

**Strukturierter
Qualitätsbericht gemäß §
137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4
SGB V über das
Berichtsjahr 2008**

Erstellt am 31. August 2009

Klinik Wittgenstein

Inhaltsverzeichnis:

Einleitung	4
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	7
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen	14
B-1 Psychosomatik/ Psychotherapie (3100)	15
B-2 Allgemeine Psychiatrie (2900)	21
C Qualitätssicherung	26
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)	27
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	29
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	30
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	31
C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V	32
C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“)	33
D Qualitätsmanagement	34
D-1 Qualitätspolitik	35
D-2 Qualitätsziele	37
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	40
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements	43
D-5 Qualitätsmanagementprojekte	51
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements	56

Einleitung

Die Klinik

Die Klinik Wittgenstein ist ein Fachkrankenhaus für die Gebiete „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ sowie „Psychiatrie und Psychotherapie“. Die Klinik wurde im Jahre 1950 gegründet und ist seitdem in der Trägerschaft des Evangelischen Johanneswerkes e.V., einem der größten diakonischen Träger Europas mit Sitz in Bielefeld. In den Jahrzehnten ihres Bestehens hat die Klinik sich einen überregionalen Ruf in der Behandlung von Patienten mit seelischen Erkrankungen erworben.

Die Klinik Wittgenstein ist in fünf Fachabteilungen gegliedert und verfügt über 130 Betten sowie 40 Behandlungsplätze in der Tagesklinik Netphen.

Die Lage

Bad Berleburg ist mitten im Naturpark Rothaargebirge gelegen, gleichweit (ca. 50 km) von der Universitätsstadt Marburg und von der Kreisstadt Siegen entfernt. Bad Berleburg ist mit öffentlichen und privaten Verkehrsmitteln gut zu erreichen. Die naturnahe Lage unterstützt für Patienten auch das Abstandnehmen vom Alltag und dem gewohnten persönlichen Umfeld.

Unsere Behandlungsmöglichkeiten

Wir behandeln ein breites Spektrum von seelischen Erkrankungen: seelisch bedingte und seelisch mitbedingte Erkrankungen wie z.B. depressive Störungen, Angststörungen und Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen; psychosomatische Erkrankungen und körperbezogene Störungen ohne krankhaften organischen Befund, aber auch seelische Erkrankungen bei Patienten, die aufgrund einer körperlichen Erkrankung seelische Beschwerden entwickelten. Außerdem werden Patienten mit Psychosen und Krisenreaktionen behandelt.

Spezielle Behandlungsschwerpunkte gibt es für Patienten mit Essstörungen und chronischen Schmerzsyndromen, für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen und für ältere Patienten.

Die Klinik bietet keine Behandlungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche sowie für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen und für Erkrankungen, die einer Therapie unter geschlossenen Behandlungsbedingungen bedürfen.

Das Behandlungskonzept

Das Behandlungskonzept basiert auf nachgewiesenen wissenschaftlichen Prinzipien für erfolgreiche Krankenhausbehandlung seelischer Erkrankungen. Biologische, psychische und soziale Bedingungsfaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung seelischer Erkrankungen finden gleichermaßen Berücksichtigung. Die Gewichtung dieser Bedingungsfaktoren für die Behandlung eines Patienten ist entsprechend den Untersuchungsbefunden unterschiedlich. Zusätzlich werden krankheits- und störungsspezifische Behandlungsverfahren (z.B. für Essstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen) angewendet. Grundlage ist ein körperlich und seelisch pflegendes therapeutisches Milieu, in dem auch der Austausch mit anderen Patienten einen heilsamen Einfluss hat.

Psychotherapeutische Behandlungsverfahren (Einzel- und Gruppenpsychotherapie) schaffen die Voraussetzung zur Bewältigung innerseelischer konflikthafter Erlebnisweisen, inadäquater innerseelischer Bewältigungsmuster, dysfunktionaler Beziehungsmuster und den Erwerb neuer Fähigkeiten und Verhaltensweisen. Dazu dienen auch die medizinische Versorgung, die medikamentöse Behandlung, soziotherapeutische Behandlungsmaßnahmen, sowie Ergo- und Gestaltungstherapie, Bewegungstherapie und Physiotherapie. Der Sozialdienst unterstützt Patienten bei der Bewältigung von Schwierigkeiten im Alltag, die einem Behandlungsfortschritt entgegenstehen.

Der Pflegedienst arbeitet nach pflegewissenschaftlichen Konzepten und die Mitglieder des gesamten Behandlungsteams aller Berufsgruppen (multiprofessionell) wirken mit unterschiedlichen Behandlungsverfahren (multimodal) in einem Behandlungsplan unter psychodynamischen Gesichtspunkten zusammen.

Der Behandlungsverlauf jedes einzelnen Patienten wird mit Testverfahren, die von einer externen Forschungsstelle ausgewertet werden, im Hinblick auf den erreichten Behandlungserfolg überprüft.

Ergänzende Angebote

In der therapiefreien Zeit werden kreative, sportliche und kulturelle Freizeitaktivitäten angeboten, die zur Erweiterung der persönlichen Lebensgestaltung anregen sollen. Die Angebote werden von der Koordinatorin für Freizeitaktivitäten initiiert und vermittelt. z.B. Hallenbad, Sportplatz (Tennis, Badminton, Volleyball), Tischtennisraum, Bibliothek, Fitnessgeräte, Fernsehräume, Musikraum, Billard, Grillplatz.

Über Angebote der Kirchengemeinden und des Tourismusbüros informieren wir, externe Referenten runden das Freizeitprogramm ab.

Ein Klinikseelsorger steht für alle Patienten überkonfessionell auf Anfrage zur Verfügung. Darüber hinaus finden jeweils wöchentlich Andachten und angeleitete Besinnungszeiten im Raum der Stille der Klinik statt.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Zur Erhaltung eines hohen fachlichen Standards werden für alle Mitarbeiter regelmäßig interne und externe Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt. Darüber hinaus bildet die Klinik Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie aus, sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychologische Psychotherapeuten. Es besteht eine enge Kooperation mit dem ortsansässigen Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie (DPG) Siegen-Wittgenstein e.V.

Weitere Informationen erhalten Sie im Internet unter www.klinik-wittgenstein.de

Ansprechpartner für weiterführende Informationen:

Dr.med.Bernhard Janta
Ärztlicher Direktor
Klinik Wittgenstein
Sählingstraße 60
57319 Bad Berleburg
Fon 02751 81211
Fax 02751 81275
bernhard.janta@johanneswerk.de

Peter Veith
Qualitätsmanagementbeauftragter
Klinik Wittgenstein
Fon 02751 81502
peter.veith@johanneswerk.de

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Dr. Janta, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Klinik Wittgenstein

Hausanschrift:

Klinik Wittgenstein
Sählingstraße 60

57319 Bad Berleburg

Telefon / Fax

Telefon: 02751/810

Fax: 02751/81275

Internet

E-Mail: mailto:linik-wittgenstein@johanneswerk.de

Homepage: <http://www-linik-wittgenstein.de/>

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260591129

A-3 Standort(nummer)

00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

A-4.1 Name des Krankenhausträgers

Evangelisches Johanneswerk e.V. Bielefeld

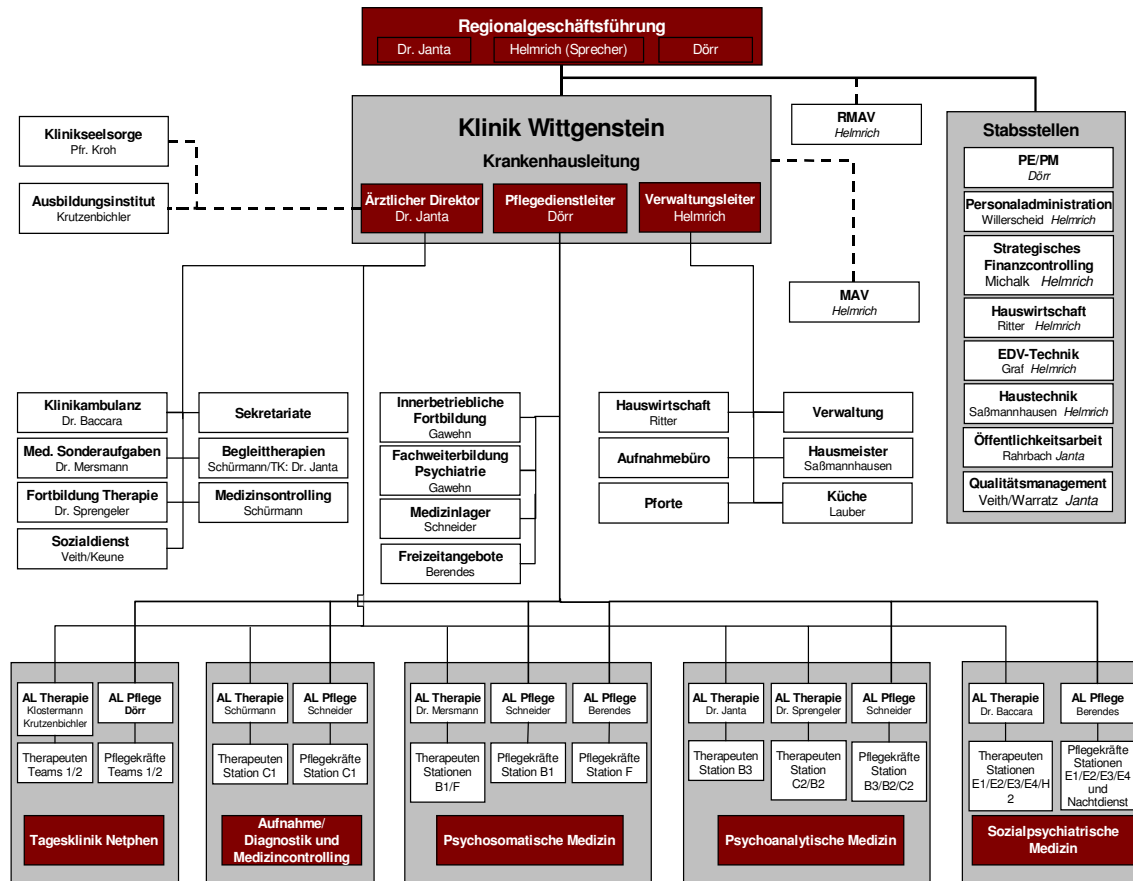
A-4.2 Art des Krankenhausträgers

- freigemeinnützig
- öffentlich
- privat
- Sonstiges

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

- Ja
 Nein

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?

