



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Einrichtung:	Zentrum für Psychiatrie Emmendingen
Institutionskennzeichen:	260830630
Anschrift:	Neubronnstrasse 25 79312 Emmendingen
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2014-0077 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	WIESO CERT GmbH, Köln
Gültig vom:	14.10.2014
bis:	13.10.2017

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	13
3 Sicherheit	16
4 Informations- und Kommunikationswesen	20
5 Führung	23
6 Qualitätsmanagement	26

Vorwort der KTQ®

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize und alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie-, und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ® somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Führung des Krankenhauses und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses

¹ zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft.

der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. 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 **Zentrum für Psychiatrie Emmendingen** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

Vorwort der Einrichtung

Seit 1996 sind Methoden des systematischen Qualitätsmanagements ein wesentlicher Bestandteil der Unternehmensphilosophie. Das ZPE wurde im Jahr 1997 als erstes psychiatrisches Krankenhaus in Deutschland nach ISO 9002 zertifiziert. Die Vorbereitung auf eine Zertifizierung nach der KTQ-Systematik stellte eine konsequente Fortführung der Qualitätspolitik anhand heutiger Gegebenheiten dar. Das im ZPE entwickelte Intranetsystem zur Qualitäts- und Management-Dokumentation ist heute offizieller Partner der KTQ-GmbH.

1. Aufgaben und Struktur:

In der Region Süd- und Mittelbaden, zwischen Lahr und Lörrach, leistet das Zentrum für Psychiatrie Emmendingen als psychiatrisches Fach- und Schwerpunktkrankenhaus die psychiatrische Vollversorgung für 1,3 Millionen Einwohner.

Das Zentrum gliedert sich in folgende Kliniken:

- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Klinik für Geronto- und Neuropsychiatrie
- Klinik für Suchtmedizin
- Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie



Jede Klinik verfügt wiederum über weitergehende Spezialisierungen wie etwa Neuropsychiatrie, Altersdepression, affektive Erkrankungen, niederschwelliger Drogenentzug sowie Früherkennung und Prävention psychotischer Störungen. Zur Förderung der gemeindenahen Psychiatrie betreibt das Zentrum für Psychiatrie Emmendingen seit 2002 eine Psychiatrische Institutsambulanz. Eine Psychiatrische Tagesklinik existiert seit 2003 in Lörrach, eine weitere seit 2005 in Lahr.

Das Zentrum ist als Akademisches Lehrkrankenhaus in die Ausbildung der medizinischen Fakultät der Universität Freiburg* für das Fachgebiet Psychiatrie eingebunden. Es betreibt darüber hinaus zusammen mit dem Kreiskrankenhaus Emmendingen* eine Schule für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe. Dem Krankenhaus angegliedert ist ein psychiatrisches Heim* mit einem psychiatrischen Wohnheim*, einem heilpädagogischen Heim* und einem gerontopsychiatrischen Pflegeheim*, die zusammen über 110 Plätze verfügen. Zur Optimierung der Geschäftspolitik und der Verwaltungsabläufe wurden im Zentrum für Psychiatrie Emmendingen die zentralen Dienste und Stabsstellen des Geschäftsbereichs aus dem Zentrum für Psychiatrie Emmendingen, dem Zentrum für Psychiatrie Reichenau und dem Klinikum Nordschwarzwald zusammengefasst.

* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

2. Historische Entwicklung

Im Jahre 1861 setzte das großherzoglich-badische Innenministerium eine Expertenkommission ein, die den Bau einer neuen Heil- und Pflegeanstalt für chronisch psychisch Kranke planen sollte. Nachdem die Standortwahl auf Emmendingen gefallen war, dauerte es fast zwanzig Jahre, bis 1889 die ersten Patienten aus Pforzheim übernommen werden konnten. Bis zur Jahrhundertwende erreichte Emmendingen bereits eine Auslastung mit bis zu 1.500 Patienten.

Es folgte in den 30er Jahren die Zeit der inhumanen Doktrin einer pervertierten Psychiatriewissenschaft, die unter anderem dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ den Weg bereitete und zur Tötung Tausender behinderter und psychisch kranker Menschen führte. Ein Mahnmal im Parkgelände erinnert seit 1989 an die Emmendinger Opfer dieser Zeit.

1996 änderte sich die Rechtsform, aus dem Psychiatrischen Landeskrankenhaus wurde eine Anstalt des öffentlichen Rechts, deren Möglichkeiten konsequent umgesetzt werden.

Das nunmehr als „Zentrum für Psychiatrie Emmendingen“ benannte Krankenhaus wandelte sich zu einem spezialisierten und seit 2005 nach KTQ zertifizierten Fachkrankenhaus.

Das Zentrum ist heute ein am regionalen Gesundheitsmarkt aktiv teilnehmender Partner in allen Versorgungsbereichen des gemeindepsychiatrischen Verbundsystems.



3. Strategien, Visionen, Ziele

Das Ziel der gemeindenahen Psychiatrie wird in den kommenden Jahren konsequent weiterverfolgt. Mit der Planung zusätzlicher Tageskliniken und der Gründung Gemeindepsychiatrischer Zentren im Versorgungsgebiet wird eine komplexe, flächendeckende Behandlung gewährleistet.

Für psychisch kranke Menschen, die einer vollstationären Versorgung bedürfen, wird am Standort Emmendingen das fachliche Angebot weiterentwickelt. Dafür werden zielgruppenbezogene Spezialisierungskonzepte entwickelt. Außerdem wird der Standard der Räumlichkeiten kontinuierlich verbessert, um den Patienten noch bessere Qualität und Komfort bieten zu können.

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Zentrum erfüllt seinen Vollversorgungsauftrag über allgemeinspsychiatrische Sektorstationen und spezialisierte Fachabteilungen. Im Vorfeld der Aufnahme halten wir engen Kontakt mit den einweisenden Ärzten und vereinbaren für Patienten kurzfristige Aufnahmetermine auf den geeigneten Stationen. Hierzu steht rund um die Uhr ein ärztlicher Ansprechpartner zur Verfügung. Das Zentrum ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar. Über die Homepage (www.zfp-emmendingen.de) können sich Interessierte umfassend über unsere Angebote informieren.

Die Gebäude des Zentrums befinden sich in einem weiträumigen Parkgelände. Vom Besucherparkplatz gelangt man zur 24 Stunden besetzten Pforte. Dort erhalten Patienten und Besucher kompetente Auskunft und einen Wegeplan, der in Verbindung mit der einheitlichen Beschilderung innerhalb des Geländes eine gute Orientierung ermöglicht. Im Bedarfsfall kann mit dem PKW oder Krankentransportwagen vor die Station gefahren werden.

