

# Strukturierter Qualitätsbe- richt gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über das Berichtsjahr 2008

Erstellt am 27. August 2009

Dr. von Ehrenwall'sche Klinik, Fachkrankenhaus  
für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosoma-  
tik, Neurologie

## Inhaltsverzeichnis:

Einleitung .....	4
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses .....	7
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen .....	15
B-1 Allgemeine Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie (2900) .....	16
B-2 Tagesklinik (2960) .....	23
C Qualitätssicherung .....	29
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren) .....	30
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	32
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	33
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	34
C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V .....	35
C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“) .....	36
D Qualitätsmanagement .....	37
D-1 Qualitätspolitik .....	38
D-2 Qualitätsziele .....	41
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements .....	45
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements .....	48
D-5 Qualitätsmanagementprojekte .....	64
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements .....	71

# Einleitung

Die Dr. von Ehrenwall'sche Klinik (CvE) ist ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Neurologie und einer Abteilung für Rehabilitation mit insgesamt 200 vollstationären Betten (150 Betten Krankenhausbereich, 50 Betten Rehabilitation), einer tagesklinischen Abteilung mit derzeit 20 Behandlungsplätzen sowie einer Psychiatrischen Institutsambulanz. Die Klinik liegt in der reizvollen Landschaft des Ahrtals, direkt vor den Mauern des historischen Stadtkerns von Ahrweiler und ist in die Infrastruktur der Gesundheitsregion Rhein-Ahr-Eifel bestens eingebunden. Bonn, Köln und Koblenz mit ihren vielfältigen urbanen und kulturellen Angeboten können schnell und einfach erreicht werden.

Foto Luftbild Klinik

Die Klinik wurde 1877 von Dr. Carl von Ehrenwall gegründet und wird in der vierten Generation vom Geschäftsführer und Ärztlichen Direktor Dr. Christoph Smolenski erfolgreich geführt. Leitgedanke ist es seit jeher, den Patienten neben einer exzellenten Behandlung ein stilvolles und wohltuendes Ambiente zu bieten. Weitläufige Parkanlagen, aufwändig restaurierte historische Gebäude und moderne, komfortable Räumlichkeiten machen diesen Anspruch für Patienten und Besucher von der ersten Minute an allgegenwärtig. Insgesamt bietet die Klinik eine gelungene Synthese zwischen funktionaler Krankenhausstruktur und der Atmosphäre eines gehobenen Hotels, was auch durch das hervorragende Speisenangebot unterstrichen wird.

Über 280 Mitarbeiter gewährleisten die exzellente Patientenbehandlung durch innovative, wissenschaftlich-fundierte Behandlungsmethoden, ganzheitliche Therapieansätze und individuelle Zuwendung zum Patienten, ggf. unter Einbeziehung der Angehörigen. Ausgewiesener Behandlungsschwerpunkt der Dr. von Ehrenwall'schen Klinik ist die Behandlung von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen. Durch über 20-jährige Erfahrung in der Psychotraumatologie hat sich die Klinik einen hervorragenden Ruf erarbeitet, der sich in ihrem bundesweiten Einzugsgebiet widerspiegelt.

Die Klinik hat seit dem Jahr 2003 im Rahmen der Psychiatrieplanung des Landes Rheinland-Pfalz den Auftrag, die Versorgung der Bevölkerung des Landkreises Ahrweiler sicherzustellen. Zu den angebotenen Fachrichtungen gehören Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik, Neurologie sowie eine Abteilung für Rehabilitation.

Darüber hinaus kooperiert die Dr. von Ehrenwall'sche Klinik im Rahmen von Modellprojekten der Landesregierung mit dem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung am Ort und bietet zusätzliche stationäre psychosomatische Leistungen (Akutdiagnostik) und neurologische Leistungen (Stroke Unit) an.

Weitere Informationen erhalten Sie auf unserer Website [www.ehrenwall.de](http://www.ehrenwall.de). Auf Anfrage senden wir Ihnen gerne unseren Klinikflyer sowie diagnosebezogenes Informationsmaterial gebührenfrei zu.

Der vorliegende Qualitätsbericht wurde von den Qualitätsmanagementbeauftragten im Auftrag der Geschäftsführung erstellt. Ansprechpartner sind:

- Dr. Christoph Smolenski, Geschäftsführer und Ärztlicher Direktor, Tel.: 02641 / 386-107
- Dr. Susanna Smolenski, Chefärztin, Tel.: 02641 / 386-119
- Dr. Christiane Tholen-Rudolph, Edith Visel, Qualitätsmanagementbeauftragte, Tel.: 02641 / 386-190
- Birgit Bertram, Direktionsassistentin, Tel.: 02641 / 386-152
- Sabine Kolling, Aufnahmemanagement, Tel.: 02641 / 386-109



Ahrweiler, den 10. August 2009

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

# A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

## A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

### **Dr. von Ehrenwall'sche Klinik, Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik, Neurologie**

#### Hausanschrift:

Dr. von Ehrenwall'sche Klinik, Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik, Neurologie  
Walporzheimer Strasse 2

53474 Ahrweiler

#### Telefon / Fax

Telefon: 02641/386 0

Fax: 02641/37166

#### Internet

E-Mail: <mailto:info@ehrenwall.de>

Homepage: <http://www.ehrenwall.de/>

## A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260710134

## A-3 Standort(nummer)

00

## A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

### *A-4.1 Name des Krankenhausträgers*

Marx GmbH & Co.KG

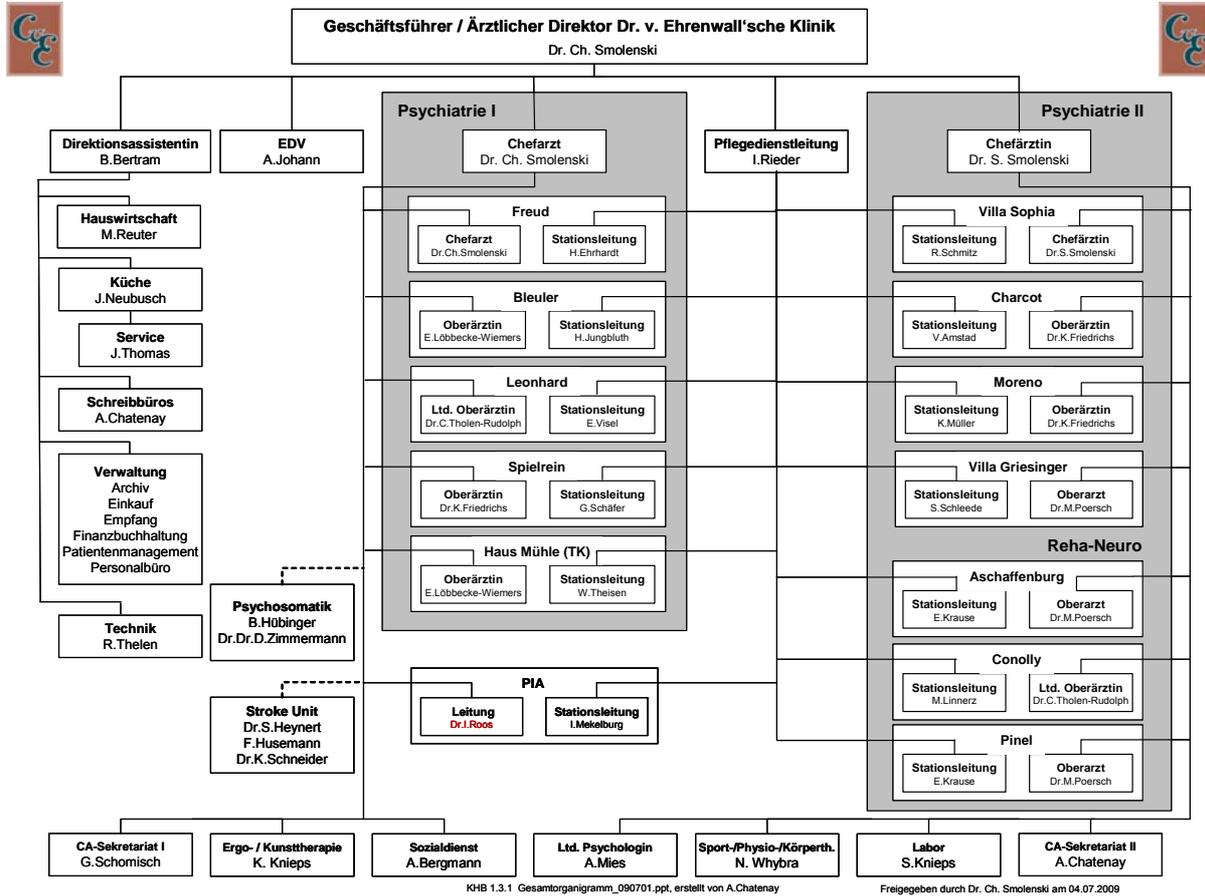
### *A-4.2 Art des Krankenhausträgers*

- 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

<b>Nr.</b>	<b>Fachabteilungsübergreifender Versorgungsschwerpunkt</b>	<b>Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
VS00	Sonstige	2900 - Allgemeine Psychiatrie 2960 - Allgemeine Psychiatrie / SP Tagesklinik	

Tabelle A-8: Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

## A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

<b>Nr.</b>	<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
MP03	Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare	
MP04	Atemgymnastik/ -therapie	
MP56	Belastungstraining/ -therapie/ Arbeitserprobung	
MP07	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiter	
MP08	Berufsberatung/ Rehabilitationsberatung	
MP10	Bewegungsbad/ Wassergymnastik	
MP11	Bewegungstherapie	
MP57	Biofeedback-Therapie	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassungsmanagement/ Brückenpflege/ Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/ Arbeitstherapie	
MP58	Ethikberatung/ Ethische Fallbesprechung	
MP17	Fallmanagement/ Case Management/ Primary Nursing/ Bezugspflege	
MP59	Gedächtnistraining/ Hirnleistungstraining/ Kognitives Training/ Konzentrationstraining	
MP23	Kreativtherapie/ Kunsttherapie/ Theatertherapie/ Bibliothherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP27	Musiktherapie	
MP31	Physikalische Therapie/ Bädertherapie	

<b>Nr.</b>	<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote/ Präventionskurse	
MP34	Psychologisches/ psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	
MP35	Rückenschule/ Haltungsschulung/ Wirbelsäulengymnastik	
MP37	Schmerztherapie/ -management	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker	
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/ Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- u. Kälteanwendungen	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/ Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege	
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP00	Sonstiges	Umfangreiche einzel- und gruppenpsychotherapeutische Behandlungsangebote, Sport- und physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologisches Training, verhaltenstherapeutisches Arbeiten im Hochseilgarten, Soziotherapie, Ernährungsberatung. Die Behandlungsverfahren werden individuell eingesetzt.