- Ja
 Nein
 Trifft bei uns nicht zu

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Nr.	Fachabteilungsübergreifender Versorgungsschwerpunkt	Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Kommentar/Erläuterungen
VS00	Psychosomatische Erkrankungen	Psychosomatische Medizin, Aufnahme und Diagnostik,	
VS00	Psychiatrische Erkrankungen	Psychoanalytische Medizin, Sozialpsychiatrische Medizin, Tagesklinik Netphen	

Tabelle A-8: Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterungen
MP04	Atemgymnastik/ -therapie	
MP07	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiter	
MP08	Berufsberatung/ Rehabilitationsberatung	
MP10	Bewegungsbad/ Wassergymnastik	
MP11	Bewegungstherapie	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassungsmanagement/ Brückenpflege/ Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/ Arbeitstherapie	
MP58	Ethikberatung/ Ethische Fallbesprechung	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP23	Kreativtherapie/ Kunsttherapie/ Theatertherapie/ Bibliothotherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP31	Physikalische Therapie/ Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik als Einzel- und/ oder Gruppentherapie	
MP34	Psychologisches/ psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	
MP35	Rückenschule/ Haltungsschulung/ Wirbelsäulengymnastik	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP48	Wärme- u. Kälteanwendungen	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

Tabelle A-9: Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

A-10 Fachabteilungsübergreifende nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/Erläuterungen
SA44	Diät-/ Ernährungsangebot	
SA45	Frühstücks-/ Abendbuffet	
SA47	Nachmittagstee/ -kaffee	
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	

Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/Erläuterungen
SA24	Faxempfang für Patienten	
SA25	Fitnessraum	
SA27	Internetzugang	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	
SA31	Kulturelle Angebote	
SA51	Orientierungshilfen	
SA33	Parkanlage	
SA52	Postdienst	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA35	Sauna	
SA36	Schwimmbad/ Bewegungsbad	
SA54	Tageszeitungsangebot	
SA55	Beschwerdemanagement	
SA42	Seelsorge	
SA57	Sozialdienst	

Tabelle A-10: Fachabteilungsübergreifende nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-11.1 Forschungsschwerpunkte

Die leitenden Ärzte der Abteilungen verfügen über folgende Weiterbildungsermächtigungen:
drei Jahre Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
zwei Jahre Psychiatrie und Psychotherapie und
ein Jahr Innere Medizin.

Es besteht eine enge Kooperation mit dem ortsansässigen Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie (DPG) Siegen-Wittgenstein e.V.

Die Zusatzbezeichnungen "Psychotherapie" und "Psychoanalyse" können erworben werden.
Die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend dem Psychotherapeutengesetz kann absolviert werden.

Outcome-Forschung.

Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

A-11.2 Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar/Erläuterungen
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar/Erläuterungen
HB03	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
HB06	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	
HB08	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

130

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Vollstationäre Fallzahl	
Fallzahl	1417
Ambulante Fallzahl	
Fallzählweise	731
Quartalszählweise	---
Patientenzählweise	---
Sonstige Zählweise	---

Tabelle A-13: Fallzahlen des Krankenhauses

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar/Erläuterungen
Ärztinnen/Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	13,2 Vollkräfte	
- davon Fachärztinnen/-ärzte	9,0 Vollkräfte	
Belegärztinnen/-ärzte (nach §121 SGB V)	0 Personen	
Ärztinnen/Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0 Vollkräfte	

Tabelle A-14.1: Ärzte

A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar/Erläuterungen
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	37,5 Vollkräfte	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Altenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	3 Vollkräfte	
Pflegeassistenten/-assistentinnen (Zweijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Krankenpflegehelfer/-innen (Einjährige Ausbildung)	1 Vollkräfte	
Pflegehelfer/-innen (ab 200 Stunden Basiskurs)	0 Vollkräfte	
Hebammen/Entbindungspfleger (Dreijährige Ausbildung)	0 Personen	
Operationstechnische Assistenz (Dreijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Sozialpädagogen, Arzthelferinnen, ErzieherInnen)	7	

Tabelle A-14.2: Pflegepersonal

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen

B-1 Psychosomatik/ Psychotherapie (3100)

Kontaktdaten

Hausanschrift

Sählingstraße 60
57319 Bad Berleburg

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung

- Hauptabteilung
- Belegabteilung
- Gemischte Haupt- und Belegabteilung
- Nicht bettenführende Abteilung/ sonstige Organisationseinheit

B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung

Trifft bei dieser Fachabteilung nicht zu.

B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterungen
MP27	Musiktherapie	

Tabelle B-1.3 Psychosomatik/ Psychotherapie: Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/
Fachabteilung

B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/Erläuterungen
SA01	Aufenthaltsräume	
SA02	Ein-Bett-Zimmer	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA04	Fernsehraum	
SA08	Teeküche für Patienten	
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA12	Balkon/ Terrasse	
SA18	Telefon	
SA19	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	

Tabelle B-1.4 Psychosomatik/ Psychotherapie: Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung

B-1.5.1 Vollstationäre Fallzahl

962

B-1.5.2 Teilstationäre Fallzahl

194

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

ICD-10 Nummer	Fallzahl	Umgangssprachliche Beschreibung
F33	243	Rezidivierende depressive Störungen
F32	69	Depressive Episode
F45	57	Seelische Störung, die sich in körperlichen Beschwerden äußert
F50	26	Essstörungen
F41	19	Andere Angststörungen
F40	18	Phobische Störungen
F43	11	Neurotische, Belastungs- u. somatoforme Störungen
F44	≤5	Dissoziative Störungen (Konversionstörungen)
F31	≤5	Affektive Störungen
F54	≤5	Psychologische Faktoren o. Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Tabelle B-1.6 Psychosomatik/ Psychotherapie: Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.7 Prozeduren nach OPS

Es wurden keine Prozeduren nach OPS erstellt.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Es wurden keine Prozeduren nach OPS erstellt.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

B-1.10.1 Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Vorhanden Nicht vorhanden

B-1.10.2 Stationäre BG-Zulassung

Vorhanden Nicht vorhanden

B-1.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit	Kommentar/ Erläuterungen
AA03	Belastungs-EKG/ Ergometrie	Belastungstest mit Herzstrommessung		
AA29	Sonographiegerät/Dopp lersonographiegerät/Du plexsonographiegerät	Ultraschallgerät/ mit Nutzung des Dopplereffekts/ farbkodierter Ultraschall	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA31	Spirometrie/ Lungenfunktionsprüfun g			
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörunge n		

Tabelle B-1.11 Psychosomatik/ Psychotherapie: Apparative Ausstattung

B-1.12 Personelle Ausstattung

B-1.12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar/Erläuterungen
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	6,3 Vollkräfte	
...davon Fachärztinnen/Fachärzte	4,3 Vollkräfte	

Tabelle B-1.12.1: Ärzte

B-1.12.1.2 Ärztliche Fachexpertise

Nr.	Facharztbezeichnung	Kommentar/Erläuterungen
AQ63	Allgemeinmedizin	
AQ23	Innere Medizin	
AQ42	Neurologie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	

Tabelle B-1.12.1.2 Psychosomatik/ Psychotherapie: Ärztliche Fachexpertise

B-1.12.1.3 Zusatzweiterbildungen

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)	Kommentar/Erläuterungen
ZF35	Psychoanalyse	
ZF36	Psychotherapie	
ZF46	Tropenmedizin	

Tabelle B-1.12.1.3 Psychosomatik/ Psychotherapie: Zusatzweiterbildungen

B-1.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar/Erläuterungen
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	19,5 Vollkräfte	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Altenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	3 Vollkräfte	
Pflegeassistenten/-assistentinnen (Zweijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Krankenpflegehelfer/-innen (Einjährige Ausbildung)	1 Vollkräfte	
Pflegehelfer/-innen (ab 200 Stunden Basiskurs)	0 Vollkräfte	
Hebammen/Entbindungspfleger (Dreijährige Ausbildung)	0 Personen	
Operationstechnische Assistenz (Dreijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Sozialpädagogen, Erzieherinnen, Arzthelfer(in)	5	

Tabelle B-1.12.2: Pflegepersonal

B-1.12.2.2 Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar/Erläuterungen
PQ02	Diplom	

Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar/Erläuterungen
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ10	Psychiatrische Pflege	

Tabelle B-1.12.2.2 Psychosomatik/ Psychotherapie: Fachweiterbildungen

B-1.12.2.3 Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar/Erläuterungen
ZP10	Mentor und Mentorin	
ZP12	Praxisanleitung	
ZP13	Qualitätsmanagement	

Tabelle B-1.12.2.3 Psychosomatik/ Psychotherapie: Zusatzqualifikationen

B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/Erläuterungen
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	
SP31	Bewegungstherapeut und Bewegungstherapeutin (z. B. nach DAKBT)/Tanztherapeut und Tanztherapeutin	
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
SP06	Erzieher und Erzieherin	
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	
SP16	Musiktherapeut und Musiktherapeutin	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP23	Psychologe und Psychologin	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	
SP46	Sportlehrer und Sportlehrerin/Gymnastiklehrer und Gymnastiklehrerin/Sportpädagoge und Sportpädagogin	

Tabelle B-1.12.3 Psychosomatik/ Psychotherapie: Spezielles therapeutisches Personal

B-2 Allgemeine Psychiatrie (2900)

Kontaktdaten

Hausanschrift

Sählingstraße 60
57319 Bad Berleburg

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung

- Hauptabteilung
- Belegabteilung
- Gemischte Haupt- und Belegabteilung
- Nicht bettenführende Abteilung/ sonstige Organisationseinheit

B-2.2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung

Trifft bei dieser Fachabteilung nicht zu.

B-2.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

Es existieren keine fachabteilungsspezifischen Leistungsangebote. Fachabteilungsübergreifende Leistungsangebote sind bei A-9 aufgeführt.

B-2.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/Erläuterungen
SA01	Aufenthaltsräume	
SA02	Ein-Bett-Zimmer	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA04	Fernsehraum	
SA08	Teeküche für Patienten	
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA12	Balkon/ Terrasse	
SA18	Telefon	
SA19	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	

Tabelle B-2.4 Allgemeine Psychiatrie: Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung

B-2.5.1 Vollstationäre Fallzahl

455

B-2.5.2 Teilstationäre Fallzahl

0

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

ICD-10 Nummer	Fallzahl	Umgangssprachliche Beschreibung
F33	540	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit
F32	230	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
F45	84	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung
F41	57	Sonstige Angststörung
F40	49	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen
F60	33	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung
F50	31	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)
F43	29	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben
F42	21	Zwangsstörung
F31	16	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit

Tabelle B-2.6 Allgemeine Psychiatrie: Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.7 Prozeduren nach OPS

Es wurden keine Prozeduren nach OPS erstellt.

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Es wurden keine Prozeduren nach OPS erstellt.