Patienten werden in der administrativen Aufnahme durch kompetentes Personal der Patientenverwaltung empfangen und können nach Erledigung der Formalitäten direkt in der für sie vorgesehenen Station aufgenommen werden. Soweit möglich wird bereits im Vorfeld der Aufnahme die geeignete Abteilung ermittelt. Auf der Station werden sie von dem pflegerischen und therapeutischen Personal begrüßt und mit den Abläufen der Station bekannt gemacht. Dieses Aufnahmekonzept vermeidet unnötige Wartezeiten.

Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen der psychiatrischen Institutsambulanz wird zentral koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.

1.1.2 Leitlinien

Im ärztlich-therapeutischen Dienst finden die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde in der Diagnostik, Behandlungsplanung und -durchführung Anwendung. Eine Verfahrensweisung regelt die Verbindlichkeit der Anwendung, die Vorgehensweise der Veröffentlichung und Aktualisierung, die Überprüfung der Anwendung und die Fortbildung und Information der Ärzte und Psychologen. Die Leitlinien sind diagnoseorientiert und besitzen in allen Funktionsbereichen Gültigkeit. Im Pflegedienst finden teilweise Expertenstandards des DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) und weitere phänomenologisch orientierte psychiatrische Pflegestandards Anwendung. Eine Verfahrensweisung regelt Verbindlichkeit der Anwendung, Erstellungs-, Implementierungs- und Überprüfungsverfahren. Hausinterne Leitlinien und Standards orientieren sich am aktuellen Stand des Wissens. Pflegestandards werden fortlaufend erarbeitet und weiterentwickelt.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Unser Ziel ist durch den Aufbau einer tragfähigen, vertrauensvollen therapeutischen Beziehung und durch die verständliche Vermittlung therapeutischer Konzepte den Patienten als Partner zu gewinnen. Im Bedarfsfall werden Informationen durch fremdsprachenkundige Mitarbeiter für ausländische Patienten übersetzt. Eine Liste der Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen sowie eine Liste mit vereidigten Dolmetschern sind im Intranet für die Mitarbeiter abrufbar.

Stehen Patienten einer Therapie trotz intensiver Aufklärung ablehnend gegenüber, wird dies akzeptiert, solange diese keine akute Gefährdung darstellen. In jedem Fall werden die Persönlichkeitsrechte des Patienten unter Beachtung gesetzlicher Vorgaben gewahrt.

In den Visiten werden Patienten über diagnostischen Maßnahmen und Behandlung, etc. aufgeklärt und in die Behandlungsplanung einbezogen. Patientenverfügungen bzw. Vorsorgevollmachten werden im Rahmen der Aufnahme erfasst. Aufnahme- und Therapiegespräche werden in separaten Räumen geführt. Bei den Visiten werden Unbeteiligte immer gebeten, den Raum zu verlassen. Angehörige werden auf Wunsch des Patienten in den Behandlungsprozess einbezogen und aufgeklärt (z.B. Angehörigengruppen, psychoedukative Gruppen).

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Auf den Stationen sind Aufenthaltsräume mit Fernsehgeräten und Speiseräume eingerichtet. Auf dem Krankenhausgelände gibt es ein Kaffeehaus, einen Kaufladen, einen Patienten-Treffpunkt (KOMM), weitläufige Parkanlagen und diverse Ruhezonen. Jeder Patient soll das von ihm ausgewählte Essen zur vereinbarten Uhrzeit in hoher Qualität erhalten. Bei der Pflegeanamnese werden bestimmte Vorlieben bei der Ernährung erfragt. Im Rahmen pflegerischer oder ergotherapeutischer Koch-, und Backgruppen werden Mahlzeiten gemeinsam von Patienten und Mitarbeiter zubereitet. Auf kulturelle und religiöse Essgewohnheiten wird Rücksicht genommen. Bei Bedarf werden nach ärztlicher Anordnung Diätpläne erstellt, Lebensmittelallergien erfragt und bei der Zubereitung berücksichtigt.

1.1.5 Kooperationen

Die internistischen Konsile werden durch die in der Klinik für Geronto- und Neuropsychiatrie tätigen Fachärzte für Innere Medizin durchgeführt. Für Konsile anderer Fachrichtungen stehen Facharztpraxen in der Umgebung zur Verfügung. Im Gemeindepsychiatrischen Verbund findet die Abstimmung zur psychiatrischen Versorgung in der Region statt. In den Arbeitsgruppen ist je ein Vertreter aus unserem Haus beteiligt. Es bestehen vielfältige Kooperationsverträge unter anderem mit Krankenhäusern und Nachsorgeeinrichtungen. Neue ambulante Weiterbetreuungsangebote wurden seit Einführung der Psychiatrischen Institutsambulanz und des Gemeindepsychiatrischen Zentrums ermöglicht. Der gute Kontakt zu psychiatrischen Versorgungsnetzwerken, (Gemeindepsychiatrische Zentren, Beratungsstellen, Sozialpsychiatrischer Dienst, Selbsthilfegruppen) ergänzen das Behandlungsangebot. Darüber hinaus hat das Haus sämtliche Laborarbeiten an ein externes Labor vergeben.

1.2 Notfallaufnahme

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Bei Notfallaufnahmen wird eine schnelle Erstdiagnostik und Erstversorgung gewährleistet. Notfallaufnahmen werden immer - auch außerhalb der Dienstzeiten - durch einen Arzt und Mitarbeiter des Pflegedienstes - durchgeführt. Nach klinischer Diagnostik wird die Behandlung entsprechend den Leitlinien vom Therapeuten geplant. Werden Patienten vom Rettungsdienst gebracht, erfolgt die Übernahme immer durch einen Arzt oder Mitarbeiter des Pflegedienstes der Station. Aufgrund der Aufnahmeverpflichtung werden stets freie Betten vorgehalten.

1.3 Ambulante Versorgung

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Die ambulante Versorgung erfolgt im Rahmen der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA). Diese ist zentral organisiert und eng mit den Behandlungsstationen verzahnt, was eine Kontinuität der Behandlungspartner und eine hohe fachliche Kompetenz garantiert. In Notfallsituationen stehen rund um die Uhr ein Arzt sowie das Pflege-team zur Verfügung. Die PIA hält enge Kontakte zu komplementären Einrichtungen (Beratungsstellen, Patiententreffs, Wohngruppen, Sozialpsychiatrischer Dienst)).

1.3.2 Ambulante Operationen

Ambulante Operationen sind für den Fachbereich Psychiatrie nicht relevant.

1.4 Stationäre Versorgung

1.4.1 Stationäre Versorgung und Behandlungsplanung

Für eine hochwertige und patientenzentrierte Therapie hält das Zentrum ein umfassendes Angebot bereit, das aus medizinisch-psychiatrischen, psychotherapeutischen, gestaltungs- und körperorientierten sowie sozialpsychiatrischen Bausteinen besteht. Die Behandlung wird engmaschig fachärztlich überwacht und nach Standards und Leitlinien durchgeführt. Hierbei wird besonderes Augenmerk auf einen professionellen Umgang mit psychiatrischen Ausnahmesituationen, auf ein therapeutisches Milieu und eine moderne Medikamententherapie gelegt.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Diagnostische und therapeutische Behandlungsschritte werden durch die Bezugstherapeuten geplant und koordiniert. Die erforderlichen Informationen werden auf Standardformularen zur Verfügung gestellt und Befunde darauf festgehalten. Bei Bedarf können Patienten entsprechend ihrer physischen und psychischen Verfassung von kompetenten Mitarbeitern zu den Untersuchungen begleitet werden.