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

### A-10 Fachabteilungsübergreifende nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

<b>Nr.</b>	<b>Serviceangebot</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
SA01	Aufenthaltsräume	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	als Zusatzleistung oder bei besonderer Indikation

<b>Nr.</b>	<b>Serviceangebot</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
SA04	Fernsehraum	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	in Teilbereichen
SA08	Teeküche für Patienten	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	in Teilbereichen
SA12	Balkon/ Terrasse	in Teilbereichen
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	in Teilbereichen
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	in Teilbereichen
SA15	Internetanschluss am Bett/ im Zimmer	in Teilbereichen
SA16	Kühlschrank	in Teilbereichen
SA18	Telefon	in Teilbereichen
SA19	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	in Teilbereichen
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (z.B. Mineralwasser)	in Teilbereichen
SA44	Diät-/ Ernährungsangebot	
SA45	Frühstücks-/ Abendbuffet	
SA46	Getränkeautomat	
SA47	Nachmittagstee/ -kaffee	in Teilbereichen
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA49	Fortbildungsangebote/ Informationsveranstaltungen	
SA26	Friseursalon	Friseurdienst kommt ins Haus
SA27	Internetzugang	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	
SA31	Kulturelle Angebote	
SA32	Maniküre/ Pediküre	Kommt auf Bestellung ins Haus
SA51	Orientierungshilfen	
SA33	Parkanlage	
SA52	Postdienst	
SA35	Sauna	
SA36	Schwimmbad/ Bewegungsbad	
SA54	Tageszeitungsangebot	in Teilbereichen
SA38	Wäscheservice	in Teilbereichen
SA55	Beschwerdemanagement	
SA41	Dolmetscherdienste	
SA40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Besucher	in Teilbereichen
SA56	Patientenfürsprache	
SA42	Seelsorge	
SA57	Sozialdienst	

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

## A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-11.1 Forschungsschwerpunkte

nicht vorhanden

*A-11.2 Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten*

<b>Nr.</b>	<b>Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL00	Lehrauftrag Psychosomatik Universitätsklinik Bonn	
FL00	Dozentur Norddeutsche Psychiatrietage Lübeck	
FL00	Dozentur Nordrheinwestfälische Psychotherapietage Bad Salzuflen	
FL00	Dozentur AGKB	
FL00	Dozentur Heigl-Evers-Institut Andernach	
FL00	Weiterbündungsverbund Nord	

*A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen*

<b>Nr.</b>	<b>Ausbildung in anderen Heilberufen</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
HB01	Gesundheits- und Krankenpflger und Gesundheits- und Krankenpflgerin	Kooperation mit der Akademie RMF Andernach
HB03	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
HB04	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin (MTA)	
HB06	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	
HB08	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	
HB00	Altenpflger	
HB00	Krankenpflegehelfer	

**A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus**

170

## A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	
<b>Fallzahl</b>	1411
<b>Ambulante Fallzahl</b>	
<b>Fallzählweise</b>	1351
<b>Quartalszählweise</b>	---
<b>Patientenzählweise</b>	---
<b>Sonstige Zählweise</b>	---

Tabelle A-13: Fallzahlen des Krankenhauses

## A-14 Personal des Krankenhauses

### A-14.1 Ärzte

	<b>Anzahl</b>	<b>Kommen- tar/Erläuterungen</b>
<b>Ärztinnen/Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)</b>	24,3 Vollkräf- te	
<b>- davon Fachärztinnen/-ärzte</b>	12,6 Vollkräf- te	
<b>Belegärztinnen/-ärzte (nach §121 SGB V)</b>	0 Personen	
<b>Ärztinnen/Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind</b>	0 Vollkräfte	

Tabelle A-14.1: Ärzte

### A-14.2 Pflegepersonal

	<b>Anzahl</b>	<b>Kommen- tar/Erläuterungen</b>
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)</b>	63,9 Voll- kräfte	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)</b>	0 Vollkräfte	
<b>Altenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)</b>	7 Vollkräfte	
<b>Pflegeassistenten/-assistentinnen (Zweijährige Ausbildung)</b>	0 Vollkräfte	
<b>Krankenpflegehelfer/-innen (Einjährige Ausbildung)</b>	5 Vollkräfte	
<b>Pflegehelfer/-innen (ab 200 Stunden Basiskurs)</b>	16,6 Voll- kräfte	
<b>Hebammen/Entbindungspfleger (Dreijährige Ausbildung)</b>	0 Personen	
<b>Operationstechnische Assistenz (Dreijährige Ausbildung)</b>	0 Vollkräfte	

Tabelle A-14.2: Pflegepersonal

# **B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen**

## B-1 Allgemeine Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie (2900)

Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Dr. med. Christoph Smolenski, Dr. med. Susanna Smolenski

Kontaktdaten

*Hausanschrift*

Walporzheimer Strasse 2  
53474 Ahrweiler

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

## B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung

<b>Nr.</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Posttraumatische Belastungsstörungen, emotional instabile Persönlichkeiten
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	

Tabelle B-1.2 Allgemeine Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie: Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung

## B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

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

## B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

Es existieren keine fachabteilungsspezifischen Serviceangebote. Fachabteilungsübergreifende Serviceangebote sind bei A-10 aufgeführt.

## B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung

### B-1.5.1 Vollstationäre Fallzahl

1411

### B-1.5.2 Teilstationäre Fallzahl

0

## B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

<b>ICD-10 Nummer</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Beschreibung</b>
----------------------	-----------------	--

<b>ICD-10 Nummer</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Beschreibung</b>
F33	561	Rezidivierende depressive Störung
F32	223	Depressive Episode
F10	160	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F20	116	Schizophrenie
F43	65	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F25	49	Schizoaffektive Störungen
F31	45	Bipolare affektive Störung
F41	16	Andere Angststörungen
F07	13	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
F40	11	Phobische Störungen
F19	10	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

Tabelle B-1.6 Allgemeine Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie: Hauptdiagnosen nach ICD

### B-1.7 Prozeduren nach OPS

Es wurden keine Prozeduren nach OPS erstellt.

### B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

<b>Nr. der Ambulanz</b>	<b>Art der Ambulanz</b>	<b>Bezeichnung der Ambulanz</b>	<b>Nr. der Leistung</b>	<b>Angebotene Leistungen</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Psychiatrische Institutsambulanz	VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, Schizotypen und wahnhaften Störungen	akute und chronische posttraumatische Belastungsstörungen
			VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
			VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
			VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
AM04	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V	Ermächtigungsambulanz Psychoanalyse	VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	tiefenpsychologisch-analytische Diagnostik und Therapie
			VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz	VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, Schizotypen und wahnhaften Störungen	
			VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
			VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
			VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
			VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	

Tabelle B-1.8 Allgemeine Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie: 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

<b>Nr.</b>	<b>Vorhandene Geräte</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>	<b>24h-Notfallverfügbar</b>	<b>Kommentar/ Erläuterungen</b>
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	<input type="checkbox"/>	
AA11	Elektromyographie (EMG)/ Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit	Messung feinsten elektrischer Ströme im Muskel		
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/ mit Nutzung des Dopplereffekts/ farbkodierter Ultraschall	<input type="checkbox"/>	
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen		

Tabelle B-1.11 Allgemeine Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie: Apparative Ausstattung

## B-1.12 Personelle Ausstattung

### B-1.12.1 Ärzte

	<b>Anzahl</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
<b>Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)</b>	22,3 Vollkräfte	
<b>...davon Fachärztinnen/Fachärzte</b>	10,6 Vollkräfte	

Tabelle B-1.12.1: Ärzte

### B-1.12.1.2 Ärztliche Fachexpertise

<b>Nr.</b>	<b>Facharztbezeichnung</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
AQ63	Allgemeinmedizin	
AQ42	Neurologie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
AQ00	ZF09 Geriatrie	
AQ00	ZF35 Psychoanalyse	
AQ00	ZF 36 Psychotherapie	
AQ00	ZF37 Rehabilitationswesen	
AQ00	ZF42 Spezielle Schmerztherapie	

Tabelle B-1.12.1.2 Allgemeine Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie: Ärztliche Fachexpertise

### B-1.12.1.3 Zusatzweiterbildungen

<b>Nr.</b>	<b>Zusatzweiterbildung (fakultativ)</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
ZF35	Psychoanalyse	
ZF36	Psychotherapie	
ZF37	Rehabilitationswesen	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	

Tabelle B-1.12.1.3 Allgemeine Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie: Zusatzweiterbildungen

### B-1.12.2 Pflegepersonal

	<b>Anzahl</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)</b>	59,2 Vollkräfte	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)</b>	0 Vollkräfte	
<b>Altenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)</b>	7 Vollkräfte	
<b>Pflegeassistenten/-assistentinnen (Zweijährige Ausbildung)</b>	0 Vollkräfte	
<b>Krankenpflegehelfer/-innen (Einjährige Ausbildung)</b>	5 Vollkräfte	
<b>Pflegehelfer/-innen (ab 200 Stunden Basiskurs)</b>	16,6 Vollkräfte	
<b>Hebammen/Entbindungspfleger (Dreijährige Ausbildung)</b>	0 Personen	
<b>Operationstechnische Assistenz (Dreijährige Ausbildung)</b>	0 Vollkräfte	

Tabelle B-1.12.2: Pflegepersonal

### B-1.12.2.2 Fachweiterbildungen

<b>Nr.</b>	<b>Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss</b>	<b>Kommen- tar/Erläuterungen</b>
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ10	Psychiatrische Pflege	

Tabelle B-1.12.2.2 Allgemeine Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie: Fachweiterbildungen

### B-1.12.2.3 Zusatzqualifikationen

<b>Nr.</b>	<b>Zusatzqualifikation</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
ZP08	Kinästhetik	
ZP13	Qualitätsmanagement	

Tabelle B-1.12.2.3 Allgemeine Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie: Zusatzqualifikationen

### B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

<b>Nr.</b>	<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Kommen- tar/Erläuterungen</b>
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	
SP34	Deeskalationstrainer und Deeskalationstrainerin/Deeskalationsmanager und Deeskalationsmanagerin/Deeskalationsfachkraft (mit psychologischer, pädagogischer oder therapeutischer Vorbildung)	
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
SP38	Freizeit- und Erlebnispädagoge und Freizeit- und Erlebnispädagogin/Freizeit- und Erlebnistherapeut und Freizeit- und Erlebnistherapeutin (mit psychologischer, pädagogischer oder therapeutischer Vorbildung)	
SP13	Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin/Maltherapeut und Maltherapeutin/Gestaltungstherapeut und Gestaltungstherapeutin/Bibliotherapeut und Bibliotherapeutin	
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	
SP43	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal	
SP16	Musiktherapeut und Musiktherapeutin	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP23	Psychologe und Psychologin	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
SP46	Sportlehrer und Sportlehrerin/Gymnastiklehrer und Gymnastiklehrerin/Sportpädagogin und Sportpädagogin	

Tabelle B-1.12.3 Allgemeine Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie: Spezielles therapeutisches Personal

## B-2 Tagesklinik (2960)

Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Dr. med. Christoph Smolenski

Kontaktdaten

*Hausanschrift*

Walporzheimer Strasse 2  
53474 Ahrweiler

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

B-2.2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte	Kommentar/Erläuterungen
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	

Tabelle B-2.2 Tagesklinik: Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung

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

Es existieren keine fachabteilungsspezifischen Serviceangebote. Fachabteilungsübergreifende Serviceangebote sind bei A-10 aufgeführt.