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

B-2.10.1 Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Vorhanden Nicht vorhanden

B-2.10.2 Stationäre BG-Zulassung

Vorhanden Nicht vorhanden

B-2.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit	Kommentar/ Erläuterungen
AA03	Belastungs-EKG/ Ergometrie	Belastungstest mit Herzstrommessung		
AA29	Sonographiegerät/Dopp lersonographiegerät/Du plexsonographiegerät	Ultraschallgerät/ mit Nutzung des Dopplereffekts/ farbkodierter Ultraschall	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA31	Spirometrie/ Lungenfunktionsprüfun g			
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörunge n		

Tabelle B-2.11 Allgemeine Psychiatrie: Apparative Ausstattung

B-2.12 Personelle Ausstattung

B-2.12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar/Erläuterungen
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	6,9 Vollkräfte	
...davon Fachärztinnen/Fachärzte	4,7 Vollkräfte	

Tabelle B-2.12.1: Ärzte

B-2.12.1.2 Ärztliche Fachexpertise

Nr.	Facharztbezeichnung	Kommentar/Erläuterungen
AQ42	Neurologie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	

Tabelle B-2.12.1.2 Allgemeine Psychiatrie: Ärztliche Fachexpertise

B-2.12.1.3 Zusatzweiterbildungen

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)	Kommentar/Erläuterungen
ZF35	Psychoanalyse	
ZF36	Psychotherapie	

Tabelle B-2.12.1.3 Allgemeine Psychiatrie: Zusatzweiterbildungen

B-2.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar/Erläuterungen
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	18 Vollkräfte	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Altenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Pflegeassistenten/-assistentinnen (Zweijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Krankenpflegehelfer/-innen (Einjährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Pflegehelfer/-innen (ab 200 Stunden Basiskurs)	0 Vollkräfte	
Hebammen/Entbindungspfleger (Dreijährige Ausbildung)	0 Personen	
Operationstechnische Assistenz (Dreijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Sozialpädagogen, Erzieherinnen, Arsthelfer(in)	2	

Tabelle B-2.12.2: Pflegepersonal

B-2.12.2.2 Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar/Erläuterungen
PQ02	Diplom	
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ10	Psychiatrische Pflege	

Tabelle B-2.12.2.2 Allgemeine Psychiatrie: Fachweiterbildungen

B-2.12.2.3 Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar/Erläuterungen
ZP10	Mentor und Mentorin	
ZP12	Praxisanleitung	
ZP13	Qualitätsmanagement	

Tabelle B-2.12.2.3 Allgemeine Psychiatrie: Zusatzqualifikationen

B-2.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/Erläuterungen
SP31	Bewegungstherapeut und Bewegungstherapeutin (z. B. nach DAKBT)/Tanztherapeut und Tanztherapeutin	
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
SP06	Erzieher und Erzieherin	
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	
SP43	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP23	Psychologe und Psychologin	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	
SP46	Sportlehrer und Sportlehrerin/Gymnastiklehrer und Gymnastiklehrerin/Sportpädagoge und Sportpädagogin	
SP27	Stomatherapeut und Stomatherapeutin	

Tabelle B-2.12.3 Allgemeine Psychiatrie: Spezielles therapeutisches Personal

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)	Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses
Ambulant erworbene Pneumonie			
Aortenklappenchirurgie, isoliert			
Cholezystektomie			
Dekubitusprophylaxe			
Geburtshilfe			
Gynäkologische Operationen			
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel			
Herzschrittmacher-Implantation			
Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation			
Herztransplantation			
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation			
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel			
Hüftgelenknahe Femurfraktur			
Karotis-Rekonstruktion			
Knie-Totalendoprothesen- Erstimplantation			
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel			
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie			
Koronarangiographie und perkutane Koronarintervention (PCI)			
Koronarchirurgie, isoliert			
Mammachirurgie			
Lebertransplantation			
Leberlebendspende			
Nieren- und Pankreas-(Nieren-) transplantation			
Nierenlebendspende			
Lungen- und Herz- Lungentransplantation			

C-1.2 Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Leistungsbe- reich (LB) und Qualitäts- indikator (QI)	Kennzahl- bezeich- nung	Bewertung durch Strukt. Dialog	Vertrauens- bereich	Ergebnis (Einheit)	Zähler/ Nenner	Referenz- bereich (bundes- weit)	Kommentar/ Erläuterung der BQS/LQS	Kommentar/ Erläuterung des Kranken- hauses
LB 1: QI 1								
LB 1: QI 2								
LB 2: QI 1								
LB 2: QI 2								

Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

...								
-----	--	--	--	--	--	--	--	--

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

DMP	Kommentar/Erläuterungen
	Das Krankenhaus nimmt an keinen DMP teil!

Tabelle C-3: Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Ergebnis	
Messzeitraum	
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Ausnahmetatbestand	Kommentar/Erläuterungen
Das Krankenhaus erbringt in keinem für die Mindestmengenvereinbarung relevanten Leistungsbereich Leistungen!				

Tabelle C-5: Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

**C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung]
(„Strukturqualitätsvereinbarung“)**

Nr.	Vereinbarung	Kommentar/Erläuterungen
		In diesem Krankenhaus fallen keine Leistungen an für die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung existieren!

Tabelle C-6: Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“)

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Qualitätspolitik

Die Qualitätspolitik der Klinik Wittgenstein dokumentiert unseren Qualitätsanspruch. Sie konkretisiert die Aussagen sowohl des Johanneswerk-Leitbildes als auch des daraus abgeleiteten Klinikleitbildes in Bezug auf qualitätsrelevante Aspekte. Um den Bezug zum Klinikleitbild deutlich zu machen, ist unsere Qualitätspolitik in 5 Qualitätsgrundsätzen zusammengefasst, die die Struktur des Leitbildes aufgreifen:

Menschen wahrnehmen

Höchste Patientenzufriedenheit ist für uns das Ergebnis umfassender **Patientenorientierung**. Patientenorientierung bedeutet das Ausrichten allen Denkens und Handelns am Wohl der Patienten, so dass diese hier einen Ort der „heilsamen Begegnung“ erleben. Patientenzufriedenheit erfassen wir durch eine kontinuierliche und umfassende Patientenbefragung und ein aktives Anregungs- und Beschwerdemanagement.

Evangelische Grundlagen

Unsere **diakonische Kultur** soll ein spürbarer zusätzlicher Wert für alle Patienten und Mitarbeiter sein, geprägt durch toleranten Umgang miteinander und gegenseitigen Respekt. Die Seelsorge versteht sich dabei als Angebot der Lebensbegleitung, unabhängig von Konfession und Religion. Die Zufriedenheit mit der Seelsorge sowie deren Einbindung in die betrieblichen Abläufe erheben wir in der Mitarbeiter- und insbesondere in der Patientenbefragung.

Zeichen setzen

Wir wollen kompetenter **Kooperationspartner** für Patienten, einweisende Ärzte und Kostenträger sein. Die Zufriedenheit der zuweisenden Ärzte erfassen wir in regelmäßigen Einweiserbefragungen. „Zeichen setzen“ wir durch Mitarbeit in Fachgesellschaften, Verbänden und dem „Qualitätszirkel der Krankenhäuser für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“.

Verantwortlich arbeiten

Unsere Leistungserbringung erfolgt auf der Basis **wissenschaftlich anerkannter Standards** in Therapie und Pflege. Dies wird durch einen hohen Ausbildungsstand unserer Mitarbeiter gewährleistet.

Die Balance zwischen einem hohen Qualitätsanspruch und der Notwendigkeit, wirtschaftlich zu arbeiten erreichen wir dadurch, dass jeder einzelne Mitarbeiter diese Herausforderung mitverantwortet.

Fachlich qualitativ hochwertige Arbeit und Patientenorientierung setzen auch **Mitarbeiterzufriedenheit** voraus. In diesem Wissen stehen wir im ständigen anlassbezogenen und anlassfreien Dialog mit allen Mitarbeitern. Regelmäßige Mitarbeiterbefragungen, ein Vorschlagswesen und ein Beschwerdemanagement für Mitarbeiter erfassen die Zufriedenheit. An unsere Führungskräfte stellen wir besondere Anforderungen, die in den Führungsgrundsätzen konkretisiert sind.

Dauerhaft lernen

Qualitätsmanagement bedeutet für uns kontinuierliche Verbesserung, Zielorientierung, Prozessoptimierung, Transparenz sowie eine bereichsübergreifende Zusammenarbeit und Übernahme von Verantwortung. Qualität sichern wir in relevanten Bereichen durch angemessene Zielvorgaben, effiziente Qualitätsüberprüfungen (z.B. Aktive Interne Qualitätssicherung, AKQUASI, Messung der Verweildauer, Behandlungsabbrüche) sowie eine verständliche Kommunikation der Ergebnisse für unsere Kooperationspartner.

Eine Sicherheits- und Fehlerkultur auf breiter Basis soll dazu beitragen, Risiken frühzeitig zu erkennen und zu minimieren. Daher nutzen wir u.a. Kontrollschleifen sowie ein Meldesystem für kritische Ereignisse (CIRS).

Die hier aufgeführten Qualitätsgrundsätze wurden durch die Klinikleitung in Zusammenarbeit mit dem Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) erarbeitet. Sie dienen dazu, den eigenen Qualitätsanspruch zu verdeutlichen und somit nach innen und außen kommunizierbar zu machen.

Die Qualitätspolitik ist Bestandteil des aktuellen QM-Konzepts und steht im Intranet allen Mitarbeitern zur Verfügung. Darüber hinaus werden die Qualitätsgrundsätze in der Klinikkonferenz, Leitungskonferenz und der Abteilungsleiterkonferenz vermittelt und regelmässig diskutiert.

Patienten, Einweiser und die interessierte Öffentlichkeit können sich anhand des gesetzlichen Qualitätsberichts über unsere Qualitätspolitik informieren. Darüber hinaus sind die Qualitätsgrundsätze seit Ende 2008 auf der Homepage der Klinik abrufbar.

D-2 Qualitätsziele

Qualitätsziele

Zu jedem der 5 Qualitätsgrundsätze haben wir jeweils mehrere Qualitätsziele abgeleitet, anhand derer die Qualitätspolitik für die Mitarbeiter nachvollziehbar und transparent ist und anhand derer der Erfolg unserer Qualitätsmaßnahmen gemessen werden kann. Abb. 1 zeigt, wie Qualitätsziele mit anderen strategischen und den Klinikalltag betreffenden Zielen in Einklang stehen und wie Qualitätsziele für einzelne Bereiche konkretisiert werden.

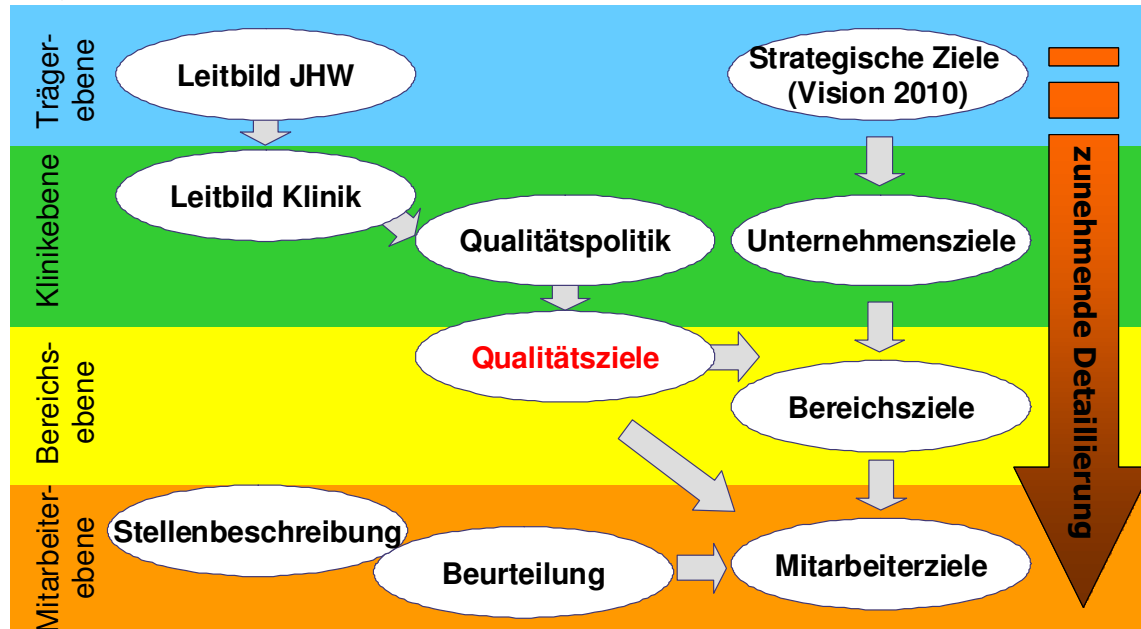


Abb. 1: Qualitätsziele im Zusammenhang

Qualitätsziele verstehen wir als konkrete aus der Qualitätspolitik abgeleitete Zielvorgaben, die entweder ein angestrebtes Qualitätsniveau oder einen nicht zu unterschreitenden Qualitätsstandard festlegen. Durch das Festlegen von konkreten, qualitätslenkenden Zielen sowie deren Messung betreiben wir interne Qualitätssicherung.

