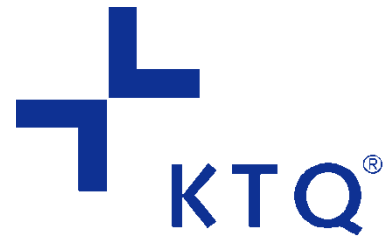




Calw
Klinikum Nordschwarzwald



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus: ZfP Calw - Klinikum Nordschwarzwald
Institutionskennzeichen: 260820978
Anschrift: Im Lützenhardter Hof
75365 Calw

**Ist zertifiziert nach KTQ®
mit der Zertifikatnummer:** 2018-0069 KH
**durch die von der KTQ-GmbH
zugelassene Zertifizierungsstelle:** SAMA Cert GmbH, Stuttgart

Gültig vom: 05.12.2018
bis: 04.12.2021
Zertifiziert seit: 13.02.2007

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----------|
| Vorwort der KTQ® | 3 |
| Vorwort der Einrichtung | 5 |
| Die KTQ-Kategorien | 7 |
| 1. Patientenorientierung | 8 |
| 2. Mitarbeiterorientierung | 12 |
| 3. Sicherheit - Risikomanagement | 14 |
| 4. Informations- und Kommunikationswesen | 17 |
| 5. Unternehmensführung | 19 |
| 6. Qualitätsmanagement | 22 |

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 Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

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

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **Zentrum für Psychiatrie Calw Klinikum Nordschwarzwald** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

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

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Seit 2002 sind Methoden des systematischen Qualitätsmanagements ein wesentlicher Bestandteil der Unternehmensphilosophie des Zentrums für Psychiatrie Calw - Klinikum Nordschwarzwald. Die erfolgreichen Zertifizierungen nach der KTQ-Systematik, zuletzt 2015, zeigen die konsequente Fortführung unserer Qualitätspolitik.

Struktur und Aufgaben des Zentrums

Das Zentrum für Psychiatrie Calw – Klinikum Nordschwarzwald liegt von Wäldern umgeben nahe der historischen Kreisstadt Calw.

In den nunmehr 43 Jahren seines Bestehens hat das Zentrum stets seine stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgungs- und Behandlungsstrukturen im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie weiterentwickelt. Damit wurde unserem Anspruch an eine zeitgemäße psychiatrische Versorgung Rechnung getragen. Heute ist das Zentrum eine moderne Fachklinik mit 437 Betten, 100 Behandlungsplätzen für forensische Psychiatrie und 143 tagesklinischen Plätzen.

Im Rahmen des Krankenhausplans Baden-Württemberg gewährleistet das Zentrum die klinisch psychiatrische Vollversorgung des Großraums zwischen Karlsruhe und Stuttgart. Dies umfasst einen Pflichtversorgungsauftrag für über eine Million Einwohner.



Zur Optimierung der Patientenversorgung wurde 2015 eine zentrale Patientenaufnahme eröffnet. Um die Behandlung effektiver gestalten zu können, änderte sich das Konzept der alltagspsychiatrischen Stationen, von der regionalisierten hin zur störungsspezifischen Zuordnung.

Die gemeindenahere Versorgung wird durch das Betreiben von Tageskliniken und Satellitenstationen gewährleistet. Im Jahr 2009 wurde am Krankenhaus Leonberg* (Klinikverbund Südwest) eine Satellitenstation für psychosomatische Medizin und Psychotherapie eröffnet. Für die teilstationäre Versorgung wurde hier 2018 eine integrierte Tagesklinik in Betrieb genommen. Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie erweiterte 2013 ihr vollstationäres Angebot durch die Eröffnung von zwei Stationen am Krankenhaus Böblingen*, die Teil des Psychiatrischen Behandlungszentrums (PBZ) sind. Für die teilstationäre psychiatrische Versorgung stehen Tageskliniken in Böblingen und in Pforzheim-Eutingen zur Verfügung.

Seit 2004 verfügt das Zentrum im Bereich der ambulanten Versorgung über eine psychiatrische Institutsambulanz (PIA). Über die PIA beteiligt es sich aktiv am Ausbau der gemeindepsychiatrischen Verbünde und unterstützt eine nachhaltige Vernetzung der differenzierten psychiatrischen Versorgungsangebote sowie den Aufbau gemeindepsychiatrischer Zentren.