## B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung

### B-2.5.1 Vollstationäre Fallzahl

0

### B-2.5.2 Teilstationäre Fallzahl

117

## B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

ICD-10 Nummer	Fallzahl	Umgangssprachliche Beschreibung
F33	61	Rezidivierende depressive Störung
F32	26	Depressive Episode
F25	6	Schizoaffektive Störungen
F20	7	Schizophrenie
F31	≤5	Bipolare affektive Störung
F40	≤5	Phobische Störungen
F41	≤5	andere Angststörungen
F42	≤5	Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang
F06	≤5	Organische affektive Störungen
F07	≤5	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
F12	≤5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide

Tabelle B-2.6 Tagesklinik: Hauptdiagnosen nach ICD

## B-2.7 Prozeduren nach OPS

Es wurden keine Prozeduren nach OPS erstellt.

## B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr. der Ambulanz	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angebotene Leistungen	Kommentar/Erläuterungen
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Psychiatrische Institutsambulanz (siehe B1.)	VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	akute und chronische post-traumatische Belastungsstörungen
			VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, Schizotypen und wahnhaften Störungen	
			VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	

## Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

<i>Nr. der Ambulanz</i>	<i>Art der Ambulanz</i>	<i>Bezeichnung der Ambulanz</i>	<i>Nr. der Leistung</i>	<i>Angeborene Leistungen</i>	<i>Kommentar/Erläuterungen</i>
			VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	

Tabelle B-2.8 Tagesklinik: 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-Notfallverfügbar	Kommentar/ Erläuterungen
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	<input type="checkbox"/>	
AA11	Elektromyographie (EMG)/ Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit	Messung feinsten elektrischer Ströme im Muskel		
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/ mit Nutzung des Dopplereffekts/ farbkodierter Ultraschall	<input type="checkbox"/>	
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen		

Tabelle B-2.11 Tagesklinik: Apparative Ausstattung

## B-2.12 Personelle Ausstattung

### B-2.12.1 Ärzte

	<b>Anzahl</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
<b>Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)</b>	2 Vollkräfte	
<b>...davon Fachärztinnen/Fachärzte</b>	2 Vollkräfte	

Tabelle B-2.12.1: Ärzte

### B-2.12.1.2 Ärztliche Fachexpertise

<b>Nr.</b>	<b>Facharztbezeichnung</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ00	ZF 36 Psychotherapie	

Tabelle B-2.12.1.2 Tagesklinik: Ärztliche Fachexpertise

### B-2.12.1.3 Zusatzweiterbildungen

<b>Nr.</b>	<b>Zusatzweiterbildung (fakultativ)</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
ZF36	Psychotherapie	

Tabelle B-2.12.1.3 Tagesklinik: Zusatzweiterbildungen

### B-2.12.2 Pflegepersonal

	<b>Anzahl</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)</b>	4,7 Vollkräfte	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)</b>	0 Vollkräfte	
<b>Altenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)</b>	0 Vollkräfte	
<b>Pflegeassistenten/-assistentinnen (Zweijährige Ausbildung)</b>	0 Vollkräfte	
<b>Krankenpflegehelfer/-innen (Einjährige Ausbildung)</b>	0 Vollkräfte	
<b>Pflegehelfer/-innen (ab 200 Stunden Basiskurs)</b>	0 Vollkräfte	
<b>Hebammen/Entbindungspfleger (Dreijährige Ausbildung)</b>	0 Personen	
<b>Operationstechnische Assistenz (Dreijährige Ausbildung)</b>	0 Vollkräfte	

Tabelle B-2.12.2: Pflegepersonal

### B-2.12.2.2 Fachweiterbildungen

<b>Nr.</b>	<b>Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
PQ10	Psychiatrische Pflege	

Tabelle B-2.12.2.2 Tagesklinik: Fachweiterbildungen

### B-2.12.2.3 Zusatzqualifikationen

Trifft bei dieser Fachabteilung nicht zu

### B-2.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

<b>Nr.</b>	<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
SP31	Bewegungstherapeut und Bewegungstherapeutin (z. B. nach DAKBT)/Tanztherapeut und Tanztherapeutin	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP23	Psychologe und Psychologin	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	

Tabelle B-2.12.3 Tagesklinik: 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	26	100,0%	
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 Aortenklap- penchirurgie			
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	2008/dek/5 0656		0,1-21,2%	4,2%	1/24	Nicht definiert		
LB 1: QI 2	2008/DEK/		0,00-	0,00	0/24	Sentinel		

Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

	70310		143,00%			event		
LB 2: QI 1								
LB 2: QI 2								
...								

## 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

<b>DMP</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
	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

nicht relevant

## C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Mindestmenge</b>	<b>Erbrachte Menge</b>	<b>Ausnahme- tatbe- stand</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
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“)

<b>Nr.</b>	<b>Vereinbarung</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
		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

Grundlage unserer Qualitätspolitik ist das Leitbild der Dr. von Ehrenwall'schen Klinik. Es besteht aus einer Präambel sowie den drei Grundsätzen Innovation, Integration und Individualität, welche aus der Tradition unserer Klinik erwachsen. Die drei Grundsätze, die im Folgenden dargestellt sind, werden in der „Langversion“ des Leitbildes durch Erläuterungen ergänzt.

Bild Leitbild

### **Präambel**

In dem Bewusstsein der Geschichte unseres Hauses, mit dem Wissen um gestern und dem stetigen Blick auf morgen bieten wir heute unseren vollen Einsatz in der Begegnung miteinander und der Versorgung psychisch Kranker. Wir verstehen uns als Menschen, die ihre Mitmenschen einladen, miteinander zu wachsen. Dabei bemühen wir uns, der Einzigartigkeit des Gegenübers gerecht zu werden sowie unser aller Grenzen zu achten.

### **In Tradition**

Carl von Ehrenwall gründete 1877 unsere Klinik, die bis heute im Familienbesitz ist. Er selbst hatte die Vision eines „in jeder Beziehung vollendeten Heims“ für seine Patienten. Durch folgende Grundsätze, die bis heute für uns Bestand haben, verwirklichte er diese Idee:

#### **Innovation**

Mit Respekt vor den Menschen und der Umwelt setzen wir in allen Bereichen stets neueste Erkenntnisse der Wissenschaft um, suchen neue Möglichkeiten und nehmen sie auf, sind offen für Vorschläge und realisieren sie. Durch den Einsatz modernster Behandlungsmethoden, gezielter Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter sowie Ausschöpfung innovativer Techniken halten und verbessern wir unseren hohen Qualitätsstandard.

#### **Integration**

Wir bieten unseren Patienten wie Mitarbeitern eine angenehme Atmosphäre mit hohem Engagement und bestmöglicher Versorgung. Dabei sind wir stets um eine Begegnung auf gleicher Augenhöhe bestrebt. Diesen Gedanken tragen wir auch weiter gegenüber Berufskollegen und allen Geschäftspartnern.

## **Individualität**

Wir respektieren jeden Patienten wie Mitarbeiter in seiner Einzigartigkeit. Wir sehen und fördern seine Ressourcen. Wir setzen uns einfühlsam mit den Möglichkeiten des Einzelnen auseinander.

Unsere Qualitätsphilosophie konkretisiert die Aussagen des Leitbildes in Bezug auf qualitätsrelevante Aspekte. Sie wurde von der Steuerungsgruppe erarbeitet und besteht aus den folgenden fünf Qualitätsgrundsätzen:

### **1. Bestmögliche Patientenversorgung**

Wir streben eine optimale Patientenversorgung an unter Berücksichtigung der sozialen und finanziellen Ressourcen sowie der gesundheitspolitischen Vorgaben. In diesem Rahmen ist es unser Ziel, unseren Qualitätsstandard in jeder Beziehung zu halten und soweit möglich zu optimieren. Wir orientieren uns bei Patientenbehandlung und Betriebsführung an den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen.

### **2. Besonderes Ambiente**

Unser Anliegen ist es, den seelisch kranken Menschen eine wohltuende, respektvolle und wertschätzende Atmosphäre zu bieten. In der Tradition des Klinikgründers streben wir seit 1877 die Wahrung eines familiären Umfeldes an in der Überzeugung, dass diese Komponenten eine wesentliche Voraussetzung für die Genesung seelischer Leiden darstellen.

### **3. Individualität durch Planung**

Wir vertreten die Philosophie, jeden Menschen in seiner Einmaligkeit und Besonderheit bei der Planung der Therapie zu respektieren. Daher legen wir besonderen Wert auf die Individualität des Therapieplanes. Bei seiner Erstellung achten wir sowohl die Belastbarkeit der Patienten als auch unserer Mitarbeiter. Erst eine sorgfältige Planung ermöglicht diese individuelle Behandlung.

### **4. Persönliches und fachliches Engagement**

Wir unterstützen die Mitarbeiter aller Berufsgruppen darin, unsere Patienten als Gäste zu behandeln und sich ihnen über das fachliche Engagement hinaus in angemessenem Rahmen persönlich zuzuwenden. Um dieses Ziel zu erreichen, fördern wir in besonderem Maß die kollegiale Zusammenarbeit und Wertschätzung unter den Mitarbeitern.

### **5. Zufriedenheit und Integration der Mitarbeiter**

Ebenso wie wir unsere Patienten in ihrer Individualität respektieren und behandeln, sehen und fördern wir das individuelle Potential unserer Mitarbeiter. Entsprechend ihrer Funktion und Kompetenz integrieren wir sie in wichtige Entscheidungsprozesse und unterstützen ihre kreativen Ressourcen. Eine vorausschauende und marktorientierte Unternehmensführung mit Mut für Innovation und Investition sichert langfristig die Arbeitsplätze und Zufriedenheit der Mitarbeiter.

