus den Stationsaktivitäten und den Patientenbefragungen werden aufgegriffen: z.B. werden Stationsregeln angepasst, Stationsausstattung verbessert.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Unser Haus ist ein Zentrum zur Behandlung von Essstörungen bei Heranwachsenden und Erwachsenen. Therapeutische Maßnahmen umfassen Ernährungsgruppen, Essprotokolle, Visiten über Essprotokolle etc. Patienten können zwischen drei bis 5 Menüs wählen (vegetarisch usw.). Patienten sollen als Teil der Therapie selbst einkaufen und kochen. Das Essen wird in aller Regel gemeinsam in störungsfreien Essenszeiten eingenommen. Patientenbefragungen und -beschwerden helfen die Qualität zu verbessern; z.B. durch Umstellung auf Buffetform auf mehreren Stationen.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Der Koordinierung der Behandlung dienen sowohl organisatorische als auch inhaltliche Regelungen. Erstere umfassen z.B. regelmäßige Oberarzt- und Chefarztvisiten, Fallvorstellungen und Teambesprechungen. Die Verfügbarkeit des Krankenhausinformationssystem an allen Arbeitsplätzen unterstützt dies. Therapiesettings, Leitlinien und Standards dienen der inhaltlichen Koordination. In Notfallsituationen dient ein Notfallpiepersystem der koordinierten Hilfeanforderung. Anregungen aus Patientenbefragungen wurden umgesetzt: z.B. Therapiepass.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Im Hause werden keine operativen Maßnahmen durchgeführt.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Regelmäßige berufsgruppenübergreifende Abstimmungen (Therapeutenkonferenzen, Organisationskonferenzen, Fallsupervisionen etc.) gibt es in allen Abteilungen. Multidisziplinäre Koordination wird mit dem Universitätsklinikum praktiziert: z.B. Schmerzbehandlung, Transplantationen. Die Einbindung in das Universitätsklinikum ermöglicht umfassende Konsiliaruntersuchungen, kurze Wege und schnelle Konsilerstellung. Durch regelmäßigen, kritischen Austausch werden Verbesserungen erzielt: z.B. Verantwortlichkeit der Oberärzte für Konsile.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Patientenbedürfnisse und medizinische Notwendigkeiten werden bei der Regelung der Visiten berücksichtigt: so variiert die Besetzung von interprofessionell bis zum 4-Augenprinzip. In aller Regel wird in allen Bereichen eine gemeinsame Visite mit den Pflegenden durchgeführt. Stundenpläne legen die Visiten für alle Beteiligten fest und sorgen für den störungsfreien Ablauf. Durchführungsnachweise (z.B. Checkliste) werden geführt und kontrolliert. Die Zufriedenheit mit der Visite wird in den Patientenbefragungen regelmäßig bewertet.

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 Entlassung wird frühzeitig unter Beteiligung des Patienten und dessen "Umfeld" geplant (z.B. als Bestandteil des therapeutischen Konzepts). Mittels ärztlicher Entlassungsberichte, pflegerischer Überleitungsberichte und "Sozialberichte" werden nachsorgende Einrichtungen informiert. Checklisten (ärztlich, pflegerisch und Sozialdienst) strukturieren die Entlassung und dienen der Selbstprüfung. Befragungen der Kooperationspartner, der Patienten (und ggf. Eltern) helfen bei der Qualitätsverbesserung, z.B. flexiblere Terminierung von Nachgesprächen.

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.

Hausintern werden Entlasstermin, mitzubehaltenden Unterlagen, zu informierende Stellen und Personen zwischen allen Beteiligten abgesprochen. Der Patient erhält einen Kurzarztbrief sowie wichtige Befunde in Kopie. Bei Bedarf erfolgt auch eine Absprache mit den Nachsorgern. Feste Kooperationen z.B. im Suchtbereich beinhalten auch Informationspflichten und -rechte. Hausinterne Qualitätsprüfungen zur Laufzeit der Arztbriefe, Patienten- und Kooperationspartnerbefragungen haben zu Verbesserungen beigetragen: z.B. regelmäßiges Newsletter für Niedergelassene.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Zur Sicherstellung der Kontinuität der Behandlung bieten wir ambulante Leistungen an und kooperieren mit Nachsorgern und Selbsthilfegruppen. Nachsorgende Einrichtungen ermöglichen Probeübernachtungen und sind ebenso wie Selbsthilfegruppen (Narcotics-Anonymous) auf der Station präsent. Der Sozialdienst beteiligt sich an der Erstellung von Hilfeplänen und begleitet eingeleitete Maßnahmen in der ambulanten Behandlungsphase. Als Konsequenz aus der Befragung der Kooperationspartner beteiligen wir uns am Projekt Pflegeüberleitung der Stadt Essen.