Die Qualitätsziele greifen Kernaussagen unserer Qualitätspolitik (und damit der zugrunde liegenden Leitbilder) auf und beziehen sich insbesondere auf Bereiche, die aus Sicht unserer Patienten, Mitarbeiter und Kooperationspartner qualitätsrelevant sind.

Qualitätsziele stehen mit strategischen und auf den Klinikalltag bezogenen Zielen in Einklang und können Auswirkungen auf persönliche Ziele für einzelne Mitarbeiter haben. Insbesondere für die Verantwortlichen der einzelnen Arbeitsbereiche werden Qualitätsziele zu persönlichen Zielen. Die Mitarbeiter- bzw. Zielvereinbarungsgespräche dienen daher insbesondere auf dieser Ebene auch der Vermittlung von Qualitätszielen bzw. Vereinbarung von konkreten Zielwerten.

Alle aktuell gültigen Qualitätsziele sind in einer Qualitätszielmatrix zusammengefasst. Die Matrix enthält zu jedem Qualitätsziel den Qualitätsindikator (= Kennzahl) sowie den aktuellen Ist- und Zielwert. Weiterhin ist angegeben, wer in welchem Zeitintervall mit welchem Messinstrument den Ist-Wert ermittelt. Abb. 2 zeigt einen Ausschnitt aus der Qualitätszielmatrix, Stand Ende 2008.

Qualitätsziel	Qualitätsindikator / Kennzahl	Geltungsbereich	Zielwert 08	Ist-Wert 08	aktueller Status Zielerreichung	Zielwert 09	Anmerkung	Messinstrument
Hohe Patientenzufriedenheit	Gesamtzufriedenheit in der umfassenden Patientenbefragung	Klinik	<2,0	2,01 (Wert 07)	nicht erfüllt	<2,0	Messung alle 2 Jahre; Zielwert wurde fortgeschrieben, Status bezieht sich auf letzte Messung	umfassende Patientenbefragung
Hohe Patientenzufriedenheit	Rücklaufquote bei der umfassenden Patientenbefragung	Klinik	65%	70% (Wert 07)	erfüllt	65%	Messung alle 2 Jahre; Zielwert wurde fortgeschrieben, Status bezieht sich auf letzte Messung	Abgleich Rücklauf mit ausgegebenen Bögen

Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

Hohe Patientenzufriedenheit	Weiterempfehlungsabsicht in der umfassenden Patientenbefragung	Klinik	<1,5	1,46 (Wert 07)	erfüllt	<1,5	Messung alle 2 Jahre; Zielwert wurde fortgeschrieben, Status bezieht sich auf letzte Messung	umfassende Patientenbefragung
Hohe Patientenzufriedenheit	Anteil der Beschwerden, die innerhalb von 14 Tagen bearbeitet waren	Klinik	80%	96%	erfüllt	80%		Auswertung Beschwerde-management
Hohe Einweiserzufriedenheit	Gesamtzufriedenheit bei der Einweiserbefragung	Klinik	<2,0	1,8	erfüllt	<2,0	Messung alle 3 Jahre; Zielwert wurde fortgeschrieben	Einweiserbefragung
Hohe Einweiserzufriedenheit	Zufriedenheit mit Dauer des Arztbriefes	Klinik	70%	73%	erfüllt	70%	Messung alle 3 Jahre; Zielwert wurde fortgeschrieben	Einweiserbefragung
Hohe formale Qualifikation	Facharztquote	Klinik	50%	76%	erfüllt	50%		Personalstatistik
Hohe formale Qualifikation	Quote/Anteil examinierter Pflegekräfte	Klinik	66%+	90%	erfüllt	66%		Personalstatistik
Hohe Dokumentationsqualität von Patientendaten	Anteil der Stichprobe, die mind. die Note "befriedigend" erhält	Pflege	100%	100%	erfüllt	100%		Dokucheck anhand von Checkliste und Auswertung
Hohe Dokumentationsqualität von Patientendaten	Anteil der Stichprobe, der mind. die Note "befriedigend" erhält	Therapie	100%	100%	erfüllt	100%		Dokucheck anhand von Checkliste und Auswertung
Hohe Dokumentationsqualität von Patientendaten	Anteil der Stichprobe, die mind. die Note "gut" erhält	Pflege	75%	97%	erfüllt	75%		Dokucheck anhand von Checkliste und Auswertung
Hohe Dokumentationsqualität von Patientendaten	Anteil der Stichprobe, der mind. die Note "gut" erhält	Therapie	75%	82%	erfüllt	75%		Dokucheck anhand von Checkliste und Auswertung
Hohe Arbeitssicherheit	Anzahl gemeldete Arbeitsunfälle p.a. in Bezug zur Gesamtzahl der Mitarbeiter	Klinik	<5%	2,22%	erfüllt	<3%		Unfallstatistik MA
Hohe Patientensicherheit	Anzahl Patientenunfälle	Klinik	<3%	1,68%	erfüllt	<3%		Unfallstatistik MA
Sorgfältiger Umgang mit Patientenakten/ Einhaltung des Datenschutzes	Anzahl gesuchter aber nicht aufgefundener Akten	Klinik	0	0	erfüllt	0		Auflistung (Archivordnung)
Hohe Mitarbeiterzufriedenheit	Gesamtzufriedenheit bei der Mitarbeiterbefragung	Klinik	<2,5	2,73 (Wert 07)	nicht erfüllt	<2,5	Messung alle 3 Jahre; Zielwert wurde fortgeschrieben, Status bezieht sich auf letzte Messung	Mitarbeiterbefragung
Hohe Mitarbeiterzufriedenheit	Rücklaufquote bei Mitarbeiterbefragung	Klinik	65%	62,8% (Wert 07)	nicht erfüllt	65%	Messung alle 3 Jahre; Zielwert wurde fortgeschrieben, Status bezieht sich auf letzte Messung	Abgleich Rücklauf mit Personalstatistik
Hohe Mitarbeiterzufriedenheit	Ausfallquote (Krankheit)	Klinik	<5%	4,6%	erfüllt	<5%		Ausfallstatistik
Beteiligung der Mitarbeiter	Anteil der Vorschläge, die innerhalb von 14 Tagen bearbeitet waren	Klinik	66%	63,6%	nicht erfüllt	66%		Auswertung Vorschlagswesen
Beteiligung der Mitarbeiter	Anzahl angenommener Vorschläge in Bezug zu Anzahl eingereicherter Vorschläge	Klinik	50%	54,5%	erfüllt	50%		Auswertung Vorschlagswesen
Beteiligung der Mitarbeiter	Anzahl umgesetzter Vorschläge in Bezug zu angenommenen Vorschlägen	Klinik	75%	94%	erfüllt	75%		Auswertung Vorschlagswesen

Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

Aktives Risikomanagement (CIRS)	Anzahl Meldungen über Beinahe-Vorkommnisse	Klinik	>10	5	nicht erfüllt	>10	Auswertung CIRS
Aktives Risikomanagement (CIRS)	Anzahl namentlicher Meldungen in Bezug zu Gesamtzahl Meldungen ("Fehlerkultur")	Klinik	50%	100%	erfüllt	75%	Auswertung CIRS
Aktives Risikomanagement (CIRS)	Anzahl umgesetzter Maßnahmen in Bezug zu Fällen mit Vorschlag Risikoteam ("Sicherheitskultur")	Klinik	66%	60%	nicht erfüllt	66%	Auswertung CIRS

Abb. 2: Auszug aus der Qualitätszielmatrix, Stand 2008

Die kontinuierliche Fortführung der Qualitätszielmatrix ist quartalsweise ein Agendapunkt des Lenkungsteams. In diesem Rahmen trägt der Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) alle vorliegenden Auswertungsergebnisse (Ist-Werte) in der Matrix ein und führt die Wiedervorlage für die Termine der nächsten geplanten Qualitätsmessungen. Grundsätzlich beträgt das Messintervall ein Jahr.

Bei einigen Qualitätszielen sind kurzfristigere Qualitätsmessungen vorgesehen, um zeitnah abgleichen zu können, ob das Qualitätsniveau den internen Vorgaben entspricht und so bei Abweichungen schnell Gegenmaßnahmen einleiten zu können, z.B. strukturierte Überprüfung der Dokumentationsqualität, Dauer der Arztbriefschreibung. Bei aufwändigen Messungen sowie Themen, bei denen Verbesserungsmaßnahmen eher mittelfristig greifen, wurden Zeitintervalle festgelegt, die länger als ein Jahr sind, z.B. Mitarbeiterbefragung, Einweiserbefragung.

Hauptaspekt der kontinuierlichen Arbeit des Lenkungsteams ist es, Interventionsmaßnahmen vorzuschlagen, sofern vorliegende Messergebnisse nicht innerhalb der festgelegten Zielwerte liegen.

Darüber hinaus überprüft das Lenkungsteam einmal jährlich die Struktur und Inhalte der Qualitätszielmatrix an sich. Dies umfasst die Festlegung und ggf. Anpassung von Ziel- bzw. Referenzwerten. Hierzu gehört auch zu prüfen, ob das Messinstrument möglichst valide Ergebnisse generiert und ob der „richtige“ Qualitätsindikator sowie die entscheidenden Qualitätsziele ausgewählt wurden. Bei Bedarf werden weitere Qualitätsziele ergänzt.

Die bereichsübergreifende Qualitätszielmatrix ist Bestandteil des Intranets und steht allen Mitarbeitern zur Verfügung. Weiterhin wird die aktuelle Matrix (inklusive Anmerkungen) einmal jährlich in der Klinikkonferenz vorgestellt.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Wir haben bereits 2003 mit dem Aufbau eines strukturierten Qualitätsmanagement-Systems begonnen, welches bisher zweimal erfolgreich nach KTQ / proCum Cert zertifiziert wurde (vgl. Abschnitt D-6). Im Zuge der Vorbereitungen auf die Rezertifizierung 2008 wurde die QM-Aufbauorganisation mit Etablierung des Lenkungsteams grundlegend optimiert. Weiter wurde Ende 2008 eine Lenkungskonferenz initiiert, u.a. mit dem Ziel, alle Führungskräfte umfassend in aktuelle QM-Aktivitäten, Zielsetzungen und Ergebnisse einzubinden.