Die Qualitätsphilosophie ist Bestandteil des Qualitätsmanagement-Konzepts und steht somit allen Mitarbeitern im Klinikhandbuch / Intranet zur Verfügung. Darüber hinaus werden die Qualitätsgrundsätze in der Mitarbeiterzeitschrift BITZ sowie in verschiedenen Konferenzen und Gremien bis hin zu Betriebsversammlungen kommuniziert und diskutiert.

Patienten, Einweiser und die interessierte Öffentlichkeit können sich anhand des gesetzlichen Qualitätsberichts über unsere Qualitätsphilosophie informieren. Darüber hinaus ist das Leitbild auf der Website der Klinik abrufbar und in der Klinik ausgehängt. Geschäftsführung und Mitarbeiter der Klinik sind in verschiedene Netzwerke, Verbände und Kooperationen eingebunden und repräsentieren dabei den Qualitätsanspruch der Klinik.

## D-2 Qualitätsziele

Zu jedem der 5 Qualitätsgrundsätze haben wir jeweils mehrere Qualitätsziele abgeleitet, anhand derer die Qualitätsphilosophie 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 operativen Zielen in Einklang stehen und wie Qualitätsziele für einzelne Bereiche konkretisiert werden.

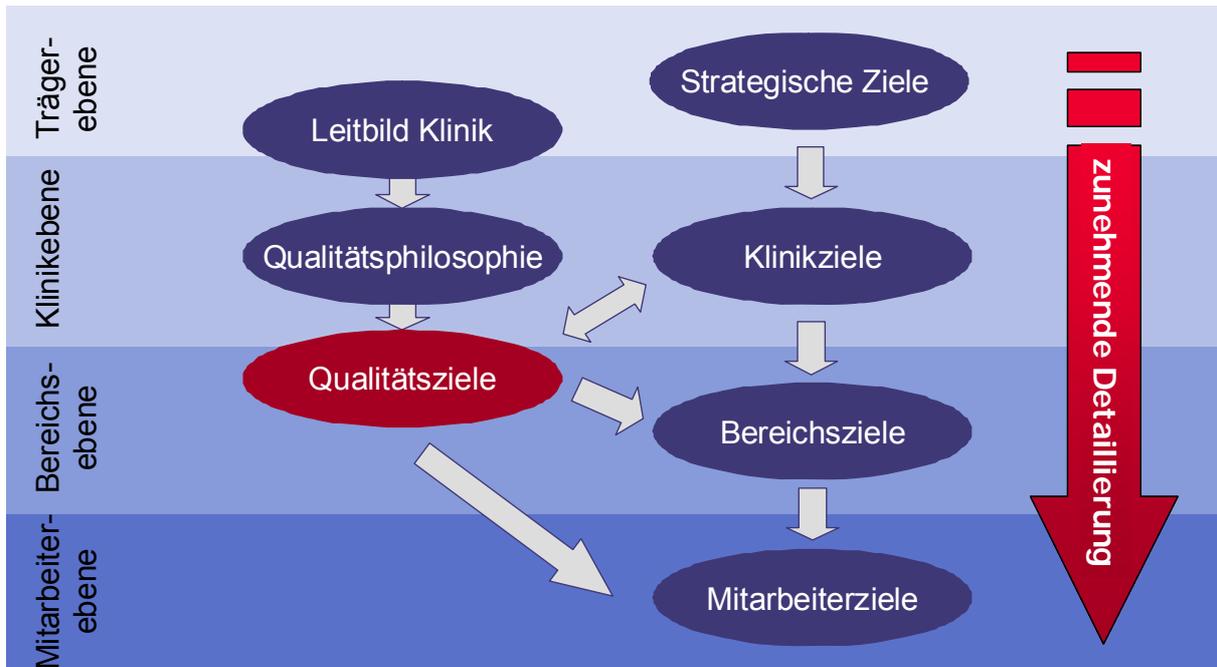


Abb. 1: Qualitätsziele im Zusammenhang

Qualitätsziele verstehen wir als konkrete aus der Qualitätsphilosophie abgeleitete Zielvorgaben, die entweder ein angestrebtes Qualitätsniveau oder einen nicht zu unterschreitenden Qualitätsstandard festlegen. Das Festlegen von konkreten, qualitäts-

lenkenden Zielen sowie deren Messung stellt eine unserer Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung dar.

Die Qualitätsziele greifen Kernaussagen unserer Qualitätsphilosophie (und damit des zugrunde liegenden Leitbildes) auf und beziehen sich insbesondere auf Themen, die aus Sicht unserer Patienten, Mitarbeiter und Kooperationspartner qualitätsrelevant sind.

Qualitätsziele stehen mit strategischen und operativen Zielen in Einklang und können Auswirkungen auf Ziele für einzelne Mitarbeiter haben. Insbesondere für die Verantwortlichen der einzelnen Abteilungen können Qualitätsziele zu persönlichen Zielen werden. Die Mitarbeitergespräche dienen auf dieser Ebene auch der Vermittlung von Qualitätszielen bzw. Vereinbarung von konkreten Zielwerten.

Alle aktuell gültigen, messbaren 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.

# Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

Bezug Qualitätsgrundsätze	Qualitätsziel	Qualitätsindikator / Kennzahl	Zielwert '08	Ist-Wert '08	aktueller Status	Zielwert '09	Messinstrument
1. Bestmögliche Patientenversorgung 2. Besonderes Ambiente 3. Individualität durch Planung	Hohe Patientenzufriedenheit	Gesamtzufriedenheit in der kontinuierlichen Patientenbefragung (Mittelwert über alle Fragen, Skala 1-5)	<1,9	1,72	erfüllt	<1,8	Kontinuierliche Patientenbefragung
1. Bestmögliche Patientenversorgung 2. Besonderes Ambiente 3. Individualität durch Planung	Hohe Patientenzufriedenheit	Weiterempfehlungsabsicht in der kontinuierlichen Patientenbefragung (Anteil der Patienten, die Frage mit "ja" beantwortet haben)	90%	95,6%	erfüllt	90%	Kontinuierliche Patientenbefragung
1. Bestmögliche Patientenversorgung 3. Individualität durch Planung 4. Persönliches und fachliches Engagement	Hohe Patientenzufriedenheit	Frage: Respektvolle Behandlung der Patienten durch das Personal (Anteil der Patienten, die Frage mit "ja" beantwortet haben)	90%	95,1%	erfüllt	90%	Kontinuierliche Patientenbefragung
1. Bestmögliche Patientenversorgung 2. Besonderes Ambiente 3. Individualität durch Planung 4. Persönliches und fachliches Engagement	Hohe Einweiserzufriedenheit	Zufriedenheitswert gesamt (Globalzufriedenheit, Skala 1-5)	1,9	2,0	nicht erfüllt	1,9	Einweiserbefragung
1. Bestmögliche Patientenversorgung 2. Besonderes Ambiente 3. Individualität durch Planung 4. Persönliches und fachliches Engagement	Hohe Beteiligung an der Einweiserbefragung	Rücklaufquote	40%	37%	nicht erfüllt	40%	Einweiserbefragung (Abgleich auswertbarer Rücklauf mit verschickten Bögen)
1. Bestmögliche Patientenversorgung 3. Individualität durch Planung 4. Persönliches und fachliches Engagement	Hoher Anteil an durch Behandlungseleitlinien abgedeckte Diagnosen	Anteil Fälle mit Behandlungseleitlinien zu Gesamtfallzahl (Hauptdiagnosen)	85%	78%	nicht erfüllt	85%	Diagnosestatistik
1. Bestmögliche Patientenversorgung 3. Individualität durch Planung 4. Persönliches und fachliches Engagement	Bestmögliche Behandlungseffizienz	Anteil der Patienten, die den Therapieerfolg mit 2 oder besser bewerten (Skala 1-5)	65%	67,1%	erfüllt	65%	Kontinuierliche Patientenbefragung
1. Bestmögliche Patientenversorgung 3. Individualität durch Planung 4. Persönliches und fachliches Engagement	Bestmögliche Behandlungseffizienz	Anteil der Psychotherapie-Patienten, die den Therapieerfolg mit 2 oder besser bewerten (Skala 1-5)	65%	61,7%	nicht erfüllt	65%	Auswertung Therapieziele anhand Evaluationsbogen
1. Bestmögliche Patientenversorgung 3. Individualität durch Planung 4. Persönliches und fachliches Engagement	Hohe Dokumentationsqualität von Patientendaten	Anteil der geprüften Akten, die mindestens die Bewertung befriedigend bekommen haben	90%	96%	erfüllt	90%	Dokucheck anhand von Checkliste und Auswertung
1. Bestmögliche Patientenversorgung 3. Individualität durch Planung 4. Persönliches und fachliches Engagement	Kurzfristige Versendung der Entlassungsberichte	Anteil der Entlassungsberichte, die innerhalb von 14 Kalendertagen verschickt werden	50%	33%	nicht erfüllt	50%	Statistik Entlassungsdauer
1. Bestmögliche Patientenversorgung 4. Persönliches und fachliches Engagement 5. Zufriedenheit und Integration der Mitarbeiter	Hohe formale Qualifikation im Ärztlichen Dienst	Facharztquote	50%	61%	erfüllt	50%	Personalstatistik
1. Bestmögliche Patientenversorgung 4. Persönliches und fachliches Engagement 5. Zufriedenheit und Integration der Mitarbeiter	Hohe formale Qualifikation im Pflegedienst	Quote examinierter Pflegekräfte (3 Jahre)	85%	83%	nicht erfüllt	90%	Personalstatistik
1. Bestmögliche Patientenversorgung 4. Persönliches und fachliches Engagement 5. Zufriedenheit und Integration der Mitarbeiter	Hohe formale Qualifikation im Pflegedienst	Anteil der Mitarbeiter mit Fachweiterbildung Psychiatrie (Stellen)	8%	7%	nicht erfüllt	8%	Personalstatistik
1. Bestmögliche Patientenversorgung 4. Persönliches und fachliches Engagement 5. Zufriedenheit und Integration der Mitarbeiter	Flächendeckende jährliche Schulung Notfallkoffer	Quote der jährlich zu schulenden Mitarbeiter (Pflegedienst, Ärzte)	75%	58%	nicht erfüllt	75%	Abgleich Teilnehmerliste mit Personaliste
1. Bestmögliche Patientenversorgung 4. Persönliches und fachliches Engagement 5. Zufriedenheit und Integration der Mitarbeiter	Flächendeckende jährliche Schulung Erste Hilfe	Quote der jährlich zu schulenden Mitarbeiter (alle Mitarbeiter)	75%	72%	nicht erfüllt	75%	Abgleich Teilnehmerliste mit Personaliste
1. Bestmögliche Patientenversorgung 4. Persönliches und fachliches Engagement 5. Zufriedenheit und Integration der Mitarbeiter	Jährliche Pflichtfortbildung (§42/43 IfSG) in Hygienemaßnahmen	Quote der relevanten jährlich eingewiesenen Mitarbeiter (Küche und Service)	75%	88%	erfüllt	90%	Abgleich Teilnehmerliste mit Personaliste
1. Bestmögliche Patientenversorgung 4. Persönliches und fachliches Engagement 5. Zufriedenheit und Integration der Mitarbeiter	Jährliche Fortbildungsmaßnahmen in Hygiene	Quote der jährlich zu schulenden Mitarbeiter	75%	76%	erfüllt	80%	Abgleich Teilnehmerliste mit Personaliste
1. Bestmögliche Patientenversorgung 4. Persönliches und fachliches Engagement 5. Zufriedenheit und Integration der Mitarbeiter	Flächendeckende jährliche Schulung Deeskalation	Quote der jährlich zu schulenden Mitarbeiter	60%	59%	nicht erfüllt	60%	Abgleich Teilnehmerliste mit Personaliste
3. Individualität durch Planung 5. Zufriedenheit und Integration der Mitarbeiter	Möglichst geringe Anzahl an Arbeitsunfällen	Anzahl Arbeitsunfälle (Nicht-Wegeunfälle) in Bezug zu Mitarbeiterzahl (inkl. Verbändbuch)	<7%	3%	erfüllt	<5%	Unfallstatistik
5. Zufriedenheit und Integration der Mitarbeiter	Qualitativ und quantitativ gute Beteiligung der Mitarbeiter am Vorschlagswesen (viele brauchbare Vorschläge)	Anteil angenommener Mitarbeiteranschläge	50%	62%	erfüllt	50%	Auswertung Vorschlagswesen
5. Zufriedenheit und Integration der Mitarbeiter	Fristgerechte Entscheidung über Vorschläge	Anteil von Vorschlägen, die innerhalb von 90 Tagen entschieden werden	90%	100,0%	erfüllt	90%	Auswertung Vorschlagswesen