Zum Zentrum gehört ein zertifiziertes Schlaflabor mit modernster technischer Ausstattung. Abgeklärt werden Schlafstörungen unterschiedlichster Ursachen. Angegliedert ist eine Ermächtigungsambulanz der zuständigen Oberärztin.

In der Alterspsychiatrie werden Störungen des höheren Lebensalters behandelt. Es stehen zwei Stationen zur Versorgung schwerst Demenzkranker, sowie eine offene Depressionsstation zur Verfügung.

Die Klinik für Suchtmedizin gliedert sich in einen Bereich Alkohol- und Medikamentenentzug sowie einen Bereich für den spezialisierten Entzug von Cannabis und Designerdrogen. 2015 wurde die Klinik für Suchtmedizin um eine Akut- und Doppeldiagnosenstation erweitert. Angegliedert an das neue psychiatrische Behandlungszentrum in Böblingen ist seit 2013 eine Tagesklinik für Suchtmedizin. Eine weitere Tagesklinik für Suchtmedizin wurde im selben Jahr in Pforzheim eröffnet.

In der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie werden alle schweren Störungen vom vierten bis zum achtzehnten Lebensjahr behandelt. Die an die Abteilung angebundene staatliche Klinikschule stellt auch bei längeren Behandlungen den notwendigen Unterricht in allen Schulformen sicher. Seit April 2008 betreibt das Zentrum eine Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Böblingen. Die Inbetriebnahme weiterer Tageskliniken in Calw und Pforzheim (gemeinsam mit dem Kinderzentrum Maulbronn) ist geplant. Psychiatrische Institutsambulanzen eröffneten 2014 an den Standorten Weil der Stadt, Böblingen und Pforzheim. Der stationäre Bereich der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Campus Calw, wird im Sommer 2018 in das Klinikum Sindelfingen-Böblingen ausgelagert.

Zum 01.01.2008 wurde eine Suchtforensik mit einer Kapazität von 100 Betten in Betrieb genommen. 2014 wurde ergänzend zum stationären Bereich die Außen-Wohngruppe „Lützenhardter Hof“ mit 6 Plätzen eröffnet.

Das Zentrum betreibt auf seinem Gelände eine Gesundheits- und Krankenpflegeschule mit 90 zugelassenen Ausbildungsplätzen. Ausländische Fachkräfte können ihre Anerkennungspraktika sowie die Kenntnisprüfung zur Feststellung der Gleichwertigkeit ablegen (staatliche Anerkennung).

* Nicht Teil dieser Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Zentrum erfüllt seinen Vollversorgungsauftrag über diagnosespezifische Stationen 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 erreichbar. Über die Homepage (www.kn-calw.de) können sich Interessierte umfassend über unsere Angebote informieren. Die Zufahrt ist gut ausgeschildert. Es stehen ausreichend Parkplätze zur Verfügung. Die Gebäude des Zentrums befinden sich in einem weiträumigen Parkgelände. Vom Besucherparkplatz gelangt man zur 24 Stunden besetzten Informationszentrale. 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 empfangen und können nach Erledigung der Formalitäten 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. Die ambulante Patientenversorgung wird zentral koordiniert, unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.

1.1.2 Leitlinien und Standards

Im ärztlich-therapeutischen Dienst finden die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde in der Diagnostik, Behandlungsplanung und -durchführung Anwendung. Ein standardisierter Ablauf 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 orientieren wir uns an Expertenstandards des DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Geregelt ist die Verbindlichkeit der Anwendung sowie das 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 entweder durch fremdsprachenkundige Mitarbeiter oder Dolmetscher für ausländische Patienten übersetzt. Eine Liste der Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen ist im Intranet für die Mitarbeiter abrufbar. Eine Zusammenfassung der Patienteninformationsbroschüre wurde ins Englische übersetzt. 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 diagnostische Maßnahmen und die 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 Ernährung und Service