1.4.3 Operative Verfahren

Operative Verfahren sind für den Fachbereich Psychiatrie nicht relevant.

1.4.4 Visite

Auf allen Stationen finden mindestens einmal pro Woche Visiten im multiprofessionellen Team unter Beteiligung des Leitenden Arztes bzw. seines Vertreters statt. In die Visiten fließen die Informationen aus allen Bereichen der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen ein. In intensiven Gesprächen werden mit dem Patienten die bisherige und weitere Behandlung besprochen. Neben den Visiten mit dem Leitenden Arzt findet mindestens einmal pro Woche auf den Stationen eine Stationsarztvisite unter Einbeziehung der verantwortlichen Pflegekraft statt. Als Mindeststandard gilt, eine tägliche Besprechung der Patienten durch den pflegerisch, ärztlich / psychologischen Dienst.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Zur teilstationären Behandlung stehen zwei Tageskliniken (Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie) in Lahr und Lörrach sowie eine Suchtmedizinische Tagesklinik in Freiburg zur Verfügung. Die Tageskliniken verfügen über die Möglichkeiten einer umfassenden Diagnostik einschließlich testpsychologischer Verfahren. Der Behandlungsplan wird durch den behandelnden Therapeuten gemeinsam mit der Pflege und dem Patienten erarbeitet. Die Therapie wird entsprechend der Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften festgelegt.

1.5 Übergang in andere Bereiche

1.5.1 Entlassung

Die Vorbereitungen zur Entlassung aus der stationären Behandlung beginnen frühzeitig und berücksichtigen vorrangig die Fortführung einer fachlichen Weiterbehandlung sowie die soziale Integration und Absicherung. In Absprache mit den Patienten werden Kontakte zu Angehörigen und Nachsorgeeinrichtungen aufgebaut. Vorzeitige Entlasswünsche oder Behandlungsabbrüche werden unter besonderer Beachtung von Gesundheit und Sicherheit der Patienten respektiert. Die Vorgehensweise ist standardisiert.

Das Krankenhaus sorgt für eine lückenlose Information der an der Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten Beteiligten.

Jeder Patient erhält bei geplanter Entlassung einen Kurzarztbrief (ggf. mit Befundkopien) sowie Informationen zur Medikamenteneinnahme. Bei weiterer Pflegebedürftigkeit wird ein Pflegeüberleitungsbericht mitgegeben. Der ausführliche Arztbrief an den weiterbehandelnden Arzt, mit den Informationen zur Behandlung, soll 14 Tage nach Entlassung fertig gestellt sein. Vom Patienten wird dafür eine Entbindung von der Schweigepflicht eingeholt.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Die nachstationäre Betreuung wird federführend von den ärztlich-psychologischen Therapeuten sowie den Sozialdienstmitarbeitern vorbereitet. Hierbei wird auf gute Kontakte in Netzwerken zurückgegriffen. Neue ambulante Weiterbetreuungsangebote wurden mit Etablierung der Psychiatrischen Institutsambulanz und des Gemeindepsychiatrischen Zentrums geschaffen.

1.6 Sterben und Tod

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Ein verbindlicher Leitfaden beschreibt Abläufe und Verantwortlichkeiten im Umgang mit sterbenden Patienten. Sterbende erhalten die besondere Aufmerksamkeit der Mitarbeiter, die ihnen in der Auseinandersetzung mit Leiden, Sterben und Tod beistehen und auf ihre Ängste eingehen. Angehörige und das soziale Umfeld werden je nach Wunsch des Sterbenden und der Familie eingebunden. Die seelsorgerische Betreuung über 24 Stunden ist sichergestellt. Sterbenden Patienten wird ein Einzelzimmer zur Verfügung gestellt, das nach den Bedürfnissen des Patienten und der Angehörigen ausgestattet wird. Das Krankenhaus vermittelt bei Bedarf und auf Wunsch den Kontakt mit einem Hospiz und organisiert die Überleitung.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Abläufe in der Versorgung Verstorbener sind verbindlich geregelt. Die zuständigen Mitarbeiter des Pflege- und ärztlichen Dienstes stehen den Hinterbliebenen für die Trauerarbeit zur Verfügung. Die Feststellung des Todes erfolgt grundsätzlich durch einen Arzt, die Versorgung des Leichnams wird durch Mitarbeiter des Pflegedienstes durchgeführt. Im Prozess der Sterbebegleitung wie auch in der Versorgung der Verstorbenen wird Rücksicht auf die kulturellen und religiösen Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen genommen, spezielle Rituale werden von den Mitarbeitern beachtet.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1 Personalplanung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Die Personalbedarfsplanung ist auf eine ausreichende und qualifizierte Personalausstattung in allen Bereichen des Zentrums ausgerichtet. Die Psychiatrie-Personalverordnung bildet, neben den Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die Grundlage zur Berechnung des Personalbedarfs im patientennahen Bereich. Personalkennzahlen werden mehrfach jährlich erhoben, so dass auf Ausfallquoten und Fluktuation reagiert werden kann. Flexible Arbeitszeiten, Mitarbeitergespräche und Dienstvereinbarungen bewirken eine niedrige Ausfallquote.

2.2 Personalentwicklung

2.2.1 Personalentwicklung / Qualifizierung

Das Personalentwicklungskonzept beruht auf folgenden Bausteinen: Gezielte Bewerberauswahl, Einarbeitung, Mitarbeitergespräche, Mitarbeiterbeurteilungen, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie Führungskräfte-Training. In den Mitarbeitergesprächen werden Qualifizierungswünsche thematisiert und Wünsche der Mitarbeiter im Rahmen des verfügbaren Personal- und Sachkostenbudgets sowie der Strategieplanung des Zentrums berücksichtigt.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Ein Konzept zur Einführung neuer Mitarbeiter für alle Berufsgruppen und Bereiche verfolgt das Ziel, die Arbeitsaufnahme und Integration durch umfassende Informationen und kompetente Begleitung erfolgreich zu gestalten, so dass neue Mitarbeiter selbstständig und eigenverantwortlich im neuen Arbeitsfeld tätig werden können und die Arbeitszufriedenheit erhöht wird. Die Zeit der Einarbeitung wird in allen Geschäftsbereichen durch Reflexionsgespräche begleitet. Zur Einführung neuer Mitarbeiter in den stationären Bereichen existieren zusätzliche individuelle Einarbeitungskonzepte.