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.

Die jährliche Personalbedarfsplanung berücksichtigt therapeutische Aspekte, Richtlinien der Psychatriepersonalverordnung, den Forschungs- und Lehrauftrag sowie Drittmittelprojekte. Der abteilungsinterne Personalbedarf wird regelmäßig über Belegungszahlen, Ausfallzeiten etc. hinterfragt und mitarbeiterorientiert angepasst. Hierzu helfen differenzierte Arbeitszeitmodelle (z.B. für Pflegende). Fluktuationsraten werden ermittelt und intern transparent gemacht. Externe Vergleiche zur Personalausstattung werden jährlich angestellt.

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.

Das Konzept zur Personalentwicklung (PE) wurde an dem umfassenden Konzept des Trägers ausgerichtet. Zentrale Elemente der PE sind jährliche Mitarbeitergespräche und umfassende Fort- und Weiterbildungsprogramme. Qualifizierungsbedarfsanalysen wurden 2008 ergänzend im Pflegebereich eingeführt. Fortbildungscontrolling und regelmäßige Mitarbeiterbefragungen überprüfen umfassend die PE. Aufgrund der Mitarbeiterwünsche wurden Fortbildungen generell für alle Berufsgruppen geöffnet und explizite berufsübergreifende Angebote eingeführt (z.B. Deeskalation).

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Tätigkeitsanalysen - z.B. im ärztlichen Bereich - und Aufgabenbeschreibungen - z.B. im pflegerischen Bereich - dienen der Festlegung der Qualifikation. Bei den jährlichen Mitarbeitergesprächen werden individuell Fähigkeiten und Entwicklungspotenziale reflektiert und mit den dienstlichen Notwendigkeiten abgeglichen. In der Pflege wird dies teamorientiert durch die Qualifizierungsbedarfsanalyse ergänzt. Zusätzlich werden Organisationsanalysen durchgeführt, die zur Veränderung der Organisation und Arbeitsabläufe genutzt werden (z.B. im Bereich der Technik).

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.

Ein umfassendes Fort- und Weiterbildungsangebot steht allen Mitarbeitern zur Verfügung: interne Facharztausbildung "Psychiatrie" (curricular mit 400 Theorie-Stunden), Jahresprogramm für Pflege- und Erziehungskräfte, berufsgruppenübergreifende Angebote seitens des Trägers zu den Themen Führung, EDV etc. Die Fortbildungen werden evaluiert und sind z. T. extern zertifiziert (z.B. Landesärztekammer). Fortbildungscontrolling und regelmäßige Mitarbeiterbefragungen zum Thema helfen Verbesserung anzustoßen; z.B. curriculares Schulungskonzept Psychotherapie.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

An notwendigen internen Fortbildungen (auch beim Träger) nehmen die Mitarbeiter unentgeltlich teil und werden dafür freigestellt. Wir gewähren einen Fortbildungszuschuss von 100,- € pro Mitarbeiter und Jahr für externe Fortbildungen. Freistellungen für externe Fortbildungen umfassen generell 5 Tage. Fortbildungen beim Träger können ohne Tages- und Kostenbeschränkung absolviert werden. Für die Supervisionen gibt es ein Budget pro Fachabteilung. Mitarbeitergespräche, Mitarbeiterbefragungen und Fortbildungscontrolling dienen der kontinuierlichen Verbesserung.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Das Klinikum unterhält eine wissenschaftliche Fachbibliothek. Der Bestand umfasst ca. 12.000 Bücher. Über 100 Fachzeitschriften sind abonniert. Fachbücher und -zeitschriften sind in mehreren Teilbibliotheken auf kurzem Wege zugänglich, die prinzipiell immer verfügbar sind. Zunehmend wird auf Internetzugang umgestellt. Die Bestände einer Teilbibliothek und die Werke auf Ergänzungslieferungsbasis wurden systematisch überprüft. Als Konsequenz wurden die Bestände reduziert und Ergänzungslieferungen auf elektronische Zugänge umgestellt.

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.

Dem Klinikum ist eine staatlich anerkannte Schule für Ergotherapie angegliedert. Die Ausbildung folgt einem Phasenkonzept, einschließlich eigenverantwortlicher Patientenbehandlung. Schüler werden regelmäßig zur Zufriedenheit mit der Ausbildung befragt (z.B. halbjährliche Schülergespräche). Halbjährliche Schulkonferenzen mit allen Beteiligten und Besuche der Lehrkräfte an den Praxisstellen sorgen für die Praxis-Theorie-Vernetzung. Die Schule hat sich erfolgreich der Zertifizierung des Berufsverbandes der Ergotherapeuten Deutschlands unterzogen.

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.