Auf den Stationen sind Aufenthaltsräume mit Fernsehgeräten und Speiseräume eingerichtet. Auf dem Krankenhausgelände gibt es ein Cafe, einen Laden, einen Patienten-Treffpunkt - plan B (Freizeitmanagement), weitläufige Parkanlagen und diverse Ruhezone. Jeder Patient soll das von ihm ausgewählte Essen zur festgelegten Essenszeit in hoher Qualität erhalten. Für besondere Patientengruppen z.B. im Kinder und Jugendbereich und in der Alterspsychiatrie stehen gesonderte Ernährungsangebote zur Verfügung. Bei der Pflegeanamnese werden bestimmte Vorlieben bei der Ernährung erfragt. Im Rahmen therapeutischer Koch- und Backgruppen werden Mahlzeiten gemeinsam von Patienten und Mitarbeitern zubereitet. Auf kulturelle und religiöse Essgewohnheiten wird Rücksicht genommen. Bei Bedarf werden nach ärztlicher Anordnung Diätpläne erstellt. Lebensmittelallergien werden erfragt und bei der Zubereitung berücksichtigt.

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. Zum Schutz der Privatsphäre der Patienten wurde eine Liegendanfahrt gebaut. Aufgrund der Aufnahmeverpflichtung werden stets freie Betten vorgehalten.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Die ambulante Versorgung erfolgt im Rahmen der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA). Das Zentrum hält sowohl eine allgemeinspsychiatrische und alterspsychiatrische Institutsambulanz, sowie eine PIA im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie vor. Diese sind zentral organisiert und eng mit den Behandlungsstationen verzahnt, was eine Kontinuität der Behandlungspartner und eine hohe fachliche Kompetenz garantiert. Die PIA hält enge Kontakte zu komplementären Einrichtungen (Beratungsstellen, Patiententreffs, Wohngruppen, Sozialpsychiatrischer Dienst, Jugendämter, Jugendhilfeeinrichtungen).

1.3.2 Ambulante Operationen

Dieses Kriterium trifft im ZfP Calw Klinikum Nordschwarzwald nicht zu.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

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 gutes therapeutisches Milieu, eine moderne Medikamententherapie sowie eine lückenlose Dokumentation 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 Prozesse

Dieses Kriterium trifft im ZfP Calw Klinikum Nordschwarzwald nicht zu.

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 wird 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.

1.5.1 Entlassungsprozess

Die Vorbereitungen zur Entlassung aus der stationären Behandlung beginnen bereits bei der Aufnahme 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. Vom Patienten wird, wie gesetzlich vorgeschrieben, eine Schweigepflichtsentbindung zur Weitergabe von Informationen eingeholt.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

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 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

2.1.1 Personalbedarf

Die Personalbedarfsplanung ist auf eine ausreichende und qualifizierte Personalausstattung in allen Bereichen des Zentrums ausgerichtet. Die Psychiatrie- Personalverordnung bildet, neben den Anhaltzahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die Grundlage zur Berechnung des Personalbedarfs im patientennahen Bereich. Personalkennzahlen werden mehrfach jährlich erhoben, so dass auf Ausfallsquoten und Fluktuation reagiert werden kann. Flexible Arbeitszeiten, Mitarbeitergespräche und Dienstvereinbarungen sollen eine niedrige Ausfallquote bewirken. Zur Bindung der Mitarbeiter wurde das betriebliche Gesundheitsmanagement intensiviert. Um eine schnellere Bearbeitung von Bewerbungen zu erreichen, ist ein elektronisches Bewerber-tool eingeführt worden.

2.1.2 Personalentwicklung

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

2.1.3 Einarbeitung

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. Ein Einführungstag erleichtert den neuen Mitarbeitern die Orientierung und beinhaltet die notwendigen Pflichtfortbildungen.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Die Gesundheits- und Krankenpflegeschule wird vom Zentrum für Psychiatrie Calw Klinikum Nordschwarzwald betrieben. Ziel ist die qualifizierte, den gesetzlichen Regelungen entsprechende Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege. Der theoretische Unterricht findet nach den Vorgaben des Regierungspräsidiums, umgesetzt im schuleigenem Curriculum, statt. In Anleitungen der Auszubildenden durch die zentrale Praxisanleitung, Praxisanleiter und Lehrer wird der Theorie-Praxis-Transfer geleistet. Im Zentrum sind auf jeder Station Praxisanleiter tätig. Die praktische Ausbildung wird im Ausbildungsleitfaden dokumentiert. Eine Erhöhung der Ausbildungsplätze von 80 auf 90 fand statt. 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 Calw und Böblingen an. Interne Pflichtfortbildungen im Bereich Reanimation, Erste Hilfe, 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 Vorgesetzten. Der zielge-

richtete Einsatz des Budgets wird durch das Controlling überwacht. Seit 2016 wird im Bereich der ärztlichen und pflegerischen Fortbildung ein Fokus auf die Dialektische Verhaltenstherapie gelegt.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

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. Seit Dezember 2016 verfügt das Zentrum über das Zertifikat Audit "berufundfamilie". Es werden z.B. Ferienbetreuung für Kinder von Mitarbeitern, sowie Kindertagesstätten-Plätze angeboten. Eine Stelle für das betriebliche Gesundheitsmanagement wurde eingerichtet.