Die QM-Aufbauorganisation stellt sich derzeit (Stand Mitte 2009) wie folgt dar:

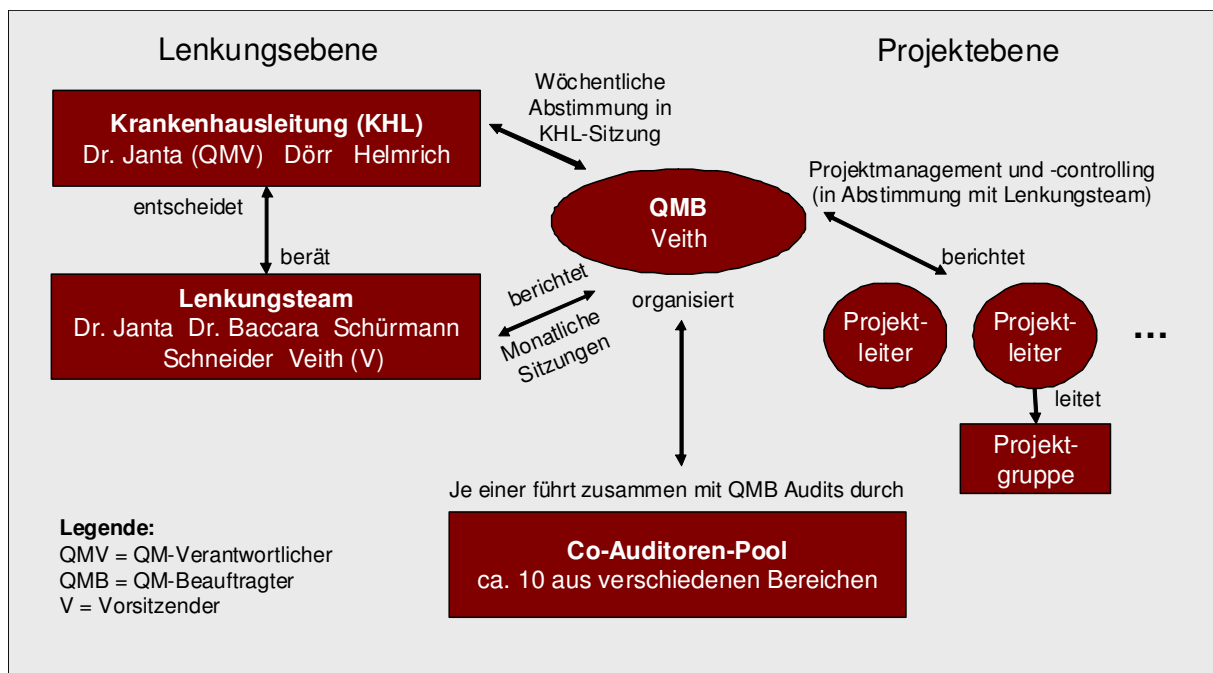


Abb. 3: QM-Organigramm

Krankenhausleitung und Führungskräfte

Die Verantwortung für die Etablierung der Qualitätsmanagement-Strukturen liegt bei der Krankenhausleitung. Sie trägt dafür Sorge, dass personelle und finanzielle Ressourcen angemessen eingesetzt werden, um die formulierten Qualitätsziele zu erreichen. Innerhalb der Krankenhausleitung ist der Ärztliche Direktor für den Bereich Qualitätsmanagement / Qualitätssicherung sowie Klinisches Risikomanagement verantwortlich.

Die Einbindung weiterer Führungskräfte erfolgt insbesondere in der quartalsweisen Leitungskonferenz, in Zielvereinbarungsgesprächen sowie im Rahmen der Projektarbeit.

Lenkungsteam

Das fünfköpfige Lenkungsteam besteht aus dem Ärztlichen Direktor, Abteilungsleitern Therapie und Pflege, dem Medizincontroller sowie dem QMB. Es soll die Krankenhausleitung unterstützen und ist primär für folgende Themen verantwortlich:

- Steuerung des gesamten QM-Prozesses (u.a. Qualitätsziele)
- Initiierung neuer Projekte
- Beratung und Unterstützung der Projektleiter
- Projektcontrolling (administrativ und inhaltlich)
- Rückmeldung an die Krankenhausleitung

Das Lenkungsteam tagt einmal monatlich. Beschlüsse haben den Charakter von Empfehlungen an die Krankenhausleitung.

Qualitätsmanagementbeauftragter (QMB)

Der Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) ist für die organisatorische sowie fachliche Realisierung des Qualitätsmanagements zuständig. Er koordiniert alle qualitätssichernden Maßnahmen sowie die interne und externe Kommunikation QM-relevanter Inhalte. Weiter entwickelt er zusammen mit der Krankenhausleitung und dem Lenkungsteam die Qualitätspolitik, erarbeitet Qualitätsziele und führt das Projektmanagement durch. Neben dem Vorsitz des Lenkungsteams nimmt der QMB einmal wöchentlich zu Fragen des QM an der Krankenhausleitungssitzung teil.

QM-Kerngruppe / Interne Auditoren

Die Mitglieder der berufsgruppen- und hierarchieübergreifend besetzten Kerngruppe fungieren als QM-Multiplikatoren. Die Multiplikatoren kommunizieren Projektergebnisse, vermitteln die Qualitätspolitik und -ziele und dienen als Ansprechpartner sowohl für den QM-Beauftragten als auch für die Mitarbeiter des jeweiligen Bereichs. Weiter sollen sie Zielsetzung und Nutzen von Qualitätsmanagement erläutern und hierdurch die Meinungsbildung in der Klinik positiv beeinflussen. Hierfür werden sie regelmäßig geschult. In ihrer Funktion unterstützen sie die Führungskräfte in deren Verantwortung, dafür zu sorgen, dass QM-Aktivitäten sowie Projektergebnisse verstanden und umgesetzt werden. Bei der Auswahl der Multiplikatoren wurde darauf geachtet, dass es sich um langjährige, erfahrene Mitarbeiter handelt, die bei ihren Kollegen eine Vorbildfunktion wahrnehmen. Ab Mitte 2009 werden die Mitglieder der Kerngruppe auf freiwilliger Basis zu Internen Co-Auditoren ausgebildet und entsprechend eingesetzt.

Projektleiter und -gruppen

Mit der inhaltlichen Ausgestaltung von Verbesserungsprojekten sind jeweils benannte Projektleiter beauftragt, die diese Aufgabe je nach Aufgabenstellung bzw. Projektumfang alleine oder zusammen mit einer Projektgruppe umsetzen.

Die Projektgruppenarbeit wird durch den QMB in Abstimmung mit dem Lenkungssteam koordiniert, der zusammen mit dem Projektleiter die Meilensteinplanung erstellt und das Projektcontrolling durchführt.

Die **Verantwortungs- und Aufgabenbereiche** der o.g. Gremien und Beauftragten sind verbindlich definiert und klar voneinander abgegrenzt. Entsprechende Regelungen sind u.a. im QM-Konzept sowie in der Stellenbeschreibung des QM-Beauftragten enthalten.

Aufgaben des QM-Beauftragten sind u.a.:

- a Erstellung und Weiterentwicklung des QM-Konzepts, inkl. Koordination der Sammlung qualitätsrelevanter Daten
- b Koordination der Arbeit mit Qualitätszielen und Unterstützung bei der Entwicklung geeigneter Kennzahlen
- c Koordination der QM-Projekte und -Maßnahmen
- d Projektcontrolling und Reporting an das Lenkungssteam sowie die Krankenhausleitung
- e Pflege und Weiterentwicklung des Intranets
- f Koordination der klinikinternen Kommunikation von Projektergebnissen und Auswertungen
- g Kontaktpflege und Training der QM-Multiplikatoren
- h ab 2009: Interne Audits zusammen mit jeweils einem Co-Auditor
- i Koordination der Erstellung des gesetzlichen Qualitätsberichts
- j Koordination von Zertifizierungen

Der QMB ist zu 50% seiner Arbeitszeit mit QM beauftragt und zu 50% im Sozialdienst tätig. Unsere internen Ressourcen werden seit 2003 durch einen externen QM-Berater unterstützt, der die QM-Strukturen mit etabliert hat und auch punktuell die Projektarbeit begleitet.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Instrumente des Qualitätsmanagements

Als wesentliche Instrumente der internen Qualitätssicherung nutzen wir Befragungen, Begehungen / Interne Audits, statistische Auswertungen sowie ein aktives Beschwerdemanagement sowohl für Patienten und Dritte als auch für Mitarbeiter. Weiterhin nutzen wir seit 2007 ein strukturiertes Meldesystem für kritische Ereignisse (CIRS).

Befragungen

Folgende Befragungen sind etabliert:

Befragung	Turnus	Verantwortlich
Umfassende Patientenbefragung	2 Jahre	Ärztlicher Direktor
Einweiserbefragung	3 Jahre	Ärztlicher Direktor
Mitarbeiterbefragung	3 Jahre	Pflegedienstleitung / Personalentwicklung
Kontinuierliche Patientenbefragung (ZUF-8)	Vollerhebung mit jährlicher Auswertung	Medizincontrolling
Therapiebezogene Patienten- und Therapeutenbefragungen im Rahmen von AKQUASI	Vollerhebung mit jährlicher Auswertung	Medizincontrolling
Katamnese	Vollerhebung mit jährlicher Auswertung	Ärztlicher Direktor / Medizincontrolling

Kontinuierliche Patientenbefragung (ZUF-8)

Seit 1996 führen wir eine kontinuierliche Patientenbefragung durch, bei der jeweils alle Patientenantworten eines Jahres ausgewertet werden. Der wissenschaftlich fundierte, allgemein anerkannte Fragebogen enthält 8 Fragen zur generellen Zufriedenheit mit Aspekten der Klinik bzw. der erhaltenen Behandlung. Im Folgenden sind die Ergebnisse 2006 den aktuellen Ergebnissen 2008 gegenüber gestellt:

1. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?

Antwortmöglichkeit	2006	2008
ausgezeichnet	27,5 %	29,0 %
gut	64,9 %	62,4 %
weniger gut	6,6 %	3,4 %
schlecht	1,0 %	0,4 %

2. In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?

Antwortmöglichkeit	2006	2008
sie hat fast allen meiner Bedürfnisse entsprochen	28,9 %	30,7 %
sie hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen	59,4 %	57,1 %
sie hat nur wenigen meiner Bedürfnisse entsprochen	10,7 %	7,2 %
sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen	1,0 %	0,3 %

3. Würden Sie einem Freund/ einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er/ sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?

Antwortmöglichkeit	2006	2008
eindeutig ja	67,7 %	68,5 %
ich glaube ja	28,1 %	23,9 %
ich glaube nein	3,6 %	2,6 %
eindeutig nicht	0,6 %	1,1 %

4. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß an Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?

Antwortmöglichkeit	2006	2008
sehr zufrieden	43,0 %	46,1 %
weitgehend zufrieden	48,5 %	43,6 %
leidlich oder leicht unzufrieden	5,5 %	3,8 %
ziemlich unzufrieden	3,0 %	2,4 %

5. Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?

Antwortmöglichkeit	2006	2008
ja, sie half eine ganze Menge	57,5 %	60,7 %
ja, sie half etwas	35,7 %	29,6 %
nein, sie half eigentlich nicht	5,9 %	4,3 %
nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht	0,9 %	0,8 %

6. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten?

Antwortmöglichkeit	2006	2008
eindeutig ja	64,3 %	66,4 %
ich glaube ja	27,5 %	24,3 %
ich glaube nicht	6,1 %	3,8 %
eindeutig nein	2,1 %	0,9 %

7. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie hier erhalten haben, im Großen und Ganzen?