Gemeinsame, mit dem Leitbild abgestimmte Führungsgrundsätze, werden dem Handeln der Leitenden zugrunde gelegt. Wesentlich sind ein respektvoller, offener Umgang sowie kooperatives und kompromissbereites Verhalten. Strukturierte Mitarbeitergespräche mit Zielvereinbarungen dienen der Personalentwicklung. Regelmäßige Mitarbeiterbefragungen überprüfen die Zufriedenheit mit dem Führungsverhalten der Vorgesetzten. Als Konsequenz wurden die Informationsangebote für Mitarbeiter erweitert und eine offene Sprechstunde der Betriebsleitung eingerichtet.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Differenzierte Arbeitszeitmodelle dienen der Einhaltung geplanter Arbeitszeiten bei Erfüllung dienstlicher Anforderungen; das Spektrum reicht vom Schichtmodell, arbeitsanfallgesteuertem Personaleinsatz bis zur Gleitzeitregelung. Die Arbeitszeiterfassung wird Zug um Zug auf elektronische Erfassung umgestellt. Regelmäßige Mitarbeiterbefragungen erfassen auch die Zufriedenheit mit der Arbeitszeitregelung. Wünschen von Mitarbeitern nach Flexibilisierung der Arbeitszeit wurde durch Ausweitung der gleitenden Arbeitszeit auf mehr Bereiche entsprochen.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Der Einarbeitung dienen ein übergreifender Leitfaden, Einführungskurse, schriftliche Anleitungen (z.B. Arzt-vom-Dienst-Tätigkeit), Hospitationen, assistierte Gespräche, Mentoren, "Mitarbeiter-Tandems" sowie umfangreiche Informationsangebote im Intranet. Ein System von Standards (Pflege), berufsgruppenübergreifenden Therapiekonzepten und Arbeitsanweisungen unterstützt dies. Die Einarbeitung ist Gegenstand der Mitarbeiterbefragung. Im Rahmen der kontinuierlichen Verbesserung wurde z.B. eine hausweite Einführungsveranstaltung eingerichtet.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Aufbauend auf einem trägerweiten Vorschlagswesen wurde eine klinikinterne Ideenbörse eingerichtet. Differenzierte Prämien werden aufgrund eines transparenten Bewertungssystems vergeben. Die Mitarbeiterideen werden hinsichtlich der Anzahl pro Mitarbeiter etc. mit den weiteren LVR-Kliniken und anderen Branchen verglichen. Die jährlichen Mitarbeitergespräche umfassen die Vereinbarung von Änderungen/Verbesserung in der Organisation. Das Beschwerdemanagement wurde im Rahmen der kontinuierlichen Verbesserung formalisiert und systematisiert.

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.

Eine Dienstanweisung regelt betriebsärztliche und Arbeitssicherheitsfragen. Für alle Gruppen von Arbeitsplätzen wurde eine Gefährdungsbeurteilung erstellt. Ausgedehnte Begehungen finden im 2-jährlichen Turnus statt. Anhand der Checkliste „Sicherheit im Krankenhaus“ prüfen die Stationsleitungen auch Aspekte der Arbeitssicherheit. Zur kontinuierlichen Verbesserung wurde das Deeskalationstraining für Mitarbeiter erheblich ausgeweitet. Eine Unfallstatistik wird geführt und zu trägerweiten Vergleichen genutzt. Wegeunfälle sind am häufigsten.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Wir planen eine Kernsanierung unseres Hauptstandortes und werden hierbei auch die Brandmeldeanlage auf den neuesten Stand bringen. Ca. 10 Prozent aller Mitarbeiter werden zu Brandschutzhelfern ausgebildet. Alle Mitarbeiter müssen eine Brandschutzunterweisung jährlich absolvieren. Horizontale Evakuierungsübungen werden regelmäßig durchgeführt. Die Brandschutzunterweisungen werden evaluiert und zur Qualitätsverbesserung genutzt: z.B. wurde der Anbieter gewechselt und ein neues Konzept verwirklicht.

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.