2.1.6 Ideenmanagement

Um Ideen, Kritik und Wünsche der Mitarbeiter systematisch zu erfassen und in Überlegungen für Verbesserungsmaßnahmen einzubeziehen, arbeiten verschiedene Gremien bzw. werden differenzierte Instrumente eingesetzt:

- Betriebliches Vorschlagswesen mit Prämienzahlung
- Beschwerdemanagement
- Mitarbeitergespräche
- Mitarbeiterbefragungen
- Personalrat
- Beauftragte für Chancengleichheit und Schwerbehindertenvertretung.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

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 eine höhere Patientensicherheit erreicht. Eine kontinuierliche Überprüfung erfolgt durch eine regelhafte Risikoeinschätzung auf Grundlage einer Risikobewertungsmatrix. Ein "Critical Incident Reporting System" ist außerdem eingerichtet.

3.1.2 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 routinemäßigen Sicherheitsbegehungen (Brandschutz, Arbeitssicherheit, Hygiene, Qualitätsmanagement und Datenschutz) werden Aspekte der Patienten- und Mitarbeitersicherheit besonders beachtet. Alle Stationen sind rund um die Uhr personell besetzt. Moderne Personen-Notruf-Anlagen unterstützen die Gewährleistung der Sicherheit.

3.1.3 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. In den letzten Jahren wurde die Ausstattung für Notfälle deutlich erweitert.

3.1.4 Organisation der Hygiene

Die Organisation der Hygiene und die Umsetzung der hygienischen Anforderungen im Zentrum werden durch den Hygienebeauftragten Arzt, durch eine Hygienefachkraft, hygienebeauftragte Pflegemitarbeiter sowie die Hygienekommission gewährleistet. Die letzte Verantwortung in allen hygienischen Belangen tragen die Medizinischen Direktoren der Kliniken aus Krankenhaus und Maßregelvollzug. Es finden jährlich zwei Hygienekommissionssitzungen mit ärztlicher Beteiligung des deutschen Beratungszentrums für Hygiene statt. Für alle Klinikbereiche sind Dienst- und Verfahrensanweisungen sowie Hygienestandards vorhanden. Es finden regelmäßige Hygienebegehungen und -schulungen in allen Kliniken und Bereichen statt. In den jeweils relevanten Bereichen hängen entsprechende Desinfektions- und Hautschutzpläne aus.

3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement

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. Detaillierte und aktuelle Handlungsanweisungen und Standards zum Umgang mit Patienten, die mit bestimmten Infektionserregern infiziert sind, liegen vor.

3.1.6 Arzneimittel

Die Versorgung mit Arzneimitteln wird durch die krankenhauseigene Apotheke realisiert. In der Arzneimittel-liste des Zentrums sind die Arzneimittel verzeichnet, die in der Regel in der Therapie zum Einsatz kommen. Die Liste ist aktuell 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. 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 Informationszentrale zu informieren. Den dortigen Mitarbeitern liegt eine Dienstanweisung über das weitere Vorgehen vor. Ein Notfalldepot wird vorgehalten. Nichtgelistete Arzneimittel können über Sonderanforderungsformulare bestellt werden. Eine Arzneimittelkommission ist eingerichtet.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

Das Zentrum für Psychiatrie hat ein eigenes Labor zur diagnostischen Versorgung inklusive Blutzuckermessung und zur fachlichen Beratung der Mitarbeiter. Zusätzlich werden alle Parameter, die sich nicht im Analysespektrum befinden, von einem externen Labor erhoben. Gemäß der Richtlinie der Bundesärztekammer existiert für alle Verfahren und Standards ein eigenes Qualitätsmanagement-Handbuch. Das hauseigene Laborspektrum wird kontinuierlich erweitert.