2.2.3 Ausbildung

Die Schule wird getragen vom Zentrum für Psychiatrie Emmendingen und dem Landkreis Emmendingen, vertreten durch das Kreiskrankenhaus. Ziel ist die qualifizierte, den gesetzlichen Regelungen entsprechende Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege. Die Schule ist seit September 2010 Kooperationschule der Hamburger Fern-Hochschule für den Studiengang Health Care Studies.

Das Modell der Gesundheitspflege ist zentraler Bestandteil des Curriculums. Es wird sowohl im theoretischen Unterricht, als auch im Handbuch für die Ausbildung erläutert. In Anleitungen der Auszubildenden durch Praxisanleiter und Lehrer wird der Theorie-Praxis-Transfer nach dem Modell der Gesundheitspflege geleistet. Im Zentrum sind auf jeder Station teilfreigestellte Praxisanleiter tätig. Im Handbuch für die Ausbildung sind Lernangebote für die praktische Ausbildung formuliert, die in Kooperation zwischen Schule und Praxisanleiter aktualisiert werden.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Durch systematische Fort- und Weiterbildung wird die persönliche und fachliche Kompetenz der Mitarbeiter kontinuierlich verbessert. Schwerpunkte sind die Weiterbildung zum Facharzt und der Erwerb von Zusatzqualifikationen im Pflegedienst (Stationsleitung, Praxisanleiter und Fachpflege). Darüber hinaus bietet das Zentrum ein jährliches, akkreditiertes Fortbildungsprogramm in Zusammenarbeit mit der Uni Freiburg an. Interne Pflichtfortbildungen im Bereich Hygiene, Brandschutz und Arbeitssicherheit runden das Angebot ab.

Es gibt ein Fort- und Weiterbildungsbudget, welches jährlich zentral durch die Geschäftsleitung verabschiedet und auf die einzelnen Abteilungen verteilt wird.

Ergänzend werden Mittel für Kongresse, Tagungen und externe Fortbildungen für jede Berufsgruppe vorgehalten. Die Genehmigung der Fortbildungsanträge erfolgt über den jeweiligen Chefarzt. Der zielgerichtete Einsatz des Budgets wird durch das Controlling überwacht.

2.3 *Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern*

2.3.1 *Mitarbeiterorientierter Führungsstil*

Der mitarbeiterorientierte Führungsstil ist im Leitbild des Zentrums verankert. Schwerpunkte der Mitarbeiterorientierung sind Mitarbeitergespräche, -befragungen, -vertretung und Dienstvereinbarungen. Bei strategischen Planungen werden Mitarbeiter in themenzentrierte Arbeitskreise eingebunden. Die Leitungskonferenzen sind turnusmäßig erweitert für gemeinsame Sitzungen mit anderen Berufsgruppen und Hierarchien.

Großer Wert wird auf Mitarbeiterinformation gelegt. Dazu stehen mehrere Informationskanäle und -medien, wie z. B. die bestehende Konferenzstruktur, das Intranet, E-Mail-System, Mitarbeiter-Besprechungen, Newsletter, Mitarbeiterversammlungen und das Betriebliche Vorschlagswesen zur Verfügung.

Das strukturierte Mitarbeitergespräch mit seinem Zielvereinbarungssystem umfasst neben der Umsetzung der Gespräche die entsprechende Schulung aller Führungskräfte und enthält formulierte Führungsgrundsätze für das Krankenhaus. Einmal im Jahr werden Gespräche mit den Mitarbeitern durchgeführt, die neben einer Leistungsbeurteilung zusätzliche Kriterien der Beurteilung von Führungskräften beinhalten. Dadurch erfolgt in jedem Zielvereinbarungsgespräch mit einer Führungskraft eine Einschätzung zum Führungsverhalten.

2.3.2 *Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit*

Die für die Mitarbeiter unter Beachtung gesetzlicher und tariflicher Vorschriften festgelegten Arbeitszeitregelungen sind in einem elektronischen Zeiterfassungssystem hinterlegt. Es gibt moderne, flexible Arbeitszeitmodelle mit Gleitzeit- Teilzeit- und Dienstplanregelungen. Bei der Dienstplangestaltung werden Mitarbeiterwünsche berücksichtigt. Die Mitarbeiter können über die Erfassungsterminals jederzeit ihr Arbeitszeitkonto einsehen.

2.3.3 *Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden*

Um Ideen, Kritik und Wünsche der Mitarbeiter systematisch zu erfassen und einzubeziehen, arbeiten verschiedene Gremien bzw. werden differenzierte Instrumente eingesetzt: Betriebliches Vorschlagswesen mit Prämienzahlung, Beschwerdemanagement, Mitarbeitergespräche, Mitarbeiterbefragungen, Personalrat, Beauftragte für Chancengleichheit und Schwerbehindertenvertretung.

3 Sicherheit

3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme

3.1.1 Arbeitsschutz

Das Zentrum gewährleistet den Arbeitsschutz. Die Sicherheitsbeauftragten, die Fachkraft für Arbeitssicherheit, der Betriebsarzt und der Arbeitssicherheitsausschuss überwachen und bearbeiten verantwortungsvoll die Sicherheitsstandards und schlagen Verbesserungen vor. Regelmäßig finden Sicherheitsbegehungen statt. Ein strukturiertes Unfallmeldeverfahren sichert den Mitarbeitern eine kompetente Versorgung bei betrieblichen Unfällen zu. Sämtliche Anweisungen und Handlungsanleitungen finden sich für die Mitarbeiter zugänglich im Intranet.

3.1.2 Brandschutz

Um im Brandfall optimale Sicherheit für Patienten und Mitarbeiter zu gewährleisten, hält das Zentrum ein automatisiertes Brandmeldesystem vor. Es verfügt über eine eigene Werkfeuerwehr, hat in sämtlichen Gebäuden Rettungswege ausgewiesen, anforderungsgerecht Feuerlöscher angebracht und Alarmauslöser installiert. Es wurde ein differenzierter Brand- und Katastrophenschutzplan entwickelt. Eine jährliche Unterweisung mit praktischen Übungen in Brand- und Katastrophenschutz qualifiziert die Mitarbeiter für die Beherrschung des Ernstfalles. Die Schulungsintervalle werden dokumentiert.

3.1.3 Umweltschutz

Für die Belange des Umweltschutzes sind im Zentrum ein Energie- und ein Abfallbeauftragter ernannt. In den letzten Jahren erfolgten hohe Investitionen zur Optimierung des Energieverbrauchs und zur Vermeidung / Recycling von Abfall. Die positiven Entwicklungen sind in jährlichen Abfall- und Energiebilanzen nachweisbar. Die Kennzahlen für Energie, Wasser und Abfall unterliegen einem zentrenübergreifenden Vergleich.