Das Haus ist in den Katastrophenplan des Universitätsklinikums Essen integriert. Ein Notrufsystem für Mitarbeiter hat sich in der Praxis bewährt. Nichtmedizinische hausinterne Notfallsituationen werden der Betriebsleitung gemeldet und regelmäßig ausgewertet. Übungen zu nicht medizinischen Notfallsituationen werden durchgeführt (z.B. Rettung aus Aufzügen). Aufgrund der Überprüfung der Regelungen zu Notfallsituationen wurde beschlossen, die vorhandenen Regelungen in einem so genannten Roten Ordner zu bündeln und im Intranet zu veröffentlichen.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Alle Mitarbeiter aus der Patientenversorgung müssen regelmäßig Schulungen zu Notfallmaßnahmen absolvieren. Hierdurch ist sichergestellt, dass qualifizierte Ersthelfer jederzeit vor Ort sind. Notfallkoffer, Sauerstoffgeräte und ggf. Defibrillatoren werden zur Herz-Kreislauf-Wiederbelebung vorgehalten. Medizinische Notfälle werden als Besondere Vorkommnisse der Betriebsleitung berichtet und ausgewertet. Der Standard zur Bestückung des Notfallkoffers wird regelmäßig überprüft; zur weiteren Verbesserung wurde der Inhalt gestrafft.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Technische/bauliche Maßnahmen stellen die Basis für eine sichere Umgebung (abgesicherte Steckdosen etc.). Standards regeln die Versorgung selbst- und fremdgefährdender Patienten. In beiden Fällen wird eine intensive Überwachung gewährleistet. In den jährlichen Begehungen der PsychKG Kommission wird Patientensicherheit von extern überprüft. Auswertungen der Checkliste „Sicherheit im Krankenhaus“ wie auch der "Besonderen Vorkommnisse" helfen die Patientensicherheit zu erhöhen: z.B. wurden technische Sicherungssysteme verbessert.

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.

Der Hygieneplan ist über Intranet für alle Mitarbeiter zugänglich und wird regelmäßig aktualisiert. In allen relevanten Bereichen sind die Desinfektionspläne ausgelegt. Die Sitzungen der Hygienekommission finden mehrmals jährlich statt. Die Protokolle sind im Intranet abgelegt. Halbjährliche Hygienebegehungen aller Standorte werden durchgeführt. Infektionsraten auf Station werden erfasst. Zur Aufrechterhaltung des Qualitätsbewusstseins wurde durch die Hygienefachkraft eine breit angelegte Aktion zur Händedesinfektion ins Leben gerufen.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Jede Station führt ein Infektionsbuch. Die Infektionsraten und anstehende Hygieneprobleme werden von der Hygienekommission bewertet. Übergreifende Begehungen des Qualitätsmanagements und der Hygiene bewerten Hygienefragen im Zusammenhang mit der Reinigung und dem Zustand des Stationsumfeldes. Vergleiche mit somatischen und psychiatrischen Häusern helfen bei der Qualitätsverbesserung. Zur kontinuierlichen Verbesserung wurden z.B. Desinfektionspläne umgestellt, Mitarbeiterschulungen durchgeführt und stichsichere Blutabnahmesysteme eingeführt.

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Der Hygieneplan ist umfassend und stets auf dem neuen wissenschaftlichen Stand. Auf dem umfassenden Hygieneordner aufbauend, greift die innerbetriebliche Fortbildung das Thema Hygiene regelmäßig auf. Die Hygienefachkraft stellt durch regelmäßige Beteiligung in den "Teams" auf Station sicher, dass Fragen zum Thema Hygiene fundiert vor Ort besprochen werden können. Die Überprüfungen der Hygienefachkraft führten zu Verbesserung bei der Eingangskontrolle von Lebensmitteln, der Ausstattung von Medizingeräten etc.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Die regelmäßigen Begehungen der Stationen durch die Krankenhaushygiene stellen sicher, dass die Regelungen bekannt sind und eingehalten werden (z.B. Stichproben zur Kenntnis des Hygieneplans). Die Apotheke führt 2-mal jährlich Überprüfungen des Bestandes an Medikamenten, einschließlich der Bestände in den Notfallkoffern durch. Sterilgüter und Medizinprodukte werden von der Krankenhaushygiene monatlich überprüft. Zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung wurde ein hauseigener Techniker in der Wartung raumluftechnischer Anlagen geschult.

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 geregelter Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.

Zur Verankerung des nachhaltigen Handelns wurde ein Umweltamt beim Träger etabliert. Rundverfügungen des Trägers regeln das ökologische Handeln beim Einkauf. Der regelmäßige "Tag der Beschaffung" dient der Abstimmung aller Häuser unseres Trägers. Eine trägerweite Arzneimittelkommission prüft alle psychiatrischen Präparate. Die Klinikapotheke prüft den Bestand und die Lagerung von Arzneimitteln und Medizinprodukten auf den Stationen. Das Medizincontrolling wertet monatlich die Arzneimittelbestellungen aus und erstellt ggf. Austauschlisten.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregelter Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Die Arzneimittelversorgung wird von der Apotheke des Universitätsklinikums rund um die Uhr sichergestellt. Arzneimitteltherapie und -sicherheit ist integraler Bestandteil der curricularen Facharztweiterbildung im Hause. Nichtärztliches Personal wird bei Bedarf im Umgang mit Arzneimitteln geschult. Unser Haus beteiligt sich am internationalen Projekt Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie (AMSP). Die vergleichenden Auswertungen des AMSP-Projektes werden regelmäßig besprochen und zur Optimierung der Arzneimitteltherapie genutzt.