3.1.8 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 Anwender 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 sowie die Beauftragten und Verantwortlichen für alle einsehbar hinterlegt. Eine Medizinproduktekommission ist eingesetzt.

3.2.1 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 und -schulungen statt. Ein strukturiertes Unfallmeldeverfahren sichert den Mitarbeitern eine kompetente Versorgung bei betrieblichen Unfällen zu. Gefährdungsbeurteilungen des Arbeitsplatzes erfolgen regelmäßig durch den jeweiligen Vorgesetzten mit der Fachkraft für Arbeitssicherheit. Sämtliche Anweisungen und Handlungsanleitungen finden sich für die Mitarbeiter zugänglich im Intranet. Gefährdungsbeurteilungen erfolgen seit 2018 mit einem speziellen Tool der Unfallkasse Baden-Württemberg.

3.2.2 Brandschutz

Um im Brandfall optimale Sicherheit für Patienten und Mitarbeiter zu gewährleisten, hält das Zentrum eine Brandmeldeanlage 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 Pflichtunterweisung mit praktischen Übungen in Brand- und Katastrophenschutz qualifiziert die Mitarbeiter für die Beherrschung des Ernstfalles. Die Schulungsintervalle werden dokumentiert. Die Werkfeuerwehr verfügt auch über einen Einsatzführungsdienst mit Rufbereitschaft. Jährliche Evakuierungsübungen finden statt. Fortlaufend erfolgt die Brandschutzsanierung der Gebäude.

3.2.3 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 und schützenswerte mündliche Informationen gesetzeskonform weitergegeben werden. Ein Datenschutzhandbuch liegt vor. 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.

3.2.4 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. Für die Wärmegewinnung stehen zwei eigene Blockheizkraftwerke, eine Hackschnitzelanlage und zwei moderne Öl-/Gasheizkessel zur Verfügung. Die positiven Entwicklungen sind in jährlichen Abfall- und Energiebilanzen nachweisbar. Die Kennzahlen für Energie, Wasser und Abfall unterliegen einem zentrenübergreifenden Vergleich.

3.2.5 Katastrophenschutz

Das Zentrum ist in den Landeskatastrophenschutzplan eingebunden. Ein Katastrophenschutzplan wurde entwickelt. Jährlich finden unter Beteiligung der eigenen Werkfeuerwehr große Evakuierungsübungen statt, an denen auch regionale Feuerwehren beteiligt sind. Für technische Ausfälle steht ein Bereitschaftsdienst zur Verfügung.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Konzeptionell und organisatorisch ist die Ausfallplanung dem Betriebsdirektor unterstellt. Die einzelnen Leiter der Fachbereiche/Abteilungen tragen die weitere Verantwortung für einen Systemausfall je nach Zuständigkeit. Zu allen wesentlichen Systemausfällen bestehen Ausfallpläne. Alle Netze u. Versorgungsanlagen unterliegen strengen gesetzlichen Vorgaben. Sie werden in regelmäßigen Abständen gewartet und überprüft. Zur Unterstützung versicherte sich das Zentrum der Mitwirkung durch externe Fach- Ingenieur-Büros wie auch der Hersteller und Errichter dieser Anlagen. Störmeldungen der Technik und Alarmanlagen laufen direkt in der Informationszentrale auf und werden zeitnah weitergeleitet entsprechend den Vorgaben im Handbuch. Im Rahmen des Projekts Energiekonzept 2012 wurde eine Optimierung des Ausfallmanagements umgesetzt.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

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 Informationstechnologie-Hotline garantiert rasche Hilfe bei Anwenderproblemen. Zur Verbesserung des Service-Managements wurde 2017 ein Informationstechnologie Infrastructure Library (ITIL) konformer Helpdesk implementiert, bei dem alle eingehenden Incidents als Tickets erfasst werden.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Sämtliche Patientendaten werden während der Behandlung in einem psychiatriespezifischen 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 Passwortberechtigung und Namenskürzel erkennbar.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Während der Behandlung haben alle berechtigten Mitarbeiter zeitlich unbegrenzt Zugriff auf die laufende Dokumentation und das Archiv. Im Archiv 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.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Die Krankenhausleitung erhält monatlich Auswertungen über die wichtigsten Kennzahlen (z. B. Fallzahl, Diagnose, Verweildauer, Personalbestands- und betriebswirtschaftliche Daten). Daneben existiert ein 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 elektronische Krankenakte.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Die eingesetzte Informationsplattform im Zentrum ist der Nexus Curator. Über Informationstools können sich die Mitarbeiter intern über News, Verfahrensanweisungen, Abteilungsstrukturen, Telefonregister, Neuigkeiten aus der Partnerklinik etc. informieren. Meldetools ermöglichen schnelle und strukturierte Meldungen von Vorkommnissen, kritischen Ereignissen (Critical Incident Reporting System) und Beschwerden an vorprogrammierten Adressverteiler. Schriftlich festgelegte Kommunikationsstrukturen im Rahmen der Gremienarbeit für die verschiedenen Geschäftsbereiche stellen die rechtzeitige und verständliche Weiterleitung von Informatio-