3.1.4 Katastrophenschutz

Ein ausführlicher Katastrophenschutzplan wurde entwickelt. Das Zentrum ist in den Katastrophenschutz auf Kreisebene eingebunden. In diesem sind differenzierte Evakuierungspläne und Ablaufregelungen für den Katastrophenfall eingearbeitet. Jährlich finden unter Beteiligung der eigenen Werkfeuerwehr große Evakuierungsübungen statt, an denen auch regionale Feuerwehren und Rettungsdienste beteiligt sind. Für die technischen Ausfälle existieren Vertragswerke mit externen Firmen zur Beseitigung der Störungen (z. B. Küche, EDV, Wärmезentrale).

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Es gibt Anweisungen und Verantwortlichkeiten für nichtmedizinische Notfallsituationen. Hierzu zählen beispielsweise der hausinterne Alarmierungsplan für größere Schadensereignisse (z. B. Brand, Geiselnahmen) und die Anleitung für das arbeitsplatzbezogene Verhalten im Brandfall. Für die Bedienung der Personennotrufanlage wurde ein detaillierter Alarmablaufplan entwickelt, der auch bei technischen Störungen dieser Anlage die Alarmierung von Hilfe leistendem Personal weitestgehend gewährleistet. Die Stationen und einige andere Arbeitsbereiche sind mit Personennotrufgeräten ausgestattet, so dass eine gegenseitige Hilfeleistung gegeben ist.

3.2 Patientensicherheit

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Die Patientensicherheit hat im Zentrum einen hohen Stellenwert. Für die Behandlung von eigen- oder fremdgefährdeten Patienten sind ausführliche Standards und Handlungsanweisungen erstellt (z. B. Intensivbetreuung, Deeskalation, Suizidalität, Sturzassessment, Wundmanagement, Ausgangsregelungen). Bei den Begehungen wird der Aspekt der Patientensicherheit mit beachtet. Alle Stationen sind rund um die Uhr personell besetzt. Moderne Personen-Ruf-Anlagen unterstützen die Gewährleistung der Sicherheit.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Das Notfallmanagement im Zentrum berücksichtigt somatische Notfälle (z.B. Herz-Kreislauf-Komplikationen) und insbesondere psychiatrische Notfallsituationen. Um rasch und effizient helfen zu können, sind im gesamten Zentrum Notfallkoffer und Frühdefibrillatoren vorhanden. Der Pflegedienst und der Arzt vom Dienst sind über ein Alarmierungssystem in das Notfallmanagement eingebunden. Die am Notfallmanagement beteiligten Mitarbeiter erhalten regelmäßige Unterweisungen in Reanimation, Defibrillation, Deeskalation und Erste Hilfe.

3.2.3 Hygienemanagement

Die Organisation der Hygieneabteilung und die Umsetzung der hygienischen Anforderungen im Zentrum werden durch den Hygienebeauftragten, durch eine externe Hygienefachkraft sowie die Hygienekommission gewährleistet. Die letzte Verantwortung in allen hygienischen Belangen tragen die Medizinischen Direktoren der Kliniken aus Krankenhaus und Maßregelvollzug. Zentrenübergreifend findet jährlich ein "Sicherheitsmeeting" statt. Für alle Klinikbereiche sind Dienst- und Verfahrensanweisungen vorhanden. Es finden regelmäßige Begehungen statt. In den relevanten Bereichen hängen Desinfektions- und Hautschutzpläne aus.

3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Gemäß dem Infektionsschutzgesetz werden dem Gesundheitsamt vom Zentrum alle auftretenden meldepflichtigen Erkrankungen gemeldet. Darüber hinaus werden katheterassoziierte Harnwegsinfektionen als Indikator für nosokomiale Keime systematisch erfasst.

3.2.5 Infektionsmanagement

Bei jedem Auftreten von katheterassoziierten und allen anderen klinisch schwer verlaufenden Infektionen erfolgt eine Erreger- und Resistenzbestimmung. Zur Aufrechterhaltung eines hohen Hygienestandards ist das Wissen und die Motivation der Mitarbeiter eine entscheidende Voraussetzung. Regelmäßige Fortbildungen und Beratungen stellen daher wichtige Sicherungsmaßnahmen dar. Hygiene- und Desinfektionspläne in allen Bereichen des Zentrums unterstützen die Aufrechterhaltung eines hohen Hygienestandards. Die Weiterentwicklung und Überwachung des Hygienekonzeptes obliegt der Hygienekommission.

3.2.6 Arzneimittel

Die Versorgung mit Arzneimitteln wird durch die krankenhauseigene Apotheke realisiert.

In der Arzneimittelliste des Zentrums sind die Arzneimittel verzeichnet, die in der Regel in der Therapie zum Einsatz kommen. Die Liste ist tagesaktuell und steht den Ärzten und Stationen online zur Verfügung.

Die Bestellung von gelisteten Arzneimitteln erfolgt elektronisch über ein Anforderungsprogramm, die Freigabe über einen Arzt durch Benutzer und Passwort.

Die Belieferung erfolgt zweimal wöchentlich durch die Logistik.

Außerhalb der Belieferungstage sind Arzneimittel während der Öffnungszeiten der Apotheke durch Abholung erhältlich. Zudem können in den abschließbaren Stationsfächern vor der Apotheke (jederzeit zugänglich) Arzneimittel bereitgelegt werden (außer Kühlware und Betäubungsmittel).

Bei einer notfallmäßigen Versorgung außerhalb der Apothekenöffnungszeiten ist die Pforte zu informieren. Den Mitarbeitern der Pforte liegt eine Dienstanweisung über das weitere Vorgehen vor. Nichtgelistete Arzneimittel können über Sonderanforderungs-Formulare mit Chef- oder Oberarztunterschrift bestellt werden.

3.2.7 Blutkomponenten u. Plasmaderivate

Im Zentrum werden keine Blutprodukte eingesetzt.

3.2.8 Medizinprodukte

Für die Koordination und Durchführung der Vorschriften des Medizinprodukte-Gesetzes ist eine externe Fachkraft bestellt. Die Versorgung mit Medizinprodukten erfolgt über den Zentraleinkauf unter Einbeziehung der Pflegekräfte und des Medizintechnikers. Alle eingeführten Produkte müssen den vorgegebenen Normen entsprechen; ökologische Anforderungen werden berücksichtigt. Eine Dienstanweisung regelt die Aufgaben der Verantwortlichen, der Beauftragten und der Anwender. Die Einweisungen und Schulungen der Mitarbeiter werden in einem persönlichen Gerätepass dokumentiert. Im Intranet sind die Medizingeräte, die Gesetzestexte (MPG, MedGBetrV) sowie die Beauftragten und Verantwortlichen für alle einsehbar hinterlegt.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Das Zentrum investiert seit Jahren in hochwertige Informationstechnologie. Das gesamte Zentrum ist flächendeckend digital vernetzt. Die im Einsatz befindlichen EDV-Systeme unterstützen Mitarbeiter in ihrer täglichen Arbeit und stellen ein kompetentes Informations- und Qualitätssicherungssystem dar. Eine IT-Hotline sowie IT-Bereitschaftsdienste garantieren rasche Hilfe bei Anwenderproblemen.