Antwortmöglichkeit	2006	2008
sehr zufrieden	50,1 %	51,4 %
weitgehend zufrieden	44,3 %	39,9 %
leidlich oder leicht unzufrieden	5,0 %	3,9 %
ziemlich unzufrieden	0,6 %	0,7 %

8. Haben Sie die Art der Behandlung erhalten, die Sie wollten?

Antwortmöglichkeit	2006	2008
eindeutig ja	34,8 %	36,6 %
im allgemeinen ja	55,3 %	52,2 %
eigentlich nicht	8,5 %	5,7 %
eindeutig nicht	1,4 %	1,2 %

Hinweis: Die Summe muss nicht bei jeder Frage 100% ergeben, da einzelne Patienten einige Fragen nicht beantwortet haben.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Zufriedenheit der Patienten über die Jahre konstant ist, mit einem leicht positiven Trend.

Umfassende Patientenbefragung

2007 haben wir erstmals eine umfassende Patientenbefragung durchgeführt. Die nächste Patientenbefragung ist gemäß Turnus für Sommer 2009 geplant.

Einweiserbefragung

2008 haben wir erneut eine Einweiserbefragung durchgeführt, bei der wir 950 Einweiser angeschrieben haben. Der Fragebogen wurde überarbeitet und erweitert, um detailliertere und aussagekräftigere Ergebnisse zu erhalten.

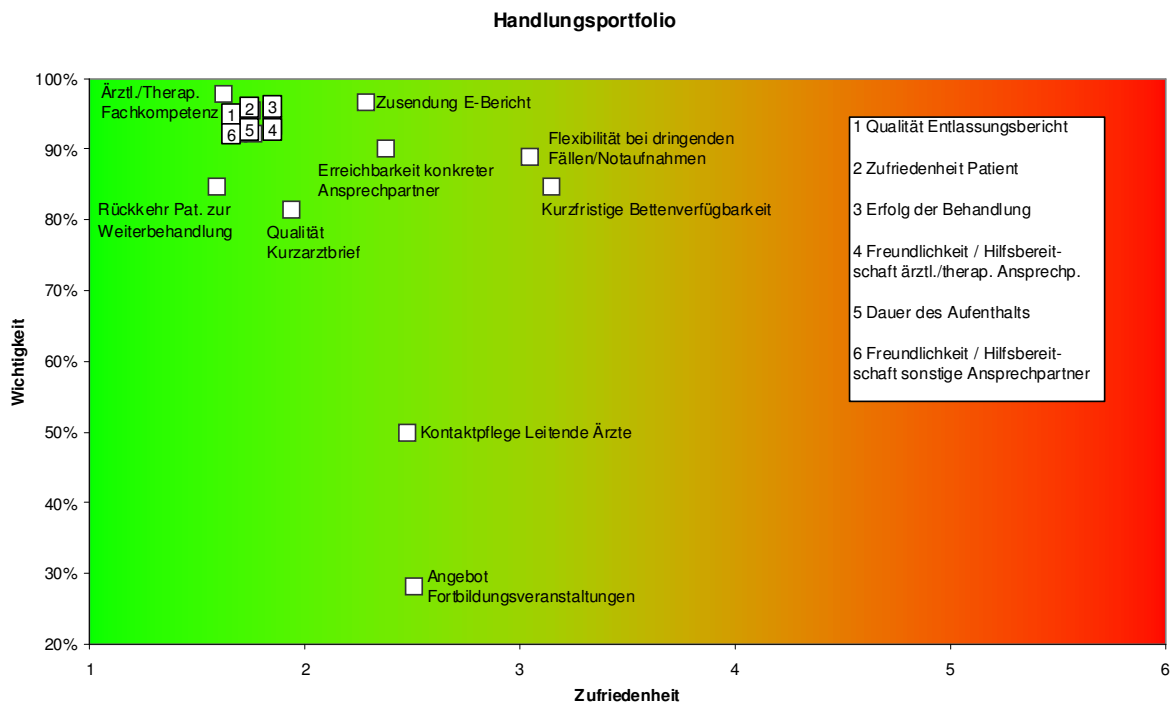


Abb. 4: Ergebnisse der Einweiserbefragung 2008

In obigem Handlungsportfolio sind die Einschätzungen der Einweiser bezüglich Wichtigkeit und Zufriedenheit der einzelnen Fragestellungen gleichzeitig dargestellt. In der Horizontalen werden die Zufriedenheitswerte (Skala "sehr zufrieden" bis "unzufrieden") dargestellt, während in der Vertikalen die Wichtigkeit in Prozent abgebildet ist. Es ist unmittelbar erkennbar, dass die meisten Themen, die aus Sicht der Einweiser besonders wichtig sind auch gut beurteilt werden.

Lediglich die kurzfristige Bettenverfügbarkeit sowie die Flexibilität in dringenden Fällen werden als wichtig erachtet und gleichzeitig kritischer gesehen. Wesentliches Ergebnis ist somit der Wunsch der Einweiser, Möglichkeiten zur stationären Krisenintervention einzurichten. Dieses Vorhaben wird gegenwärtig umgesetzt und ab 2010 zur Verfügung stehen.

Mitarbeiterbefragung

Die 2. Mitarbeiterbefragung fand im Sommer 2007 statt. Die nächste Befragung ist für 2010 geplant und bereits beauftragt.

Ein zentrales Ergebnis der Befragung 2007 war die Kritik an Kommunikation zwischen Krankenhausleitung und Mitarbeitern. Deshalb wurde die Leitungskonferenz etabliert, an der alle Mitarbeiter mit Führungsverantwortung und die Stabsstellenmitarbeiter teilnehmen. Ziel der einmal pro Quartal tagenden Konferenz ist vor allem, die Teilnehmer über Vorhaben der Krankenhausleitung

zeitnah zu informieren, die Themen in diesem Gremium zu diskutieren und die Informationen bereichs- und berufsgruppenübergreifend schneller zu vermitteln.

Aktive interne Qualitätssicherung der Behandlungsqualität (AKQUASI)

Die Qualitätssicherung der Behandlungsqualität und der Ergebnisqualität erfolgt in Kooperation mit der Forschungsstelle für Psychotherapie in Heidelberg mittels des Systems der aktiven internen Qualitätssicherung (AKQUASI). Dabei werden Behandlungsdaten jedes einzelnen Behandlungsfalles und Behandlungsverlaufes aus Patientensicht sowie aus Behandlersicht mittels mehrerer psychometrischer Testverfahren und mit Hilfestellung der Forschungsstelle für Psychotherapie abgebildet.

Kennzeichnend für eine aktive interne Qualitätssicherung ist die strukturelle Einbettung des Rückkopplungsmodells in die klinischen Routineabläufe. Sie beginnt mit der Erhebung von Daten zum Ausgangsstatus des Patienten, zum Behandlungsverlauf und zum Entlassungsstatus des Patienten. Auf der Basis dieser Daten wird der Behandlungsverlauf jedes Patienten bewertet, graphisch aufbereitet und über die Mitteilung an das therapeutische Team in den klinischen Prozess zurückgekoppelt. Unter anderem wird dabei auch die Patientenzufriedenheit erfasst.

Erhebungszeitpunkte sind die stationäre Voruntersuchung, die Aufnahme zur Krankenhausbehandlung, eine Zwischenerhebung (ZE) alle sechs Wochen im Behandlungsverlauf sowie die Erhebung zum Entlassungszeitpunkt.

Folgende Erhebungsinstrumente finden Anwendung:

Vorunter-suchung	Aufnahme	1. ZE	2. ZE	3. ZE	4. ZE	Ent-lassung	1. Katam-nesse	2. Katam-nesse
Patient								
Psybado	Psybado					Bado Entlass	Psybado	Psybado
MomBef	MomBef					MomBef	MomBef	MomBef
LQ	LQ					LQ	LQ	LQ
MomPro	MomPro					MomPro	MomPro	MomPro
GBB	GBB	GBB	GBB	GBB	GBB	GBB	GBB	GBB
SCL-90-R	SCL-90-R	SCL-90-R	SCL-90-R	SCL-90-R	SCL-90-R	SCL-90-R	SCL-90-R	SCL-90-R
IIP-D	IIP-D	IIP-D	IIP-D	IIP-D	IIP-D	IIP-D	IIP-D	IIP-D
	HAQ	HAQ	HAQ	HAQ	HAQ	HAQ		
Therapeut								
Bado VU	Bado Aufn					Bado Entlass		
	BSS					BSS		
	GAF					GAF		
	MomBef					MomBef		
	HAQ					HAQ		

Tab. 1: Übersicht der therapiebezogenen Qualitätssicherungsinstrumente

Begehungen / Interne Audits

Externe und interne Begehungen finden insbesondere in denjenigen Bereichen statt, in denen gesetzliche Auflagen erfüllt sein müssen und eine Inaugenscheinnahme zur Beurteilung am besten geeignet ist. Unsere internen Begehungen sollen dabei die behördlichen Begehungen, z.B. durch das Gesundheitsamt und die Feuerwehr, ergänzen.

Das Ergebnis von Begehungen wird stets protokolliert. Das Protokoll muss von den Bereichsverantwortlichen systematisch abgearbeitet werden. Die Behebung von Mängeln wird im Protokoll ebenfalls kenntlich gemacht.

Folgende Begehungen werden in festgelegten Zeitintervallen durchgeführt:

Begehung	Verantwortlich
Arbeitsschutzbegehung	Sicherheitsbeauftragter
Hygienebegehung	Hygienefachkraft (extern)
Brandschutzbegehung	Brandschutzbeauftragter
Stationsbegehung (Arzneimittel)	Apotheker (extern)
Begehung nach Medizinproduktebetreiberverordnung	Medizinproduktebeauftragter + Externer
Datenschutzbegehung	Betriebsbeauftragter für den Datenschutz
Interne Audits (QM-Begehung)	QM-Beauftragter

Insbesondere mithilfe der regelmäßigen Internen Audits des QM-Beauftragten in allen Bereichen wird überprüft, inwieweit das etablierte QM-System umgesetzt wird und ob Verbesserungspotenziale bestehen (vgl. Abschnitt D-6).

Statistische Auswertungen

Wir nutzen statistische Auswertungen, um Entwicklungstendenzen strukturiert darstellen und aufzeigen zu können. Dabei ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis zu beachten, d.h. der Aufwand für Durchführung und Aufbereitung der Messungen darf den Nutzen der Auswertung nicht überschreiten.

Folgende statistische Auswertungen werden u. a. zur internen Qualitätssicherung genutzt:

Statistische Auswertung	Verantwortlich
Personalwirtschaftliche Kennzahlen, z.B. Fluktuationsraten, Ausfallzeiten	Verwaltungsleiter
Finanzwirtschaftliche Kennzahlen, z.B. Fallzahlen, Auslastungsgrad	Verwaltungsleiter
Arbeitsunfälle	Sicherheitsbeauftragter
Überprüfung der Dokumentationsqualität anhand von berufsgruppenspezifischen Checklisten und einem Bewertungssystem	Medizincontrolling / Abteilungsleiter Pflege
Behandlungsabbrüche	Medizincontrolling
Wartezeiten bis zur stationären Aufnahme	Medizincontrolling
Dauer der Erstellung der Entlassungsberichte	Medizincontrolling
Beschwerdemanagement Patienten	QM-Beauftragter
Beschwerdemanagement Mitarbeiter	QM-Beauftragter
Vorschlagswesen	QM-Beauftragter
Auswertung kritischer Ereignisse (CIRS)	QM-Beauftragter

Für 2009 ist geplant, eine Kennzahlenmatrix zu erarbeiten, die definiert, wer wann bzw. in welchem Turnus in welcher Form wem welche Informationen/ Kennzahlen zur Verfügung stellt.