nen an betroffene Mitarbeiter sicher. Alle Printmedien und die externe Kommunikation werden zentral von der Stabsstelle Unternehmenskommunikation koordiniert und erstellt. Die Inhalte werden mit den entsprechenden Geschäftsbereichen abgestimmt. Die Kommunikation mit den niedergelassenen Ärzten wird durch den Medizinischen Direktor gesteuert. Die Informationszentrale ist die zentrale Auskunftsstelle und kann qualifiziert Auskünfte geben und Informationen unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten weiterleiten. Die Tätigkeiten, Aufgaben und Verhaltensregeln der Mitarbeiter an der Informationszentrale sind in Dienstanweisungen festgelegt. Die Besetzung der Informationszentrale ist über 24 Stunden gewährleistet. Die Kommunikationswege zu den einzelnen Abteilungen und Sekretariaten sind geregelt.

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/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. 2011 wurde das für die sieben Zentren erarbeitete Rahmenleitbild übernommen und löste das bisherige ab. 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 Führungskompetenz, vertrauensbildende 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, kulturelle und religiöse Verantwortung

In Leitungsgremien werden ethische Fragestellungen situationsbezogen thematisiert (z. B. Behandlungsempfehlungen). In Arbeitsgruppen und Qualitätszirkeln werden längerfristige Problemfelder bearbeitet (z. B. Suizidalität, Gewaltprävention). Das Ethikkomitee befasst sich mit ethischen Fragen aus der Alltagsarbeit. Es bietet regelmäßige Vorträge zu ethischen Themen an. Als unabhängige Organe für Probleme und Beschwerden von Patienten gibt es die Patientenfürsprecher und Seelsorger.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Es gibt ein Konzept für eine systematische Öffentlichkeitsarbeit. Die Stabsstelle für Unternehmenskommunikation unterstützt und berät die Krankenhausleitung bei der Planung und Konzeption sowie bei der Erarbeitung 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 Einweiser-Befragungen 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. Seit Februar 2017 existiert eine gekürzte englischsprachige Patienteninformationsbroschüre.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

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. So konnte z. B. eine Erweiterung der Psychiatrischen Institutsambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Übernahme der Tagesklinik für Erwachsene Böblingen (Trägerwechsel) und die Verlagerung des stationären Kinder- und Jugendpsychiatriebereichs stattfinden.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Die ZfP Gruppe Baden-Württemberg hat sich dazu entschlossen, ein soweit möglich, einheitliches Risikomanagementsystem einzuführen. Die seit 2009 bestehende zentrenübergreifende Arbeitsgruppe tagt regelmäßig und stimmt sich über Risikomanagement-Themen ab. In dem für alle Mitarbeiter im Intranet einsehbaren Risikomanagementhandbuch sind alle notwendigen Informationen zum Risikomanagement im Zentrum hinterlegt. Die Führungskräfte sind durch die Einbindung als Risikoverantwortliche stark in das Risikomanagementsystem eingebunden. Die als relevant identifizierten Risiken wurden in einer strukturierten "Risikoinventarliste" erfasst und eindeutig jeweils einem Risikoverantwortlichen zugeordnet. Durch die veränderten gesetzlichen Vorgaben wurde 2016 das vorhandene Risikomanagementsystem überarbeitet und das klinische neben dem wirtschaftlichen Risikomanagement stärker in den Fokus gerückt.