4.2 Patientendaten

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Sämtliche Patientendaten werden während der Behandlung in einem psychiatrie-spezifischen Dokumentationssystem hinterlegt, welches im Laufe der letzten Jahre sukzessive verbessert wurde. Für die Dokumentation sind Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten geregelt. Die Unterlagen werden nach Abschluss der Behandlung im Zentralarchiv aufbewahrt. Arztbriefe stehen nach den Richtlinien des Datenschutzes auch elektronisch zur Verfügung. Seit dem Jahr 2005 wird stufenweise eine umfassende elektronische Krankenakte eingeführt.

Die zur Behandlung relevanten Maßnahmen und Ergebnisse werden in schriftlicher Form im Dokumentationssystem auf speziellen Formularen erfasst. Hausinterne Regelungen beschreiben die geforderte Frequenz der Eintragungen. Die an der Dokumentation beteiligten Personen sind über Namenskürzel (hinterlegt in Listen) erkennbar.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Während der Behandlung haben alle berechtigten Mitarbeiter zeitlich unbegrenzt Zugriff auf die laufende Dokumentation und das Archiv. Im Zentralarchiv werden die Krankenakten aufbewahrt und stehen bei Wiederaufnahme umgehend zur Verfügung. Ausgaben müssen mit Datum und Unterschrift nachvollziehbar dokumentiert werden. Arztbriefe stehen seit dem Jahr 2003 auch digital zur Verfügung.

4.3 Informationsmanagement

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Die Krankenhausleitung erhält monatlich Auswertungen über die wichtigsten Kennzahlen (z. B. Fallzahl, Diagnose, Verweildauer, Personalbestands- und betriebswirtschaftliche Daten). Daneben existiert ein standardisiertes Meldewesen für besondere Vorkommnisse oder kritische Entwicklungen. Dieses Rückmeldesystem ermöglicht es der Krankenhausleitung, zeitnah auf riskante Betriebsentwicklungen zu reagieren. Eine umfassende Kommunikation zwischen den Mitarbeitern wird durch ein strukturiertes Konferenz- und Besprechungswesen sichergestellt. Die verfügbaren technischen Medien werden genutzt (Mailsystem, Intranet, Internet, Telefon, Fax, Postumlauf). Die Kommunikation patientenbezogener Daten erfolgt durch das von den Berufsgruppen genutzte Dokumentationssystem sowie durch die im Aufbau befindliche elektronische Krankenakte.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern / extern)

Die eingesetzte Informationsplattform im Zentrum ist der Nexus Curator. Über Informationstools können sich die Mitarbeiter intern wie extern über News, Verfahrensanweisungen, Abteilungsstrukturen, Telefonregister, Neuigkeiten aus den Partnerkliniken etc. informieren. Meldetools ermöglichen schnelle und strukturierte Meldungen von Vorkommnissen, kritischen Ereignissen (Critical Incident Reporting System), Beschwerden, an vorprogrammierten Adressverteiler.

Schriftlich festgelegte Kommunikationsstrukturen im Rahmen der Gremienarbeit für die verschiedenen Geschäftsbereiche stellen die rechtzeitige und verständliche Weiterleitung von Informationen an betroffene Mitarbeiter sicher. Alle Printmedien und die externe Kommunikation werden zentral von der Stabsstelle Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit koordiniert und erstellt, die Inhalte werden mit den entsprechenden Geschäftsbereichen abgestimmt. Die Kommunikation mit den niedergelassenen Ärzten wird durch den Medizinischen Direktor (Krankenhaus) gesteuert.

4.4 Telefonzentrale und Empfang

4.4.1 Organisation und Service

Die Pforte ist die zentrale Auskunftsstelle und kann qualifiziert Auskünfte geben und Informationen unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten weiterleiten. Die Tätigkeiten, Aufgaben und Verhaltensregeln der Mitarbeiter in der Information sind in einer Dienstanweisung festgelegt. Die Besetzung der Pforte ist über 24 Stunden gewährleistet. Die Kommunikationswege zu den einzelnen Abteilungen und Sekretariaten sind geregelt. Die Mitarbeiter der Information (Pforte, Patientenaufnahme, Sekretariate) haben an einer Fortbildung bezüglich Telefontraining teilgenommen.

4.5 *Datenschutz*

4.5.1 *Regelungen zum Datenschutz*

Eine zentrale Stabsstelle ist für den Datenschutz zuständig. Dieser Beauftragte stellt durch Schulungen und Beratungen in datenschutzrechtlichen Fragen sicher, dass sowohl digitale als auch schriftliche Daten nach geltendem Recht gesichert werden, schützenswerte mündliche Informationen gesetzeskonform weitergegeben werden.

Zusätzlich existieren Dienstanweisungen zu unterschiedlichen datenschutzrelevanten Themen. Der EDV-Zugriff ist über ein differenziertes Benutzer- und Berechtigungssystem geregelt. Zusätzlich wird das EDV-System durch bauliche Maßnahmen und eine umfassende Firewall geschützt.

5 Führung

5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Ein erstes Leitbild wurde im Jahr 1996 im Auftrag des Aufsichtsrates und im Rahmen einer multiprofessionellen und hierarchieübergreifenden Arbeitsgruppe entwickelt. Im Jahre 2004 erfolgte im Rahmen des Projektes "Zukunftswerkstatt" die Überprüfung und Anpassung des Leitbildes auf die geänderten Rahmenbedingungen. Das Leitbild hängt in Posterform in den Gebäuden aus und ist im Internet und Intranet einzusehen. Wesentliche strategische Weiterentwicklungen des Zentrums finden in einer erneuten Überarbeitung Berücksichtigung.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Dienstvereinbarungen wie "Sucht am Arbeitsplatz", "Schutz vor sexueller Belästigung" und "betriebliches Vorschlagswesen" unterstützen die vertrauensvolle Zusammenarbeit im Zentrum. Ergänzend werden Supervisionen und Traumanachsorge bei Patientenübergriffen angeboten und Mitarbeitergespräche sowie Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Zweimal jährlich lädt die Personalvertretung zu Personalvollversammlungen ein, bei denen die Mitarbeiter über betriebliche Entwicklungen informiert werden und die Möglichkeit haben, diese mit der Leitung zu diskutieren. In 2013 wurde ein betriebliches Gesundheitsmanagement zur Prävention und Gesunderhaltung eingeführt.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnis

In Leitungsgremien werden ethische Fragestellungen situationsbezogen thematisiert (z. B. Behandlungsempfehlungen). In Arbeitsgruppen und Qualitätszirkeln werden längerfristige Problemfelder bearbeitet (z. B. Suizidalität, Sturzgefährdung, Zwang und Gewalt). Das Ethikkomitee befasst sich mit ethischen Fragen aus der Alltagsarbeit. Als unabhängige Organe für Probleme und Beschwerden von Patienten gibt es die Patientenfürsprecherin und die Seelsorger.