Abb. 2: Auszug aus der Qualitätszielmatrix, Stand Ende 2008

Die kontinuierliche Fortführung der Qualitätszielmatrix ist Aufgabe der Steuerungsgruppe. In diesem Rahmen tragen die Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) alle vorliegenden Auswertungsergebnisse (Ist-Werte) in der Matrix ein und führen die Wiedervorlage für die Termine der nächsten geplanten Qualitätsmessungen. Grundsätzlich beträgt das Messintervall ein Jahr. Bei einigen Qualitätszielen sind abweichende Messintervalle vorgesehen. So kann einerseits zeitnah abgeglichen werden, ob das Qualitätsniveau den internen Vorgaben entspricht, um bei Abweichungen schnell Gegenmaßnahmen einleiten zu können. Andererseits sind bei aufwändigen Messungen sowie Themen, bei denen Verbesserungsmaßnahmen eher mittelfristig greifen, längere Zeitintervalle definiert, z.B. Mitarbeiterbefragung, Einweiserbefragung.

Hauptaspekt der kontinuierlichen Arbeit der Steuerungsgruppe ist es, Maßnahmen abzuleiten, sofern vorliegende Messergebnisse nicht innerhalb der festgelegten Zielwerte liegen.

Darüber hinaus überprüft die Steuerungsgruppe 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 entsprechende Messinstrument valide Ergebnisse generiert und ob der „richtige“ Qualitätsindikator sowie die entscheidenden Qualitätsziele ausgewählt wurden. Bei Bedarf werden weitere Qualitätsziele ergänzt bzw. angepasst.

Die bereichsübergreifende Qualitätszielmatrix ist (inklusive Anmerkungen der Steuerungsgruppe) Bestandteil des Intranets und steht somit allen Mitarbeitern zur Verfügung. Weiterhin werden beispielhaft einzelne Qualitätsziele sowie deren Ergebnisse durch die QMB in der Mitarbeiterzeitschrift BITZ vorgestellt.

## D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Im April 2008 wurden die QM-Strukturen dahingehend optimiert, dass statt einem Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) mit 50%-iger Freistellung nun zwei Mitarbeiter (leitende Oberärztin mit 40%-iger Freistellung und stellv. PDL mit 20%-iger Freistellung) zusammen als QMB beauftragt wurden. Hierdurch wurden die QM-Ressourcen aufgestockt, berufsgruppenübergreifend besetzt und es ist eine gegenseitige Vertretung möglich.

Das Qualitätsmanagement der Klinik ist in diversen Funktionen und Gremien organisiert, um eine effektive Entscheidungsfindung, effiziente Arbeitsweise und einen optimalen Informationsfluss gewährleisten zu können. Die QM-Aufbauorganisation stellt sich derzeit wie folgt dar:

Abb. 1: QM-Organigramm

### **Geschäftsführung**

Im Familienunternehmen Dr. von Ehrenwall'sche Klinik ist der Geschäftsführer eng in das Qualitätsmanagement eingebunden. Er trägt nicht nur die Verantwortung für die Festlegung der Qualitätsmanagementstrukturen sowie der entsprechenden personellen und finanziellen Ressourcen, sondern ist u.a. als Projektleiter und -teilnehmer in der praktischen QM-Arbeit aktiv. Als Mitglied der Steuerungsgruppe ist er zudem an der operativen Entscheidungsfindung kontinuierlich beteiligt.

### **Steuerungsgruppe**

Die Steuerungsgruppe besteht aus der Klinikleitung (Geschäftsführer/Ärztlicher Direktor, Chefärztin, Direktionsassistentin, Pflegedienstleitung) und den QMB's. Sie ist das Gremium zur Koordination QM-relevanter Entscheidungen und tagt mindestens einmal monatlich. Sie erarbeitet Qualitätsgrundsätze und -ziele und ist mit den erforderlichen Maßnahmen zur Zielerreichung und -überprüfung befasst. Der Steuerungsgruppe obliegt die Koordination und Weiterentwicklung der zentralen Instrumente des Qualitätsmanagement-Systems (Klinikhandbuch, Audits, Befragungen, Beschwerdewesen, Kommunikationswesen). Weiter erfolgt in der Steuerungsgruppe das Pro-

jektmanagement sowie ein regelmäßiges Projekt- und Maßnahmencontrolling (siehe D5).

### **Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB)**

Die beiden QMB's sind für die operative QM-Arbeit qualifiziert und zuständig. Sie koordinieren in Abstimmung mit der Geschäftsführung und der Steuerungsgruppe alle qualitätssichernden Maßnahmen sowie die interne und externe Kommunikation QM-relevanter Inhalte.

Aufgaben der QM-Beauftragten sind u.a.:

- Pflege und Weiterentwicklung des QM-Konzepts, inkl. Koordination der Sammlung qualitätsrelevanter Daten
- Koordination der Arbeit mit Qualitätszielen und Unterstützung bei der Entwicklung geeigneter Kennzahlen
- Koordination und Begleitung der QM-Projekte und -Maßnahmen
- Projektcontrolling und Bericht an die Steuerungsgruppe
- Pflege und Weiterentwicklung des Klinikhandbuchs im Intranet
- Koordination der klinikinternen Kommunikation von Projektergebnissen und Auswertungen
- Vorsitz von Gremien (Steuerungsgruppe, Multiplikatorentreffen, eigene QM-Projekte)
- Betreuung und Training der QM-Multiplikatoren
- Vorbereitung und Durchführung Interner Audits, seit 2009 auch zusammen mit einem QM-Multiplikator als Co-Auditor
- Vorbereitung und Moderation von Managementbewertungen
- Erstellung des gesetzlichen Qualitätsberichts
- Koordination der externen Qualitätssicherung
- Koordination und Vorbereitung von Re-Zertifizierungen

### **QM-Multiplikatoren**

Aus jeder Abteilung sind ein bis zwei Mitarbeiter als QM-Multiplikatoren benannt und qualifiziert, insgesamt besteht das Multiplikatorenteam aus 20-25 Mitarbeitern. Die Multiplikatoren kommunizieren Projektergebnisse, vermitteln die Qualitätsphilosophie und -ziele und dienen als Ansprechpartner sowohl für die 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. Seit Ende 2008 nehmen die Multiplikatoren nach entsprechender Schulung auf freiwilliger Basis als Co-Auditoren an Internen Audits teil.

### **Arbeitsgruppen und Projektgruppen**

Für umfangreiche, QM-relevante Problemstellungen werden berufsgruppenübergreifende **Projektgruppen** eingerichtet, die entsprechend einer definierten Zielsetzung in einem abgestimmten Zeitraum Lösungsvorschläge erarbeiten sollen. Die Projektleiter sind verantwortlich für die Einhaltung der mit den QMB's abgestimmten Meilensteinplanung. Projektzwischenstände und -ergebnisse werden über die QMB's an die Steuerungsgruppe berichtet bzw. bei Abklärungsbedarf direkt in der Steuerungsgruppe vorgestellt.

**Arbeitsgruppen** sind für definierte Aufgabengebiete zeitlich unbefristet zuständig und können sich ggf. aus einer Projektgruppe ergeben. Die Arbeitsgruppen berichten entweder direkt oder über die QMB's dem Geschäftsführer mindestens einmal jährlich in aggregierter Form (z.B. anhand von Auswertungen) über ihre Arbeit.

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 der QM-Beauftragten enthalten. Arbeitsweise, Zusammensetzung und Beschlussfassung sämtlicher Gremien und Arbeitsgruppen sind in Geschäftsordnungen geregelt, die im Klinikhandbuch allen Mitarbeitern zugänglich sind.

## D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

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

### 1. Befragungen

Folgende Befragungen sind etabliert:

Befragung	Turnus	Verantwortlich
Patientenbefragung	kontinuierlich	Direktionsassistentin
Patientenbefragung PIA	2 Jahre	Stationsleitung PIA
Einweiserbefragung	3 Jahre	Aufnahmemanagement
Mitarbeiterbefragung	3 Jahre	Direktionsassistentin
Therapiezielevaluation	kontinuierlich	Leitende Psychologin

### Kontinuierliche Patientenbefragung

Alle Patienten erhalten den 3-seitigen Fragebogen und füllen diesen am Ende ihres Klinikaufenthaltes auf freiwilliger Basis anonym aus. Die Fragebögen werden kontinuierlich bezüglich der Patientenkommentare von der Direktionsassistentin und dem Geschäftsführer gesichtet, um bei Handlungsbedarf zeitnah reagieren zu können. Darüber hinaus wertet der EDV-Leiter die Zufriedenheitsbewertungen halbjährlich statistisch aus und erstellt einen Ergebnisbericht, der in der Steuerungsgruppe diskutiert wird, um grundsätzliche Verbesserungspotenziale zu erkennen und umzusetzen.