5.2.3 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 sowie Psychosomatik. Dabei ist die Vernetzung mit Partnern innerhalb und außerhalb der Region ein wichtiges Anliegen. Es gibt vielfältige Kooperationen (z.B. mit Heimen, Gemeindepsychiatrische Zentren, Suchthilfenetzwerk). 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. Veranstaltungen im Cafino, Vorträge und Führungen. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Zentren der ZfP-Gruppe Baden-Württemberg wird seit 2017, durch eine Umstrukturierung der Arbeitsgruppen, erweitert u. qualitativ verbessert.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Organisationsstruktur des Zentrums ist klar geregelt und über ein Organigramm im Intranet und Internet dargestellt. Neben den einzelnen Kliniken und 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 zeitnah bekannt gemacht.

5.3.2 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. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse werden in unterschiedlichen Gremien vermittelt. Ein innovationsfreudiges Betriebsklima wird durch die Etablierung des betrieblichen Vorschlagswesens, die Ansprechbarkeit der Mitglieder der Krankenhausleitung und 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.

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Die Qualitätspolitik des Zentrums ist Führungsaufgabe und damit bei der Geschäftsleitung angesiedelt. Es existieren berufsgruppenübergreifende Gremien und Zirkel (Qualitätslenkungsausschuss und Qualitätskommission), welche auf oberster Leitungsebene die Umsetzung der Qualitätspolitik für das Krankenhaus koordinieren und überwachen. Neben dem hauptamtlichen Qualitätsmanagement-Beauftragten unterstützen die Mitglieder der unterschiedlichen Qualitätszirkel den Qualitätsmanagement-Prozess im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung. 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 dem Qualitätsmanagement-Beauftragten das oberste Qualitätsgremium, den Qualitätslenkungsausschuss. Er legt die Qualitätsziele des Hauses fest und beauftragt weitere Gremien z. B. Qualitätszirkel oder Projektgruppen, an denen Mitarbeiter aus allen relevanten Bereichen mitwirken. Das Qualitätsmanagementhandbuch im Intranet wird von den jeweiligen Seitenverantwortlichen bei Bedarf, jedoch mindestens ein Mal pro Jahr, auf Aktualität überprüft. 2016 wurde das Intranet bezüglich des Layouts überarbeitet.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Ziel des Prozessmanagements ist es, Prozesse zu steuern, sie im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses zu optimieren und die Kundenanforderungen zu erfüllen. Führungsprozesse umfassen die Entwicklung und Steuerung von Kernprozessen in Organisationen, damit diese wirtschaftlich und erfolgreich durchgeführt werden können. Die Kernprozesse der 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.

6.2.1 Patientenbefragung

Die regelmäßig durchgeführten Patientenbefragungen (alle drei Jahre) werden durch einen multiprofessionell besetzten Befragungsausschuss geplant und vorbereitet. 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. Über die sieben Zentren erfolgte der Beschluss, die Patientenbefragungen im gleichen Modus durchzuführen, um eine Vergleichbarkeit zu erreichen.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Die Einweiser (Niedergelassene Ärzte und Leiter externer Kliniken) werden alle drei Jahre per Fragebogen befragt. Das Befragungskonzept verfolgt verschiedene Ziele. Zum Einen eine Verbesserung der Zusammenarbeit und Erfassung der Aspekte, die bei der Entscheidung für eine Einweisung wichtig sind. Zum Anderen erfolgt eine Zufriedenheitsabfrage bezüglich Überleitung, Erreichbarkeit der Mitarbeiter und der Art der Informationsweitergabe. Dezidierte Verbesserungsvorschläge und Fortbildungswünsche werden durch die Befragung erfasst. 2016 wurden die stationären Kooperationspartner, bei denen die Weiterbehandlung unserer Patienten stattfindet, befragt.

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 im Qualitätslenkungsausschuss bearbeitet. Weitere Mitarbeiterbefragungen z.B. zur Speiseversorgung sowie zur Nutzung Intranet/Newsletter fanden statt.

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

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 Kritik zu äußern. Im Rahmen eines definierten Beschwerdemanagements werden Beschwerden systematisch bearbeitet. Ein Lob- und Kritikbogen liegt auf den Krankenhausstationen aus. Als unabhängiges Organ stehen den Patienten ergänzend die Patientenfürsprecher zur Verfügung.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

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. Das Zentrum meldet im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben folgende Items: Dekubitus, Nosokomiale postoperative Wundinfektionen, multiresistente Erreger, Zwangsmaßnahmen.