5.2 *Strategie und Zielplanung*

5.2.1 *Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung*

Die Zielplanung bezieht sich vor allem auf die Entwicklung und den Ausbau von Behandlungsangeboten entsprechend der Bedürfnisse der Bevölkerung, die Ausweitung des Dienstleistungsgedankens, die interne und externe Kundenorientierung sowie auf den Ausbau von Kooperationen. Im Rahmen von Klausurtagungen wird die Zielplanung von der Krankenhausleitung gemeinsam mit den Chefärzten der Kliniken und weiteren Führungskräften konkretisiert und in die Entwicklung der Kliniken aufgenommen. Die strategischen Ziele des Krankenhauses werden in Kennzahlen operationalisiert, erhoben und ausgewertet. Die Personen der zweiten Führungsebene und Personen mit Sonderfunktionen werden in die Strategieplanung und die Planung der Maßnahmen zur Umsetzung einbezogen.

5.2.2 *Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen*

Als regionales Zentrum für psychische Gesundheit erfüllt das Krankenhaus seine Aufgaben als kompetenter Partner im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie. Dabei ist die Vernetzung mit Partnern innerhalb und außerhalb der Region ein wichtiges Anliegen. Es gibt vielfältige Kooperationen. Soziale, kulturelle und ökologische Projekte werden vom Krankenhaus gefördert und / oder selbst durchgeführt. So werden auf dem Gelände des Krankenhauses sowie durch das Krankenhaus selbst vielfältige kulturelle und soziale Veranstaltungen angeboten, z. B. Ausstellungen der Kunsttherapie, Veranstaltungen des Treffpunkts („KOMM“), kulturelle Veranstaltungen in der Festhalle des Hauses.

5.3 *Organisationsentwicklung*

5.3.1 *Festlegung einer Organisationsstruktur*

Die Organisationsstruktur des Zentrums ist klar geregelt und über ein Organigramm im Intranet und Internet dargestellt. Neben den klinischen Abteilungen mit ihren Leitungskräften und der Betriebsorganisation existieren Beauftragte, zentrale Dienste und Stabsstellen. Entwicklungsmaßnahmen des Zentrums werden über Projektaufträge realisiert, ihre Umsetzung wird evaluiert. Veränderungen in der Organisation und in der Leitungsstruktur sind über den Aufsichtsrat zu genehmigen und werden den Mitarbeitern über die vorhandenen Medien bekannt gemacht.

5.3.2 *Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien*

Im Zentrum existiert eine aufeinander abgestimmte Gremienstruktur, diese ist in einer Besprechungsmatrix dokumentiert. Die strategischen Entscheidungen im Geschäftsführerbereich werden in der Geschäftsleitungskonferenz beraten und entschieden. Die operativen Entscheidungen für das Zentrum werden in den Chefarzt- und Pflegeleitungskonferenzen oder Führungskräftekonferenzen (wirtschaftlich-technische Themen) beraten und entschieden. Für die Sitzungen werden Tagesordnungen und Protokolle mit der Wiedervorlage offener Posten erstellt.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Die Planung von Innovationen findet immer auf der Grundlage des Projektmanagements unter Hinzuziehung interner und bei Bedarf auch externer Experten und der betroffenen Mitarbeiter "vor Ort" statt. Fachliteratur und ein Internetzugang für die wissenschaftliche Recherche stehen den Mitarbeitern zur Verfügung. Darüber hinaus bestehen Online-Zugänge zu wissenschaftlichen Bibliotheken für einen umschriebenen Personenkreis. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse werden in unterschiedlichen Gremien vermittelt. Ein innovationsfreudiges Betriebsklima wird durch die Etablierung des betrieblichen Vorschlagswesens, die Ansprechbarkeit der Mitglieder der Krankenhausleitung, die Entgegennahme und Umsetzung von Innovationen in verschiedenen Gremien des Hauses realisiert. Darüber hinaus werden die Mitarbeiter bei der Umsetzung eigener Ideen unterstützt und für die Teilnahme an Projektgruppen, Arbeitskreisen und Qualitätszirkeln freigestellt.

5.4 Marketing

5.4.1 Externe Kommunikation

Es gibt ein Konzept für eine systematische Öffentlichkeitsarbeit. Die Stabsstelle für Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit unterstützt und berät die Krankenhausleitung bei der Planung und Konzeption sowie bei der Besetzung neuer Themen für die Öffentlichkeitsarbeit. Sie koordiniert die Maßnahmen zur Information der Öffentlichkeit und ist für die Erstellung der Printmedien verantwortlich. Zur Sicherstellung einer optimalen Kommunikation mit den Einweisern führt das Zentrum regelmäßige Einweiserbefragungen durch. Die Zentrum für Psychiatrie - Gruppe verfügt über einen einheitlichen Internetauftritt (www.ZfP-start.de), in dem sich jede Einrichtung individuell präsentiert. Das Vorgehen bei Krisen im Krankenhaus ist festgelegt und schriftlich im Handbuch des Risikomanagements hinterlegt.

5.5 Risikomanagement

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Das umfassende Risikomanagement, welches in einem Risikomanagementhandbuch zusammengefasst ist, ermöglicht es dem Zentrum, Risiken zu erkennen, zu analysieren und Schäden zu vermeiden. Es wird zwischen klinischen und betriebswirtschaftlich-finanziellen Risiken unterschieden, diese unterliegen einem Risikofrüherkennungs- und Überwachungssystem. Somit werden klinische Risiken minimiert, die Behandlungsqualität durch die Vergleichsmethoden verbessert und somit eine höhere Patientensicherheit erreicht. Eine kontinuierliche Überprüfung erfolgt durch eine regelmäßige Risikoeinschätzung auf Grundlage einer Risikobewertungsmatrix.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Qualitätsmanagementsystem

6.1.1 Organisation

Im Zentrum existieren auf der Grundlage der KTQ - Systematik berufsgruppenübergreifende Gremien und Zirkel (Qualitätslenkungsausschuss und Qualitätskommission), welche auf oberster Leitungsebene die Umsetzung der Qualitätspolitik für das Krankenhaus koordinieren und überwachen. Neben hauptamtlichen Qualitätsmanagement-Beauftragten unterstützen Qualitätspromotoren den Qualitätsmanagement-Prozess.