3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

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

Bluttransfusionen werden nicht durchgeführt. Sollten diese notwendig werden, wird hierzu der Patient in das Universitätsklinikum verlegt. Plasmaderivate - z.B. Immunglobuline (Tetagam) - werden kaum eingesetzt, da bei Verletzungen, Stürzen etc. in aller Regel eine konsiliarische Versorgung im Klinikum der Universität erfolgt. Eine Chargendokumentation wird entsprechend den Bestimmungen durchgeführt. Ein Oberarzt überprüft in regelmäßigen Abständen die Chargendokumentation.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Der Umgang mit Medizinprodukten ist im Hause geregelt. Schulungen nach dem Medizinproduktegesetz werden regelmäßig durchgeführt. Eine umfassende Liste aller Geräte mit den zugehörigen Beauftragten wird zentral in der Verwaltung geführt. Die Liste ist im Intranet zugänglich. Anhand der Checkliste „Sicherheit im Krankenhaus“ wird durch die Stationsleitungen regelmäßig überprüft, ob z.B. Einweisungen in Medizinprodukte stattgefunden haben. Medizingeräte wurden auf „Notwendigkeit“ überprüft, um Komplexität und Kosten zu reduzieren.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Umweltschutz wird vom Landschaftsverband Rheinland als Querschnittsaufgabe angesehen und vom Fachbereich Umwelt koordiniert. In der Klinik besteht eine durchgehende Abfalltrennung. Der Energieverbrauch wird regelmäßig erfasst und trägerweit verglichen. Im Rahmen des Projektes Ökoprofit wurde das Umweltprogramm weitergeschrieben und eine umfassende Überprüfung des Umweltschutzes durchgeführt. Als Ergebnis des Projektes konnten erhebliche Einsparungen an Energie und Wasser erzielt werden. Unser Haus ist nach Ökoprofit zertifiziert.

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.

Unser Krankenhaus verfügt über eine elektronische Patientenakte. Alle Berufsgruppen dokumentieren im Krankenhausinformationssystem (KIS). Die Führung der Patientendokumentation im KIS und - soweit noch vorhanden - auf Papier ist standardisiert. Das KIS unterstützt über Plausibilitäts- und Vollständigkeitsprüfung die Dokumentationsqualität. Im monatlichen Rhythmus werden KIS-Nutzer-Probleme erfasst und Lösungen erarbeitet. So wurden beispielsweise Pflicht- und berufsgruppenübergreifende Schulungen eingeführt.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Alle relevanten Behandlungsmaßnahmen werden zeitnah im KIS erfasst. Zwischen den Berufsgruppen besteht bezüglich der Erhebung von anamnestischen Daten eine Arbeitsteilung. Die zeitnahe elektronische Dokumentation ermöglicht, dass Patientendaten aktuell, übersichtlich und jederzeit für Dritte nachvollziehbar sind. Der Umfang und die Qualität der Dokumentation im KIS werden regelmäßig überprüft. Durch den Ausbau einer Wireless Lan-Infrastruktur wird die zeitnahe Verfügbarkeit und Dokumentation von Patientendaten vor Ort weiter verbessert.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Durch den Ausbau des Krankenhausinformationssystems sind zunehmend Akten auf Knopfdruck verfügbar. Papierakten von stationären Aufenthalten der letzten 10 Jahre sind, z.B. für den Arzt vom Dienst, jederzeit zugänglich. Das Archiv führt elektronisch eine Statistik entliehener Akten. Eine jährliche Kontrolle zum Aktenbestand mit allen Beteiligten stellt sicher, dass ausstehende Akten archiviert werden. Um den Zugang zu den alten Akten zu vereinfachen wurde auf Trägerebene ein Projekt zur elektronischen Erfassung von Papierakten angestoßen.

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.

Der Weitergabe von Informationen dienen ein strukturiertes Besprechungswesen, schriftliche Informationsmedien und das Intranet. Die Betriebsleitungsprotokolle sind z.B. teilweise über Intranet verfügbar. Die Betriebsleitung bietet eine halbjährliche Infostunde für alle Mitarbeiter. Die Mitarbeiter werden zur Zufriedenheit mit der Informationsweitergabe regelmäßig befragt. Als Konsequenz wurden z.B. das Konzept zur internen Kommunikation umfassend überarbeitet und für alle Bereiche Verantwortliche benannt, die Inhalte ins Intranet einstellen (z.B. Controllingdaten).