Im Folgenden sind die einzelnen Zufriedenheitswerte für 2008 den Werten von 2006 themenweise gegenübergestellt:

	2006	2008
<b>I. Information und Aufnahme</b>		
Informationsmaterial	2,00	1,94
persönliche Beratung vor der Ankunft	1,75	1,77
Informationsgehalt Internetseite	2,00	1,95
Aufnahmevorgang	1,70	1,67
Einführungsveranstaltung (Patientenbegrüßung)	1,76	1,83
Service der Mitarbeiter am Empfang	1,58	1,52
Abwicklung von Formalitäten durch die Verwaltung	1,59	1,58
Beschilderung und Orientierung in der Klinik	1,78	1,74

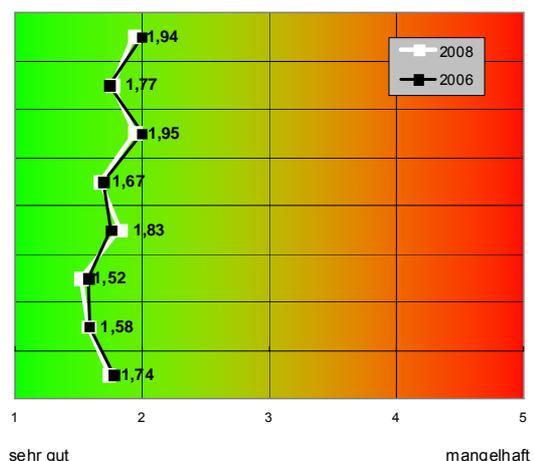


Abb. 1: Zufriedenheitswerte für den Themenblock "Information und Aufnahme"

## Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

II. Betreuung durch	2006	2008
Arzt	1,62	1,69
Pflegedienst	1,57	1,52
Bezugspflege	1,68	1,60
Einzeltherapeut	1,61	1,47
psychotherapeutische Gruppe	1,92	1,74
Tanztherapie	1,61	1,48
Ergotherapie	1,87	1,74
Hochseilgarten	1,43	1,33
Kunsttherapie	1,52	1,76
Sporttherapie	1,63	1,55
physikalische Therapie	1,57	1,59
Physiotherapie/Krankengymnastik	1,42	1,39
Sozialdienst	1,72	1,62
Reinigungsdienst	1,46	1,53

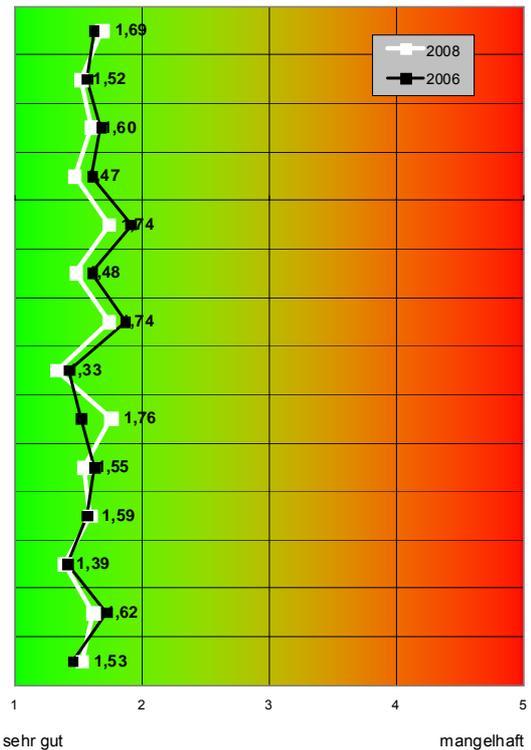


Abb. 2: Zufriedenheitswerte für den Themenblock "Betreuung"

III. Nutzen/Beitrag für den Therapieerfolg durch	2006	2008
ärztlich-medizinische Behandlung	1,73	1,79
Pflegedienst	1,77	1,73
Bezugspflege	1,84	1,73
Einzeltherapeut	1,45	1,49
psychotherapeutische Gruppe	2,03	1,70
Tanztherapie	1,57	1,67
Ergotherapie	1,92	1,82
Hochseilgarten	1,38	1,52
Kunsttherapie	1,61	1,79
Sporttherapie	1,65	1,66
physikalische Therapie		1,72
Physiotherapie/Krankengymnastik	1,55	1,55
Sozialdienst	1,87	1,73
Therapieerfolg insgesamt	2,11	2,19

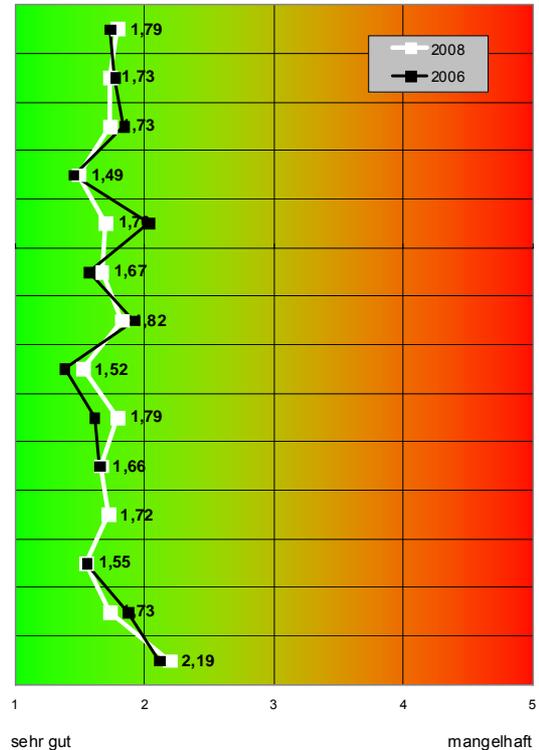


Abb. 3: Zufriedenheitswerte für den Themenblock "Nutzen / Beitrag für den Therapieerfolg"

## Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

IV. Organisation der Behandlung	2006	2008
Möglichkeit der Klärung von Fragen und Anliegen während den Visiten		1,88
individueller Therapieplan	2,07	2,10
Bekanntgabe der Visitenzeiten		1,75
Zusammenarbeit des Behandlungsteams untereinander	1,87	1,76
Freizeitangebote	2,37	2,35
Ablauf der Terminkoordination	2,40	2,44
Vorbereitung auf Entlassung	2,26	2,13
Entlassungsgespräch	2,00	1,83

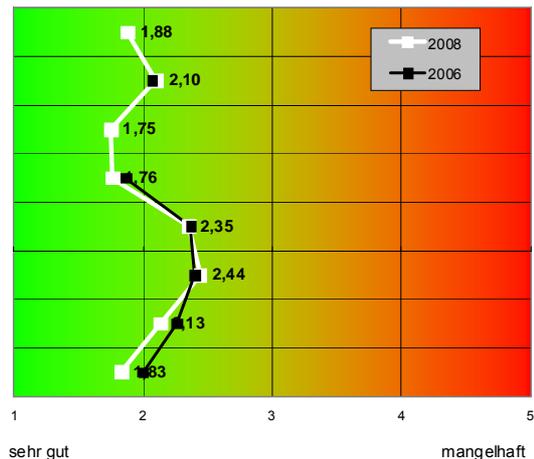


Abb. 4: Zufriedenheitswerte für den Themenblock "Organisation der Behandlung"

V. Räumlichkeiten und Verpflegung	2006	2008
Größe Patientenzimmer	1,40	1,34
Ausstattung Patientenzimmer	1,70	1,64
Sauberkeit Patientenzimmer	1,42	1,48
Ausstattung Gesellschafts- und Aufenthaltsräume	1,91	2,09
Sauberkeit Gesellschafts- und Aufenthaltsräume	1,54	1,57
Anzahl Gesellschafts- und Aufenthaltsräume	1,94	2,23
Frühstück Geschmack	1,32	1,38
Frühstück Abwechslung	1,64	1,70
Mittagessen Geschmack	1,44	1,48
Mittagessen Abwechslung	1,50	1,63
Abendessen Geschmack	1,51	1,57
Abendessen Abwechslung	1,73	1,75
Service im Speisesaal	1,44	1,35

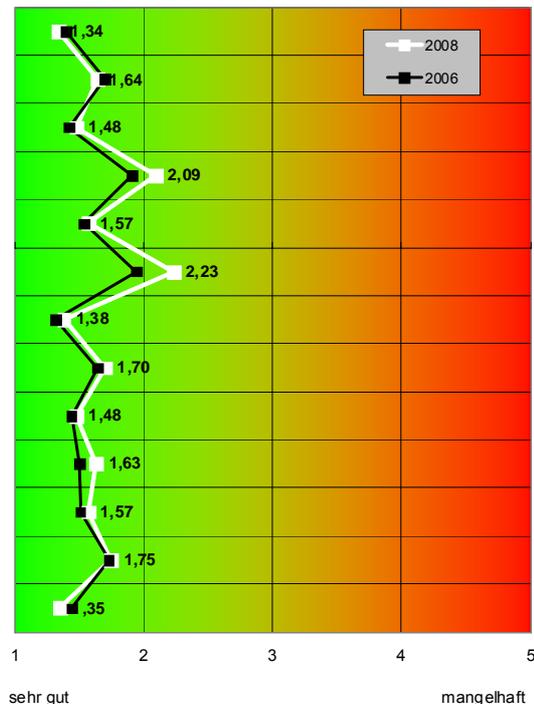


Abb. 5: Zufriedenheitswerte für den Themenblock "Räumlichkeiten und Verpflegung"

Hinweis: Da der Fragebogen Ende 2007 überarbeitet wurde, fehlen einzelne Vergleichswerte aus 2006. Der Übersichtlichkeit wegen sind in den Grafiken nur die Kurven für 2008 mit den entsprechenden Werten versehen.

Insgesamt liegen die Werte für 2006 und 2008 sehr eng beieinander, wobei sich kein eindeutiger Trend erkennen lässt. Insbesondere im Themenblock "Betreuung" ist eine leichte Verbesserung der an sich schon durchweg sehr guten Werte zu verzeichnen. Lediglich im Themenblock "Organisation der Behandlung" liegt die Hälfte der Werte zwischen 2 und 2,5. Die Zufriedenheit mit der Koordination der therapeutischen Termine wird mit einem Wert von 2,44 von den befragten Patienten am kritischsten gesehen. Anlass genug für uns, Anfang 2008 das Projekt "Terminkoordina-

tion“ zu initiieren, das bis heute sehr aktiv an Verbesserungslösungen arbeitet (vgl. D5.).