Umfassendes Qualitätsmanagement bedeutet für uns, dass die Mitarbeiter in die Qualitätspolitik eingebunden sind. Um dies zu gewährleisten, bildet die Krankenhausleitung zusammen mit der Personalvertretung, der Beauftragten für Chancengleichheit sowie den Qualitätsmanagement-Beauftragten das oberste Qualitätsgremium (Qualitätslenkungsausschuss). Es legt die Qualitätsziele des Hauses fest und beauftragt weitere Gremien (z. B. Qualitätskommission) oder Projektgruppen, an denen Mitarbeiter aus allen Bereichen mitwirken.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung u. Prozessoptimierung

Ziel des Prozessmanagements ist es, Prozesse zu steuern, sie im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses zu optimieren und die Kundenanforderungen zu erfüllen. Für die Koordination des Prozessmanagement wurde eine zentrale Stelle (gesamter Zentrumsverbund) geschaffen und eine qualifizierte Mitarbeiterin eingestellt. Im Rahmen eines Projektes wurde die Prozesslandschaft für das Zentrum definiert. Das Vorgehen bei der Prozessmodellierung, bei der Prozessbearbeitung und die Darstellungsform der Prozesse sind in einem Standard festgeschrieben.

Die Kernprozesse Patientenaufnahme, -behandlung und -entlassung bilden den Mittelpunkt unserer Prozesslandschaft und unterliegen damit der kontinuierlichen Verbesserung durch fortlaufende Überprüfungen und Optimierungen.

Unterstützende Prozesse sind berufsgruppen- und bereichsübergreifend definiert. An der Erarbeitung der Prozessbeschreibungen und an den Prozessoptimierungen sind die Mitarbeiter der jeweiligen Berufsgruppen beteiligt.

6.2 Befragungen

Befragungen werden vom Zentrum zur systematischen Erfassung von internen und externen Kundenmeinungen durchgeführt.

Das Management-Instrument Befragung dient der Identifikation von Schwachstellen, Stärken und Verbesserungspotenzial, dem internen und externen Benchmark, sowie der Verlaufsmessung von Veränderungsprozessen.

Grundlage der Befragungen ist ein im Jahre 2004 entwickeltes und fortlaufend angepasstes umfassendes Konzept, das von der Gesamtleitungskonferenz der drei Zentren beauftragt wurde. Hier sind unter anderem Ziele, Methode, Frequenz und Publizierung von Befragungen verbindlich geregelt.

6.2.1 Patientenbefragung

Die regelmäßig durchgeführten Patientenbefragungen (alle drei Jahre) werden durch einen multiprofessionell besetzten Befragungsausschuss geplant, vorbereitet und durchgeführt.

Der Fragebogen basiert auf einem in mehreren Kliniken erprobten Fragenkatalog. Die Befragungsmethode ist durch das beauftragte externe Institut validiert.

Auswertung und Darstellung erfolgen nach statistisch verlässlichen Methoden, Datenschutz und Anonymität werden garantiert. Aufgrund der Daten aus weiteren psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland kann das Institut einen Vergleich durchführen.

Die Detailanalyse der Ergebnisse durch die Mitarbeiter bestätigt an bekannten Schwachstellen eine Sensitivität und Validität der Instrumente. Die Repräsentativität ist durch eine definierte Rücklaufquote gewährleistet.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Die Einweiser (Niedergelassene und Leiter externer Einrichtungen) werden alle drei Jahre per Fragebogen befragt. Das Befragungskonzept verfolgt verschiedene Ziele: Eine Verbesserung der Zusammenarbeit und Erfassung der Aspekte, die bei der Entscheidung für eine Einweisung wichtig sind, die Zufriedenheitsabfrage (Überleitung, Erreichbarkeit der Mitarbeiter, Art der Informationsweitergabe) sowie über die dezidierte Aufforderung zur Meinungsäußerung konkrete Verbesserungsvorschläge der Einweiser zu erhalten.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Die Mitarbeiter werden alle drei Jahre per Fragebogen befragt. Die Mitarbeiterbefragung ist mit Befragungsdimensionen wie Arbeitsinhalt, Arbeitsbedingungen, Führungsstil und Vorgesetztenverhalten, Fort- und Weiterbildung so aufgebaut, dass die Befragungsergebnisse Baustein für eine nachhaltige Personalpolitik und Teil der strategischen Zielsetzungen sind. Oberstes Prinzip bei der Durchführung der Befragungen sind Freiwilligkeit und die Gewährleistung der Anonymität. Die Gesamtergebnisse werden den Mitarbeitern zeitnah im Rahmen einer Mitarbeiterpräsentation und im Intranet präsentiert. Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung werden in der Sitzung der Gesamtleitung und in der Qualitätskommission bearbeitet.

6.3 Beschwerdemanagement

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Patientenwünsche und -beschwerden sind für das Zentrum ein Gradmesser der Behandlungsqualität. Kritik und Anregungen sehen wir als Chance zur steten Weiterentwicklung und Verbesserung. Deshalb stehen den Patienten vielfältige Wege offen, Lob und Tadel zu äußern. Im Rahmen eines definierten Beschwerdemanagements werden Beschwerden systematisch bearbeitet. Ein Lob- und Kritikbogen liegt auf den Krankenhausstationen aus. Als unabhängiges Organ steht den Patienten ergänzend die Patientenfürsprecherin zur Verfügung.

6.4 Qualitätsrelevante Daten

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Die Erhebung und Nutzung qualitätsrelevanter Daten lässt verlässliche Aussagen zu Qualitätsmanagementthemen im Krankenhaus zu. Die Daten fließen in Form von Kennzahlen und Messgrößen ein. Für die Erhebung der einzelnen Daten sind Personen benannt und verantwortlich. Das Konzept zur Nutzung von Kennzahlen und Messgrößen umfasst die Beschreibung des Verfahrens zur Erhebung, Auswertung, Darstellung und Informationsweitergabe der Daten. Routinedaten werden über die psychiatrische Basisdokumentation erfasst.

Pflegerische Qualitätsindikatoren wie Dekubitus und die Sturzrate werden kontinuierlich auf allen relevanten Stationen erfasst und ausgewertet.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Als psychiatrisches Fachkrankenhaus nimmt das Zentrum seit dem Jahr 2009 mit dem Leistungsbereich "Generalindikator Dekubitusprophylaxe" an der externen Qualitätssicherung teil. Seit 2010 wird die halbjährliche gesetzliche Meldung zu MRSA Infektionen durchgeführt.

Eine schriftliche Anweisung regelt die Umsetzung und den Umgang mit der externen Qualitätssicherung (z. B. Datenerhebung, Dateneingabe, Datenübermittlung, Kommunikation und Umgang mit Ergebnissen). Ziel ist es, valide Daten vollständig zu erheben, diese zeitgerecht an die externe Stelle zu übermitteln und die Ergebnisse für die Qualitätssicherung und -verbesserung zu nutzen. Die erhobenen Daten fließen in das hauseigene Kennzahlensystem ein und werden für die Erfolgskontrolle sowie für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess, z. B. Überarbeitung des Pflegestandards Dekubitusprophylaxe, genutzt.