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Zentrale Auskunftsstelle für alle Besucher, Gäste und Patienten ist die durchgehend besetzte Pforte, die gleichzeitig als Telefonzentrale und Brandmeldezentrale fungiert. Sie wird täglich mit aktuellen Informationen versorgt (z.B. Funktionsverteilungspläne). Die Pforte verfügt im Notfallordner über alle wichtigen Informationen. Die Servicequalität der Pforte wurde durch mehrere Befragungen bzw. Testanrufe überprüft. Im Rahmen der kontinuierlichen Verbesserung wurden z.B. EDV-Schulungen durchgeführt und tragbaren Telefone für Kontrollgänge angeschafft.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Die Öffentlichkeitsarbeit wird über die Pressestelle des Landschaftverbandes Rheinland koordiniert. Zur Vereinheitlichung der Öffentlichkeitsarbeit wurde eine einheitliche LVR-Dachmarke geschaffen. Die Öffentlichkeitsbeauftragte unseres Hauses setzt derzeit eine umfassende Neukonzeption um. Wir engagieren uns in lokalen Initiativen, um die Öffentlichkeit zu informieren und zu mobilisieren, z.B. im Bündnis gegen Depression. Wir befragen unsere Kooperationspartner regelmäßig. Als Reaktion hierauf wurde unter anderem ein Newsletter für Niedergelassene bereitgestellt.

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.

Seitens des Landschaftverbandes Rheinland sind der Datenschutz und die Schweigepflicht umfassend geregelt. Die Klinik hat bezüglich des elektronischen Zugriffs auf die Patientendaten ein Zonen-/Rollenkonzept festgelegt, welches sicherstellt, dass Ärzte und Pflegende nur die Daten der jeweils betreuten Patienten einsehen können. Verfahrensregelungen für die Datenübermittlung wurden trägerseitig ebenso geregelt. Die Berechtigungsprofile für den elektronischen Zugriff werden hausintern regelmäßig überprüft und angepasst.

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 Stationen und Ambulanzen sind rund um die Uhr an das Krankenhausinformations-System angeschlossen. Die Konzeption des Systems erfolgte unter Beteiligung der Anwender. Vor Inbetriebnahme wurden alle Mitarbeiter geschult. Unsere Forscher können zusätzlich auf das Wissenschaftsnetz der Universität zugreifen. Eine EDV-Hotline unterstützt und berät die Nutzer. Im Rahmen des Ticketsystems werden Störungen dokumentiert und die Zufriedenheit der Anwender systematisch erfasst. Zur weiteren Verbesserung wurde eine Wissensdatenbank für Störfälle aufgebaut.

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.

Im Leitbild der Klinik sind u. A. der Daseinszweck, der Versorgungsauftrag sowie die Selbstverpflichtung zu ethischen Werten niedergelegt. Das Leitbild wurde unter Beteiligung der Mitarbeiter erarbeitet. Die Führungsgrundsätze konkretisieren die Leitsätze. In den Stationskonzepten werden die Werte des Leitbildes in konkretere Maßnahmen übersetzt. Die Mitarbeiter werden regelmäßig zum Leitbild befragt. Die Aspekte des Leitbildes werden im Rahmen der Mitarbeitergespräche aufgegriffen und gemeinsam hinsichtlich der Arbeitssituation erörtert.

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.

Für alle Kliniken des LVR gilt ein strategisches Rahmenwerk. Ein Vision zur Weiterentwicklung unseres Hauses entwirft Ziele aus der Kunden-, Mitarbeiter-, Finanz- und Prozessperspektive. Die Zielplanung nimmt Bezug auf die Vision und ist regelmäßiger Tagesordnungspunkt der jährlichen Klausurtagungen der Betriebsleitung. LVR-weit wird die Weiterentwicklung der Klinik durch die zuständigen Gremien überwacht. Die Empfehlung eines externen Gutachters - allen LVR-Kliniken mehr unternehmerische Spielräume zu eröffnen - wird derzeit umgesetzt.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sind festgelegt und werden breit - z.B. über Intranet - kommuniziert (Organigramme, Ansprechpartner, Servicestellen, etc.). Neue Herausforderungen werden über hauseigene oder trägerweite Projekte angegangen. Das anspruchsvollste derzeitige Projekt ist die geplante Kernsanierung des Hauptstandortes. Ein Projekt zur Organisationsüberprüfung der Wirtschafts- und Technikabteilung erarbeitete umfangreiche Verbesserungen, z.B. einheitliche Servicenummer, Ausweitung der Servicezeiten.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Ein jährlicher Wirtschaftsplan wird entsprechend den Vorgaben der Eigenbetriebsverordnung erstellt und mit dem Träger abgestimmt. Innerbetrieblich werden Investitions-, Personal- und Sachkosten auf der Abteilungsebene budgetiert. Bei der Budgetvereinbarung mit den Abteilungen wird auf größtmögliche Transparenz geachtet. Soll-Ist-Vergleiche werden monatlich bzw. quartalsweise allen Mitarbeitern im Intranet zugänglich gemacht. Bei längerfristigen Abweichungen werden Reorganisationsmaßnahmen durchgeführt (z.B. Zusammenführung Station und Tagesklinik).