**Patientenbefragung in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)**

Im 4. Quartal 2008 haben wir erstmalig eine Patientenbefragung in der PIA durchgeführt. Hieran haben sich 82 Patienten beteiligt, was einer Rücklaufquote von 88,2% entspricht. Zukünftig soll diese Befragung jährlich jeweils für 3 Monate durchgeführt werden.

89,9% der befragten Patienten wollen die PIA weiterempfehlen. Die Gesamtzufriedenheit wurde im Durchschnitt mit 1,82 bewertet. Die Verteilung der Bewertung stellt sich wie folgt dar:

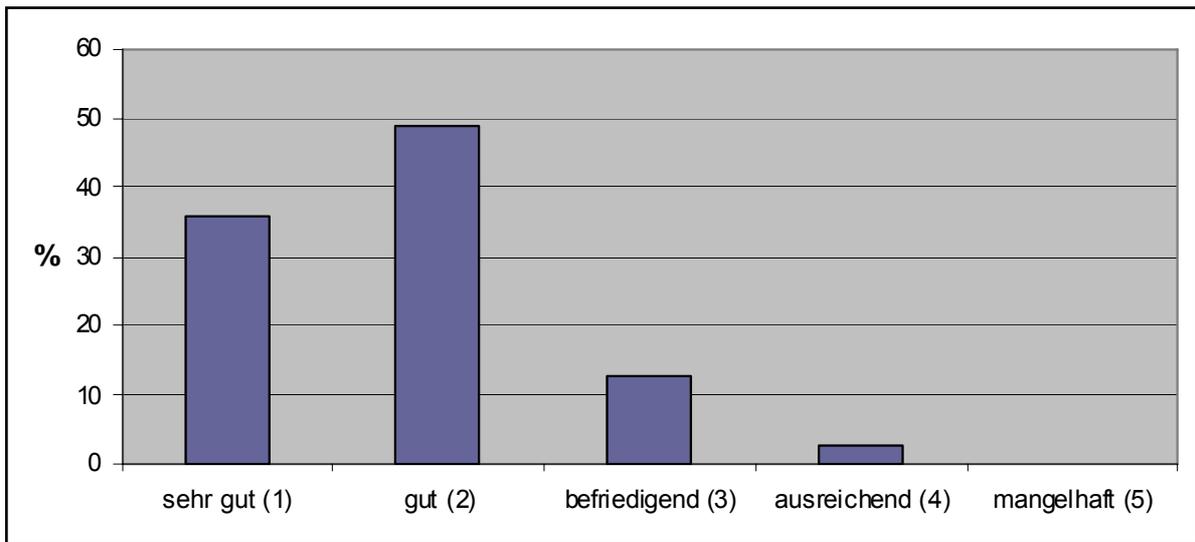


Abb. 6: Verteilung Gesamtzufriedenheit PIA

Die Zufriedenheitswerte für die 25 Einzelfragen sind im Folgenden dargestellt:

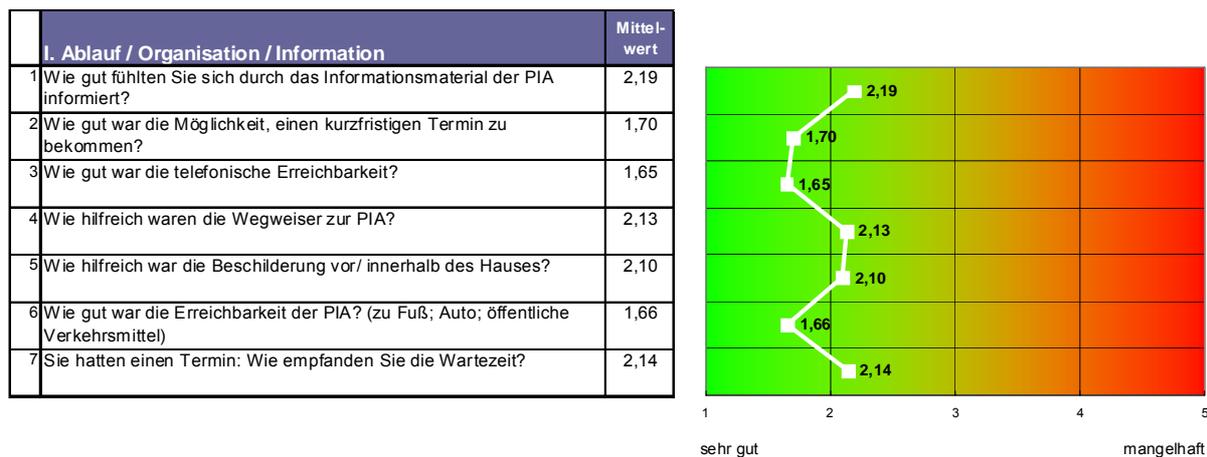


Abb. 7: Zufriedenheitswerte für den Themenblock “Ablauf / Organisation / Information”

## Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

II. Patienten Anmeldung PIA		Mittelwert
1	Wie war der Empfang im Sekretariat?	1,60
2	Wie zufrieden waren Sie mit der Abwicklung der Formalitäten im Sekretariat?	1,60
3	Wie war die Freundlichkeit im Sekretariat?	1,55
4	Wie gut wurden Sie im Sekretariat über die Abläufe informiert?	1,82

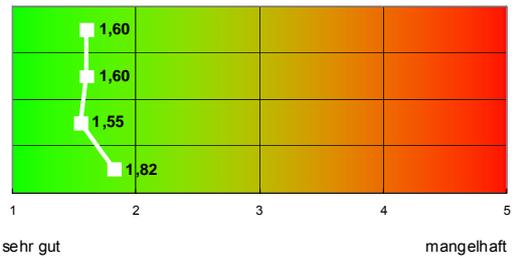


Abb. 8: Zufriedenheitswerte für den Themenblock "Patientenanmeldung"

III. Fachliche Betreuung		Mittelwert
1	Wie war die Freundlichkeit der/des behandelnden Ärztin/Arzt?	1,72
2	Wie war die Freundlichkeit der/des betreuenden Schwester/Pflegers?	1,26
3	Wie empfanden Sie die Qualität der Behandlung durch die Ärztin/den Arzt?	1,95
4	Wie empfanden Sie die Qualität der Betreuung durch die Schwestern/den Pfleger?	1,51
5	Wie gut wurden Sie von der Ärztin/dem Arzt über Ihre Krankheit bzw. über die Behandlung aufgeklärt?	2,08
6	Wie empfanden Sie die zur Verfügung stehende Zeit für die Behandlung bzw. das ärztliche Gespräch?	2,14
7	Falls Sie einen Termin beim Sozialdienst hatten: Wie zufrieden waren sie mit der Hilfestellung?	1,96
8	Falls Sie in der Körpertherapiegruppe waren: Wie bewerten Sie den Nutzen für Ihren Therapieerfolg?	2,03
9	Wie beurteilen Sie das Angebot an Broschüren, das Sie erhalten haben?	2,41

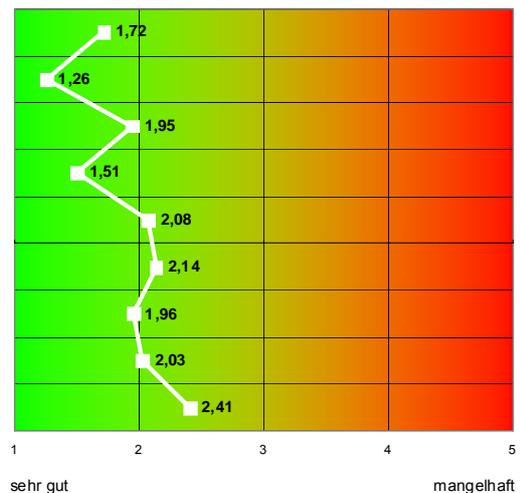


Abb. 9: Zufriedenheitswerte für den Themenblock "Fachliche Betreuung"

IV. Räume und Ausstattung		Mittelwert
1	Wie empfanden Sie die Wartezone?	2,92
2	Wie empfanden Sie die Behandlungsräume der Ambulanz?	1,96
3	Wie empfanden Sie Sauberkeit und Hygiene in der Ambulanz?	1,58
4	Wie empfanden Sie die sanitäre Ausstattung?	2,24
5	Wie empfanden Sie die räumlichen Gegebenheiten insgesamt?	2,16

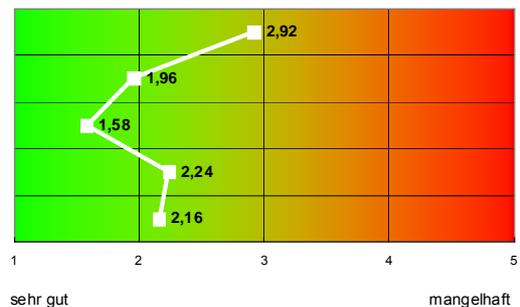


Abb. 10: Zufriedenheitswerte für den Themenblock "Räume und Ausstattung"

Bis auf den Zufriedenheitswert für die Wartezone sind alle Werte im "grünen Bereich", d.h. besser als 2,5. Gleichwohl haben wir aufgrund der gestiegenen Nachfrage im Oktober 2008 die ärztliche Besetzung der PIA um eine halbe Facharztstelle erweitert. Für Ende 2009 ist geplant, die Räumlichkeiten der PIA zu erweitern und einen neuen Wartebereich einzurichten.

### Einweiserbefragung

Alle 3 Jahre führen wir in Zusammenarbeit mit einem externen Beratungsinstitut eine bundesweite Einweiserbefragung durch. Ende 2008 haben wir 297 Einweiser angeschrieben, von denen 109 geantwortet haben, was einer Rücklaufquote von 37% entspricht.

Die Gesamtzufriedenheit und Weiterempfehlungsabsicht bilden sich für die Jahre 2006 und 2008 folgendermaßen ab:

Globalzufriedenheit

Werden Sie uns an Ihre  
Fachkollegen weiterempfehlen?

Würden Sie aus heutiger Sicht Ihre  
bisher bei uns eingewiesenen  
Patienten noch einmal dort einweisen?

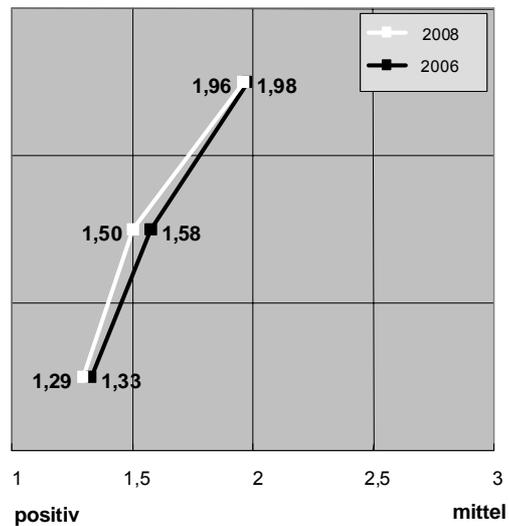


Abb. 11: Gesamtzufriedenheit und Weiterempfehlungsabsicht Einweiserbefragung

Hinweis: Aus Gründen der Übersichtlichkeit ist die 5-stufige Bewertungsskala für den Bereich 1-3 bzw. 1-4 dargestellt, da sich die Werte (bis auf 2) im positiven Bereich bewegen.