Strukturierte Überprüfung der Dokumentationsqualität („Dokucheck“)

Wir überprüfen die ärztlich-therapeutische und die pflegerische Dokumentationsqualität halbjährlich anhand jeweils einer umfassenden Checkliste. Die Größe der Stichprobe hängt dabei vom Ergebnis der vorangegangenen Messung ab. Bewertet

wird neben formalen Kriterien wie Vollständigkeit und Lesbarkeit auch, inwieweit die einzelnen Formulare inhaltlich korrekt ausgefüllt wurden und ob u.a. Anamnese, Diagnostik, Anordnungen, Verlauf und Maßnahmen eindeutig nachvollzogen werden können. Dabei können je Prüfkriterium zwischen 0 und 2 Punkte vergeben werden. Die sich ergebende Gesamtpunktzahl wird in eine "Note" umgerechnet und den betroffenen Bereichen kommuniziert. Falls erforderlich, werden die Mitarbeiter auf Dokumentationsmängel hingewiesen und Verbesserungen trainiert.

Für 2008 stellen sich die Ergebnisse wie folgt dar:

2008	Klinik	Tagesklinik
Anzahl geprüfter Akten	78	17
Ärztlich-therapeutische Dokumentationsqualität	84,2	80,3%
Pflegerische Dokumentationsqualität	91,3%	96,7%

Angegeben sind die durchschnittlichen Mittelwerte der erreichten Punkte in Bezug zu den maximal möglichen Punkten.

Aktives Beschwerdemanagement - Beschwerden als Chancen verstehen

Mit unserem aktiven **Patientenbeschwerdemanagement** verfolgen wir das Ziel, nicht nur passiv auf Beschwerden zu reagieren, sondern gezielt auf verschiedene Beschwerdemöglichkeiten aufmerksam zu machen und zu verdeutlichen, dass von unserer Seite ein ernsthaftes Interesse an Rückmeldungen - sowohl positive als auch kritische - besteht. Bereits bei der Aufnahme erhält daher jeder Patient einen Erfassungsbogen, auf dem er Beschwerden oder Anregungen vermerken kann. Darüber hinaus gibt es sowohl in der Klinik als auch in der Tagesklinik ein Patientenforum, die von den Patienten rege zur Meinungsäußerung genutzt werden.

Die Erfassung, Bearbeitung und Auswertung von Anregungen und Beschwerden, die von Patienten oder Externen geäußert werden, ist klar geregelt. Durch die Festlegung der Zuständigkeiten, der Vorgehensweise bei der Bearbeitung sowie der Auswertung der Anregungen bzw. Beschwerden, vermeiden wir zum einen wiederholte Beschwerden, indem die Ursachen erkannt und Maßnahmen zu deren Beseitigung initiiert werden. Zum anderen erreichen wir, dass sich unsere Patienten ernst genommen fühlen und ihre Kritik direkt in der Klinik äußern.

Im Zuge der Beschwerdebearbeitung ist uns wichtig, dass es dabei nicht um die Suche nach Schuldigen, sondern das Erlernen des konstruktiven Umganges mit Beschwerden sowie die zukünftige Vermeidung von ähnlichen Beschwerdegründen geht. Die Auswertung für 2008 ergab, dass sich – im Gegensatz zu den Vorjahren - Beschwerden und Anregungen ungefähr die Waage halten. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer betrug 4,6 Tage und hat sich damit im Vergleich zu 2006 mehr als halbiert.

Im **Mitarbeiterbeschwerdemanagement** wurden 2008 7 Rückmeldungen erfasst, wobei 3 davon Anregungen waren. Zusätzlich wurden 10 Beschwerden bei der MAV eingereicht und von dieser bearbeitet. Alle Rückmeldungen wurden innerhalb der 14-Tagefrist bearbeitet.

Vorschlagswesen

Seit 2007 haben wir ein innerbetriebliches Vorschlagswesen. 2008 wurden 33 Vorschläge eingereicht und damit doppelt so viele wie 2007. Die Bearbeitungsdauer lag durchschnittlich bei 11,8 Tagen. 55% der Vorschläge wurden angenommen, von denen 94% umgesetzt sind.

Erfassung und Auswertung kritischer Ereignisse (CIRS)

Durch die systematische Erfassung und Auswertung von kritischen Ereignissen soll in einem ersten Schritt insbesondere das Potenzial von Beinahe-Vorkommnissen genutzt werden, die Sicherheit Aller zu erhöhen und Risiken noch gezielter zu vermeiden bzw. zu minimieren. Gleichzeitig soll der konstruktive Umgang mit Fehlern im Sinne eines Risikomanagements optimiert und trainiert werden.

Seit Mitte 2007 gibt es ein berufsgruppenübergreifend zusammengesetztes Risikoteam, welches (ggf. anonym) eingegangene Meldungen über Beinahe-Vorkommnisse sichtet und bewertet, Ursachenforschung betreibt und Verbesserungsmaßnahmen vorschlägt.

2008 wurden 5 kritische Ereignisse / Beinahe-Vorkommnisse gemeldet, wobei alle Meldungen namentlich erfolgten. Während die Beteiligung der Mitarbeiter noch hinter den Erwartungen liegt, zeugt der 100%-Anteil an namentlichen Meldungen davon, dass das System auf einem guten Wege ist und sich sukzessive eine noch offenere Fehlerkultur etabliert. Stand Mai 2009 sind 60% der Vorschläge des Risikoteams umgesetzt, wobei die restlichen Vorschläge noch in Bearbeitung sind.

D-5 Qualitätsmanagementprojekte

Qualitätsmanagement-Projekte

Das **Projektmanagement** umfasst die Projektplanung, -durchführung sowie ein Projektcontrolling:

Projektplanung

Ausgangspunkt der Gesamt-Projektplanung ist eine Ist-Analyse und eine Priorisierung der entsprechenden Projekte und Maßnahmen durch die Krankenhausleitung. Projekte werden anhand einer Meilensteinplanung geplant, die die Zielsetzung, die Projektmitglieder sowie eine grobe zeitliche Planung umfasst.

Projektdurchführung

Die Projektdurchführung obliegt jeweils benannten Projektleitern. Mit Unterstützung des QMB erstellen diese eine Meilensteinplanung.

QM-Projektergebnisse werden durch das Lenkungsteam geprüft und durch die Krankenhausleitung freigegeben. Danach werden vom Projektleiter entsprechende Umsetzungsschritte geplant und deren Umsetzung begleitet.

Projektcontrolling und Reporting

Das Gesamtprojektcontrolling durch das Lenkungsteam bezieht sich auf alle Projekte und Maßnahmen.

Die Kontrolle der Erledigung einzelner Meilensteine erfolgt durch den QMB gemeinsam mit dem Projektleiter. Über den Stand der Projektarbeit berichtet der QMB einmal monatlich dem Lenkungsteam sowie bei Bedarf in der wöchentlichen Krankenhausleitungssitzung.

Im Folgenden stellen wir eine Auswahl an Projekten vor, die wir 2008 initiiert, durchgeführt oder abgeschlossen haben. Bei der Auswahl haben wir darauf geachtet, dass die Projekte einen QM-Bezug haben und insbesondere aus Patienten- oder Mitarbeitersicht qualitätsrelevant bzw. qualitätsverbessernd sind:

Projekt Krankenhausinformationssystem (KIS)

Ausgangslage/Problemstellung und Zielsetzung:

- Der Umfang der Behandlungsdokumentation und die Erfordernisse an deren Qualität haben in den zurückliegenden Jahren stetig zugenommen. Gleichzeitig ist es notwendig den Dokumentationsaufwand zeitlich begrenzt zu halten, damit die Mitarbeiter ihre Ressourcen in den Bereichen ihrer Kernkompetenzen und ihren Kernprozesse einsetzen können.
- Die mit den derzeit verfügbaren Mitteln durchgeführte Dokumentation führt zu Redundanzen.
- Die bisherige Art der Dokumentation und Führung der Patientenakte lässt nicht zu, dass die verwendeten Standards für alle am Behandlungsprozess Beteiligten jederzeit gegenwärtig sind.

- Eine zeitnahe und regelmäßig Evaluation ist derzeit nur zeitaufwändig mit der Erstellung jeweils einzelner Berechnungs- und Ergebnistabellen möglich.
- Die Planung des Einsatzes von Ressourcen (therapeutische Termine, Raumnutzung) erfolgt derzeit manuell und führt unvermeidbar zu Koordinationsproblemen.
- Die mittlerweile fast übliche Überprüfung einiger Behandlungsverläufe durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) erfordert eine zunehmend präzisere Dokumentation des gesamten Behandlungsverlaufes, indem die Dokumentation der therapeutischen Entscheidungen, deren Begründung aus dem aktuellen Behandlungsbefund und deren Konsequenzen in der Weiterentwicklung des Behandlungsverlaufes erwartet werden. Die Erfüllung dieser Aufgaben wird durch ein Klinikinformationssystem (KIS) unterstützt,

Inhalte und Maßnahmen:

- Informationen über verschiedene Anbieter wurden eingeholt.
- Diese Eindrücke führten dazu, mit dem Vorprojekt zur weiteren Klärung und Vorbereitung einer KIS-Lösung für die Klinik Wittgenstein zu beginnen.
- Zwei Anbieter stellten ihre Produkte in der Klinik vor.

Entscheidung, die Gespräche mit dem Marktführer bei KIS-Lösungen im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie fortzuführen. Der positive Eindruck führte zu einer internen Vorstellung des KIS-Systems bei den leitenden Mitarbeitern und der MAV in der Klinik Wittgenstein.

- Die Implementierung des KIS ist für Juli 2010 vorgesehen.