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.

Zum Betrieb der Kliniken hat der LVR eine Betriebssatzung erlassen. Die klinikweite Koordination wird über wöchentliche Beratungen der Betriebsleitung (BL) sichergestellt. Alle 2 Monate informiert die Betriebsleitungszeitung "BLITZ" über wesentliche Beschlüsse. Die regelmäßige Mitarbeiterbefragung überprüft die Zufriedenheit mit der Informationspolitik. Die Effizienz der Kommunikation in der BL wurde durch Einrichtung von Jour-Fixes verbessert; z.B. Kaufmännische Direktorin und Chefarzte, Kaufmännische Direktorin und Pflegedirektorin.

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.

Regelmäßige, strukturierte (Tagesordnung, Protokoll etc.) Beratungen dienen der effektiven Abstimmung und Koordination. Die Betriebsleitung als kollegiales Leitungsorgan trifft Entscheidungen von übergreifender Bedeutung gemeinsam. Zur Entscheidungsfindung werden ggf. Repräsentanten einzelner Betriebsteile hinzugezogen. Durch Einrichtung und Übertragung von Verantwortung an eine duale Abteilungsleitung ist die Effizienz der Führung (Informiertheit, Partizipation etc.) deutlich verbessert worden.

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.

Potentielle Risiken werden systematisch überwacht. Die Betriebsleitung erhält regelmäßig Analysen über wesentliche Kennzahlen, wie z.B. Soll-Ist-Vergleiche zu Leistungsdaten. Besondere Vorkommnisse wie Entweichungen, Patientenstürze werden im standardisierten Verfahren der BL berichtet. Die Ergebnisse der Hygieneuntersuchungen, Brandschutzbegehungen, Arbeitsschutzbegehungen etc. werden protokolliert und der BL zur Kenntnis gegeben. Die geplante Einführung des Business Information Warehouse soll den Informationsstand der Leitungsebene weiter verbessern.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Die LVR-Leitlinien zur Führung und Zusammenarbeit fordern kooperative Führung, Information und Kommunikation ein. Beteiligung der Mitarbeiter bei Neueinstellungen, Supervision und eine Politik der offenen Tür dienen der praktischen Umsetzung. Bei fast allen Projekten ist ein Personalratsmitglied beteiligt. Standardisierte Mitarbeitergespräche und Mitarbeiterbefragungen dienen dem Vertrauensaufbau und der Qualitätsverbesserung. Durch den systematischen Ausbau des Intranets wird dem Wunsch der Mitarbeiter nach höherer Transparenz entsprochen.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

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

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Grundsätzliche, ethische Fragestellungen werden durch den Gesundheitsausschuss des Landschaftsverbandes Rheinland formuliert. Unsere daran angelehnten ethischen Werte sind im Leitbild formuliert. Ein Klinisches Ethikkomitee wurde eingerichtet, welches Hilfestellungen für typische Behandlungssituationen erarbeiten soll. Das Ethikkomitee tagt zweimal jährlich. Als erstes Thema wurde die Problematik des Umgangs mit häufigen Selbstverletzungen behandelt. Dieses Besondere Vorkommnis soll zur weiteren Verbesserung künftig vertieft untersucht werden.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Für den Umgang mit Verstorbenen existiert ein Standard: Der Verstorbene wird unter Achtung seiner Würde versorgt. Wünsche und Bedürfnisse der Angehörigen und/oder des Verstorbenen werden berücksichtigt (z.B. religiöser/kultureller Art). Im eigens vorbereiteten Zimmer wird Angehörigen ausreichend Zeit zum ungestörten Abschiednehmen gegeben. Den Angehörigen wird psychologische und seelsorgerische Unterstützung angeboten. Bei Todesfällen werden auch die Mitarbeiter "aufgefangen" z.B. durch außerordentliche Stationsversammlungen und Krisengespräche.