Projekt Notfallmanagement

Ausgangslage/Problemstellung und Zielsetzung:

- Einzelne Kritikpunkte im Rahmen der Zertifizierung nach KTQ/proCum Cert durch die Visitoren
- Umsetzung der im Visitationsbericht benannten Verbesserungspotenziale

Inhalte und Maßnahmen:

- Festlegung, für welche Berufs- bzw. Mitarbeitergruppen die jährliche Notfall- und Reanimationsfortbildung verpflichtend ist (in Verfahrensanweisung Medizinisches Notfallmanagement integriert)
- Entwicklung eines Verfahrens zur Kontrolle der Teilnahme an Pflichtfortbildungen, ebenfalls in der Verfahrensanweisung geregelt
- Ausbau der Inhalte der Notfallfortbildungen im Pflegebereich hinsichtlich der Assistenz des Arztes bei den Reanimationsmaßnahmen
- Abteilungsübergreifende Definition der Inhalte der Notfallkoffer; dabei Reduzierung auf fachlich notwendige Reanimationsausrüstung; hierdurch Gewichtsreduzierung und Möglichkeit, Notfall-Rucksäcke statt -Koffer zu verwenden
- Erweiterung der Checkliste zur Kontrolle der Notfallausrüstung entsprechend der Verfahrensanweisung Notfallkoffer und Pflegemittelräume

Erzielte Verbesserungen / Bewertung der Zielerreichung:

- Sicherstellung, dass alle relevanten Mitarbeiter einmal jährlich eine Notfall- und Reanimationsfortbildung besuchen

- Pflegekräfte können dem Arzt im Reanimationsfall besser assistieren
- Durch den Einsatz leichterer Notfall-Rucksäcke können die Mitarbeiter schneller am Einsatzort sein (u.a. freie Hände zum Aufschließen von Türen)
- Kostenreduktion durch Reduzierung der Inhalte der Notfallkoffer auf das fachlich Wesentliche
- Erleichterung der Kontrollen der Notfallkoffer durch reduzierte und abteilungsübergreifend definierte Inhalte

Projekt Medizinprodukte

Ausgangslage/Problemstellung und Zielsetzung:

- Einzelne Kritikpunkte im Rahmen der Zertifizierung nach KTQ/proCum Cert durch die Visitoren, z.B. fehlende schriftliche Regelung zur Umsetzung des Medizinproduktegesetzes
- Im Lauf der Jahre angewachsener Bestand an Medizinprodukten
- Hohe Wartungskosten für Medizinprodukte
- Verantwortungsbereiche teilweise nicht eindeutig geklärt und abgegrenzt
- Lückenhafte Dokumentation der Einweisung in Teilbereichen

Inhalte und Maßnahmen:

- Erarbeitung einer Verfahrensanweisung Medizinprodukte, die alle gesetzlichen Anforderungen berücksichtigt
- Optimierung der Abläufe bei von Patienten mitgebrachten sowie bei defekten Medizinprodukten
- Bewertung des bereichsbezogenen Bestands an Medizinprodukten
- Reflexion aktueller ärztlicher Behandlungskonzepten und daraus folgend nicht benötigter Altbestände an Medizinprodukten
- Neuanschaffung von Defibrillatoren („Halbautomaten“)
- Vereinheitlichung der Geräte eines Gerätetyps (z.B. Fieberthermometer, RR-Geräte)
- Konkretere Definition der Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten, u.a. Neubenennung des Medizinproduktebeauftragten
- Zentralisierung aller Wiedervorlagetermine für Wartungsarbeiten sowie messtechnische und sicherheitstechnische Kontrollen
- Konkretisierung von Überprüfungsrouitinen, z.B. Defibrillator
- Systematisierung der Dokumentation der Einweisung im ärztlich-therapeutischen Bereich (Checkliste Einarbeitung im ärztlichen Bereich) und in der Physikalischen Therapie

Erzielte Verbesserungen / Bewertung der Zielerreichung:

- Erarbeitung von verbindlichen und gut kommunizierbaren Regelungen, die alle gesetzlichen Anforderungen berücksichtigen
- Verantwortlichkeiten und Ansprechpartner sind geklärt und den Mitarbeitern bekannt
- Anpassung des Bestands an Medizinprodukten an aktuelle ärztliche Behandlungskonzepte
- Reduzierung der Wartungskosten ab Geschäftsjahr 2009

Projekt Katamnese

Ausgangslage/Problemstellung und Zielsetzung:

- Die Nachhaltigkeit psychotherapeutischer Behandlung im Krankenhaus ist im Sinne einer katamnestischen Untersuchung für unsere Klinik bislang nicht belegt
- Ziel ist es daher, die Nachhaltigkeit anhand der eigenen Behandlungsergebnisse zu messen und zu bestätigen
- Um optimale Einschätzungsmöglichkeiten der Ergebnisse zu gewährleisten, soll die Erhebung vornehmlich die Messinstrumente, die bereits während der stationären Behandlung eingesetzt werden, verwenden.
- Ein Vergleich der Kliniken im Qualitätszirkel soll möglich sein

Inhalte und Maßnahmen:

- Erarbeitung von Katamnesefragebögen und Auswahl des psychometrischen Sets sowie eines entsprechenden Anschreibens für die ehemaligen Patienten
- Konsentierung mit den übrigen Kliniken des Qualitätszirkels
- Schaffung der organisatorischen Voraussetzungen für die regelmäßige Durchführung einer katamnestischen Befragung, d.h. u.a.:
- Klärung der Verantwortlichkeiten für das Anschreiben der ehemaligen Patienten
- Klärung der Verantwortlichkeiten für die Datenerfassung und Auswertung der Antworten
- Erarbeitung eines Auswertungstools
- Versand der Fragebogen an alle Patienten, jeweils ein Jahr nach ihrer Entlassung

Erzielte Verbesserungen / Bewertung der Zielerreichung:

- Entwicklung eines klinikspezifischen Instruments zur Erfassung der Nachhaltigkeit des Therapieerfolgs
- Die Katamnese läuft derzeit an, somit liegen die Ergebnisse derzeit noch nicht vor.

Projekt Kriseninterventionseinheit

Ausgangslage/Problemstellung und Zielsetzung:

- Vergleichsweise kritische Bewertung bei den letzten beiden Einweiserbefragungen, gleichzeitig ein wichtiges Anliegen der Einweiser
- Die Klinik verfügt bisher über sehr eingeschränkte Möglichkeiten zur Krisenintervention
- Schaffung der räumlichen und konzeptionellen Voraussetzungen zur Krisenintervention
- Ziel ist es, im Jahre 2010 die Möglichkeit zur Krisenintervention vorhalten zu können

Inhalte und Maßnahmen:

- Erarbeitung des inhaltlichen Konzepts, d.h. u.a.:
- Behandlungsziele, d.h. u.a.
 - Verhinderung von Selbst- und Fremdgefährdung
 - Entlastung
 - Mobilisierung von Ressourcen („Hilfe zur Selbsthilfe“)
 - Ggf. Planung, Einleitung und Weitervermittlung in längerfristige Betreuung und Behandlung
- Behandlungskonzept, d.h. u.a.

- Fokusbildung
 - Intensive therapeutische Beziehungsarbeit
 - Spezifische therapeutische Angebote
 - Psychoedukation
 - Begrenzung der Aufenthaltsdauer (maximal 3 Wochen)
 - Erarbeitung eines „Krisenplans“ zur Prävention zukünftiger Krisen
 - Enge Einbindung in das soziale und psychiatrische Versorgungsnetz der Region
- Setting, d.h. u.a.
- Gemischte Station (Krisenintervention und Regelbehandlung finden auf derselben Station statt)
 - Gemischte Patientenpopulation (es werden Menschen in Krisensituationen auf derselben Station behandelt unabhängig von der Art der ggf. vorliegenden psychischen Störung)
-
- Erarbeitung des räumlichen Konzepts, d.h. u.a.:
 - Abstimmung mit dem Architekt
 - Abstimmung mit der Haustechnik
 - Abstimmung mit der zuständigen Baubehörde zwecks Genehmigung der geplanten Baumaßnahmen
 - Beantragung entsprechender Fördermittel
 - Ziel der geplanten Umbaumaßnahmen: Entstehung von zwei Kriseneinheiten à 3 Betten

Erzielte Verbesserungen / Bewertung der Zielerreichung:

- Die Planungen zum Aufbau von Möglichkeiten zur Krisenintervention sind derzeit im vollen Gange, eine abschließende Bewertung des Projekterfolgs ist erst 2010 bzw. im Rahmen der nächsten Einweiserbefragung möglich.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Bewertung des Qualitätsmanagements

Als Rahmenmodell für das Qualitätsmanagement in der Klinik Wittgenstein wurde das krankenhausspezifische Zertifizierungsverfahren proCum Cert gewählt, das speziell für freigemeinnützige Krankenhäuser entwickelt wurde. Es baut auf dem etablierten, ebenfalls krankenhausspezifischen Zertifizierungsverfahren der KTQ[®] (Kooperation für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen) auf, das von allen Partnern der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen Anfang 2000 ins Leben gerufen wurde. Wir haben uns bewusst für diese beiden miteinander gekoppelten Zertifizierungsverfahren entschieden, da einerseits KTQ[®] das Verfahren ist, das von den meisten der zertifizierten Kliniken verwendet wird und andererseits das proCum-Cert-Verfahren genau die Qualitäten abprüft, die uns als diakonische Einrichtung wichtig sind und einen Zusatznutzen für unsere Patienten, Mitarbeiter und Partner darstellen.

Die Klinik Wittgenstein hat sich bereits zweimal erfolgreich einer entsprechenden Zertifizierung bzw. Re-Zertifizierung unterzogen. Mit der Vergabe des für 3 Jahre gültigen KTQ[®] -Zertifikats wurde uns erneut bestätigt, dass wir die Anforderungen an ein gelebtes Qualitätsmanagement erfüllen, d.h. die Abläufe in der Klinik Wittgenstein professionell und sowohl patienten- wie mitarbeiterorientiert organisiert sind. Mit der Vergabe des proCum-Cert-Zertifikats wurde uns bestätigt, dass wir in besonderer Weise spirituelle Angebote bereithalten sowie unserer gesellschaftlichen Verantwortung, u.a. als Dienstleister am Menschen, als Arbeitgeber und als Kooperationspartner, gerecht werden.

Da wir als Fachkrankenhaus für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Psychiatrie derzeit nicht der vergleichenden externen Qualitätssicherung unterliegen, wollen wir zukünftig den freiwilligen Vergleich von Qualitätskennzahlen (Benchmarking) vorantreiben. Zentral ist hierbei die Mitgliedschaft im "Qualitätszirkel Krankenhäuser für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie".

Im Jahr 2003 haben sich acht Krankenhäuser für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zu einem bundesweiten Qualitätszirkel zusammengeschlossen, der mindestens zweimal pro Jahr tagt, um wesentliche qualitätsbezogene Fragestellungen zu erarbeiten und die jeweils eigenen Gegebenheiten vor Ort zu optimieren. Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden dabei gleichrangig behandelt. Folgende Kliniken sind Mitglied des Qualitätszirkels:

- Werner-Schwidder-Klinik, Bad Krozingen
- Wiegmann-Klinik, Berlin
- Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Theodor-Wenzel-Werk, Berlin
- Klinik Ginsterhof, Hamburg
- Rhein Klinik, Bad Honnef
- Landeskrankenhaus Tiefenbrunn, Göttingen
- Sonnenberg Klinik, Stuttgart
- Klinik Wittgenstein, Bad Berleburg.

Um direkte Vergleiche im Hinblick auf Kernstrukturen und -prozesse zu ermöglichen, werden innerhalb des Qualitätszirkels Kooperationsprojekte mit wechselseitiger Visitation durchgeführt. Im Rahmen eines solchen Projektes haben die Rhein-Klinik Bad Honnef, die Wiegmann-Klinik Berlin, die Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Theodor-Wenzel-Werk Berlin sowie die Klinik Wittgenstein begonnen, ihre Aufnahmeprozesse anhand eines Peer-Review gegenseitig zu bewerten.

2008 haben wir unser Konzept zur internen Bewertung unseres QM-Systems weiterentwickelt, indem wir nicht nur regelwerkbezogene Audits (Probevisitation KTQ und proCum Cert) durchführen, sondern - 2009 beginnend - auch system- und prozessorientierte Audits durchführen. Demzufolge wurde 2009 die Kerngruppe in einen Auditorenpool umgewandelt, dessen Mitglieder zu internen Auditoren qualifiziert und von einem externen Auditor angeleitet wurden. Ab September 2009 werden alle Bereiche des Krankenhauses einmal jährlich vom QMB und jeweils einem Co-Auditor begangen.

Für Frühjahr 2010 ist geplant, erstmals eine Managementbewertung durchzuführen.