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 langfristige Qualitätspolitik ist durch die Vision und die davon abgeleiteten strategischen Ziele bestimmt. Dabei orientieren wir uns an dem EFQM-Modell. Die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements wird über einen Qualitätsentwicklungsplan gesteuert, der quartalsweise überprüft wird. Gegenüber dem Landschaftsverband Rheinland wird regelmäßig zu Stand, Fortschritt und Erfolg des Qualitätsmanagements berichtet. Zur Verbesserung der Einbindung der Abteilungen wurden Qualitätskoordinatoren benannt, die Aktivitäten in den Abteilungen initiieren.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Übergreifende Qualitätsziele werden von der Betriebsleitung als strategische Ziele erarbeitet. Sie orientieren sich an der Vision der Klinik, deren Eckpfeiler Patientenorientierung, Fachkompetenz, Kooperation, Zuverlässigkeit und Wirtschaftlichkeit sind. Diese Ziele werden in die Systematik von KTQ übersetzt und als Maßnahmen in den Qualitätsentwicklungsplan übernommen. Für die Qualitätsverbesserung auf den Stationen wurden fassbare Qualitätsziele definiert - z.B. sichere, hygienische, strukturierte Behandlungsumgebung - und in Begehungen überprüft.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Die Aktivitäten zum Qualitätsmanagement sind in ein trägerweites Projekt eingebunden. Die Betriebsleitung koordiniert mit Unterstützung der Stabsstelle Qualitätsmanagement (QM) hausintern die Aktivitäten. Die Qualitätskonferenz dient der Einbeziehung aller Bereiche. Der ständigen Verbesserung - z.B. über Projekte - dienen regelmäßige Beratungen der Stabsstelle QM mit den Betriebsleitungsmitgliedern und den Qualitätskoordinatoren. Zum Aufbau von Qualitätsmanagementkompetenz bei den Multiplikatoren bieten wir Schulungen zum EFQM-Modell an.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Der internen Qualitätssicherung dient eine breite Maßnahmenpalette. Hierunter zählen interdisziplinäre Fallvorstellungen, Meldung Besonderer Vorkommnisse, Supervisionen, Auswertung der BADO-Daten. Für die Substitutionsbehandlung ist vertraglich eine spezifische QS vorgesehen. LVR-weite Vergleiche und Arbeitskreise unterstützen durch gegenseitiges Lernen die Qualitätsverbesserung. Regelmäßige Begehungen zum Thema sichere, hygienische und strukturierte Behandlungsumgebung prüfen die Qualitätsarbeit auf Station und stoßen viele kleine Verbesserungen an.

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 beteiligt sich an der externen Qualitätssicherung Dekubitusprophylaxe sowie an weiteren freiwilligen Maßnahmen. Auf LVR-Ebene existiert ein umfangreiches Berichtswesen, z.B. werden vergleichende Auswertungen der psychiatrischen Basisdokumentationen durchgeführt. Sowohl im gesetzlichen Qualitätsbericht als auch im LVR-internen Qualitätsbericht stellen wir umfangreiches Datenmaterial zur Verfügung. Zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen bei Suchtbehandlungen beteiligen wir uns am LVR-Modellprojekt „Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement“.

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 von Patienten, Angehörigen und Kooperationspartnern helfen uns bei der Qualitätsbeurteilung und -verbesserung aus "Kundensicht". Mitarbeiterbefragungen ergänzen dies aus interner Sicht und helfen, Problemursachen näher zu bestimmen. Wir achten auf den Einsatz aussagekräftiger Fragebögen und die strikte Einhaltung des Datenschutzes. Befragungsergebnisse stehen im Intranet allen Mitarbeitern zur Verfügung. Zur weiteren Verbesserung wurden Befragungen ausgeweitet und Befragungszeitpunkte synchronisiert.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Das Management von Patientenbeschwerden ist LVR-weit geregelt. Daran angelehnt ist das Beschwerdemanagementsystem unseres Hauses. Beschwerden können in einem geschützten Rahmen an den Ombudsmann gerichtet werden. Kummerkästen ermöglichen auch anonyme Beschwerden. Beschwerden werden zeitnah von der Leitung unseres Hauses geprüft und beantwortet. Der Ombudsmann berichtet halbjährlich über die Zahl und Art der Patientenbeschwerden gegenüber den Gremien des LVR. Aufgrund der positiven Erfahrungen wurde seitens des LVR die Rolle der Ombudsperson gestärkt.

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.

Für unser Haus ist das Modul Dekubitusprophylaxe 2008 erstmals verbindlich vorgeschrieben. Vor dem Start der Maßnahme wurden alle betroffenen Mitarbeiter ausführlich informiert und geschult. Die Daten werden unterjährig erfasst und an die Landes- und Bundesgeschäftsstellen übermittelt. Die jeweils leitende Pflegekraft auf Station kontrolliert wöchentlich zusammen mit der pflegerischen Abteilungsleitung die Korrektheit der Daten. Die Dokumentationsrate für unsere Klinik liegt – nach den internen Überprüfungen – bei 100 Prozent.

6.4.2 Umgang mit Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

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

Dieses Kriterium trifft nicht zu.