Die Zufriedenheitswerte für die 27 Einzelfragen sind im Folgenden für die beiden letzten Befragungen dargestellt:

**Behandlungsbezogener Dialog:**

- Wertschätzung der Fachkompetenz des Einweisers
- Verwendung von Vorbefunden d. Einweisers
- Informationen über den Behandlungsverlauf während des stat. Aufenthaltes
- Schnelle Zusendung des Kurzarztbriefes
- Qualität des Kurzarztbriefes
- Schnelle Zusendung d. Entlassungsberichts
- Qualität des Entlassungsberichts
- Rückkehr des (Privat-)pat. in die Praxis bei notwendiger ambul. Weiterbehandlung

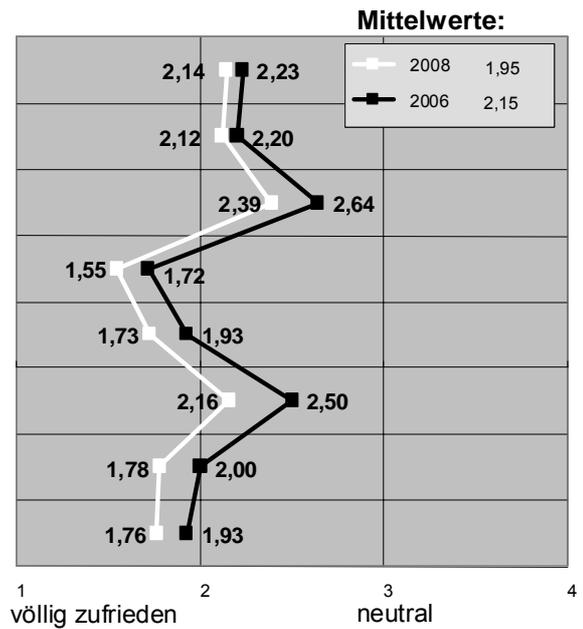


Abb. 12: Zufriedenheitswerte für den Themenblock “Behandlungsbezogener Dialog”

**Allgemeiner Dialog:**

Persönliche Kontaktpflege durch die  
Chefärzte der Klinik

Erreichbarkeit der konkreten  
Ansprechpartner (behandelnde Ärzte,  
Station)

Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der  
ärztlichen Ansprechpartner

Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der  
sonstigen Ansprechpartner (z.B.  
Aufnahmebüro)

Angebot an Fortbildungsveranstaltungen

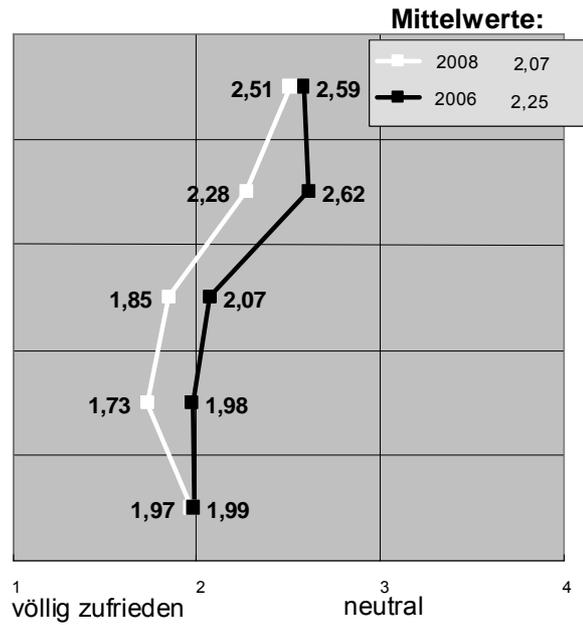


Abb. 13: Zufriedenheitswerte für den Themenblock "Allgemeiner Dialog"



**Allgemeine Patientenversorgung:**

- Kurzfristige Bettenverfügbarkeit
- Flexibilität bei dringenden Fällen
- Hotel- und Serviceleistungen
- Eingehen auf Wünsche, Ängste, Fragen d. Patienten
- Allgemeine Verfassung des Patienten bei der Entlassung
- Umsetzung der Patientenorientierung in allen Bereichen (Qualitätsmanagement)

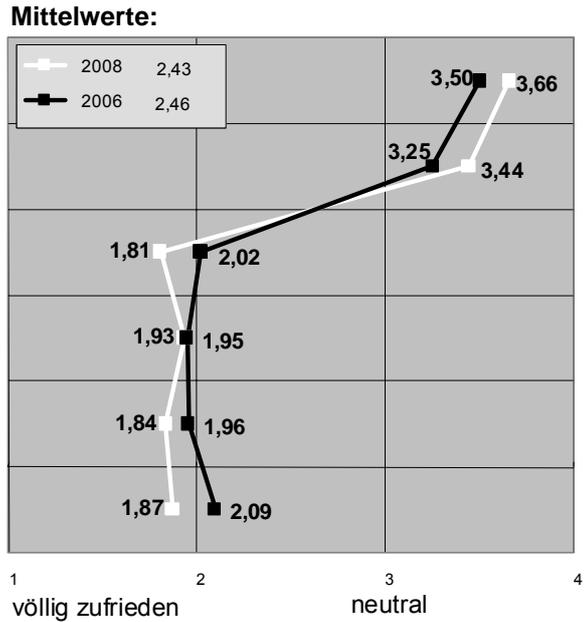


Abb. 15: Zufriedenheitswerte für den Themenblock "Allgemeine Patientenversorgung"

Insgesamt ergibt sich ein erfreulich positiver Trend, da bis auf zwei Fragestellungen die Ergebnisse durchweg besser waren als die bereits guten Ergebnisse des Jahres 2006.

Die Auswertung wurde in verschiedenen Gremien der Klinik vorgestellt und diskutiert und ist im Intranet allen Mitarbeitern ersichtlich. Die Einweiser wurden schriftlich informiert, dass die Ergebnisse auf der Website der Klinik abrufbar sind.

**Mitarbeiterbefragung**

Mitarbeiterbefragungen führen wir alle 3 Jahre gemeinsam mit einem externen Dienstleister durch, u.a. um die erforderliche Anonymität zu gewährleisten. Der 6-seitige Fragebogen erhebt anhand von über 70 Fragen differenziert die Zufriedenheit

und Meinung der Mitarbeiter. Die Ergebnisse werden nach Auswertung vom externen Berater in mehreren Veranstaltungen allen interessierten Mitarbeitern vorgestellt, im Intranet allen Mitarbeitern zugänglich gemacht und anschließend durch den Geschäftsführer mit den Bereichen hinsichtlich Verbesserungspotenzialen analysiert.

Die letzte Befragung fand 2006 statt und liegt somit außerhalb des Berichtszeitraums. Die Befragung 2009 wird aktuell durchgeführt. Dabei wurde der Fragebogen um weitere Aspekte des Qualitäts- und Risikomanagements erweitert.

### **Therapie(ziel)evaluation**

Seit 2007 führen wir eine fragebogengestützte Therapiezielevaluation durch, anhand der die Bezugstherapeuten gemeinsam mit den Patienten abgleichen, inwieweit die vereinbarten Therapieziele im Laufe der Behandlung erreicht wurden. Die Erfassung des Erreichens der Therapieziele dient als Grundlage, den Therapieerfolg insgesamt bewerten zu können (Skala 1-5).

<b>Therapieerfolg</b>	<b>Einschätzung Patienten</b>	<b>Einschätzung Therapeut</b>
Note 1	19,9 %	14,5 %
Note 2	41,8 %	45,4 %
Note 3	27,4 %	25,7 %
Note 4	8,7 %	10,8 %
Note 5	2,2 %	3,6 %

Im Jahr 2008 liegt für 493 Patienten eine Bewertung des Therapieerfolgs vor. 61,7 % der Patienten benoten ihren Therapieerfolg mit "gut" oder "sehr gut", was ungefähr der Einschätzung der Therapeuten entspricht.

### **2. Begehungen / Interne Audits**

Begehungen finden insbesondere in denjenigen Bereichen statt, in denen gesetzliche Auflagen erfüllt sein müssen und eine Inaugenscheinnahme zur Beurteilung am besten geeignet ist.

Die Ergebnisse einer Begehung werden vom Begehenden protokolliert und mit dem Verantwortlichen des begangenen Bereichs besprochen. Dabei werden bei Bedarf Verbesserungsmaßnahmen vereinbart und der Begehende führt eine Wiedervorlage für deren Abarbeitung. Spätestens bei der Folgebegehung wird die Umsetzung der beschlossenen Maßnahmen überprüft und im Protokoll vermerkt.

Folgende Begehungen sind vorgesehen:

Begehung	Verantwortlich
Arbeitsschutzbegehung	Sicherheitsbeauftragter
Hygienebegehung	Externe Hygienefachkraft/ Hygienebeauftragte Ärztin
Brandschutzbegehung	Brandschutzbeauftragter
Apothekenbegehung	Pflegedienstleitung, externer Apotheker
Medizinproduktebegehung	Medizinproduktebeauftragter
Patientensicherheitsbegehungen	Direktionsassistentin
Datenschutzbegehungen	Datenschutzbeauftragter
Interne Audits (QM-Begehung)	QMB

### Interne Audits

Die als Interne Auditoren qualifizierten QMB's legen seit 2008 in Abstimmung mit der Steuerungsgruppe anhand eines Auditsplans jährlich fest, welche Bereiche wann durch wen auditiert werden sollen. Grundsätzlich soll jeder Bereich einmal pro Jahr auditiert werden. Ab 2009 sind darüber hinaus Prozessaudits geplant.

In der Regel werden die Audits von beiden QM-Beauftragten gemeinsam durchgeführt, wobei ab 2009 geschulte QM-Multiplikatoren bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung mit einbezogen werden. Die QMB's besprechen die Ergebnisse anhand des Auditprotokolls mit der betroffenen Bereichsleitung und leiten erforderliche Verbesserungsmaßnahmen ab. Die entsprechend ergänzten Auditprotokolle stellen die QMB's im Anschluss der Steuerungsgruppe zur Verfügung.

### 3. Statistische Auswertungen

Statistische Auswertungen erstellen wir, um durch die Zusammenfassung von Daten weitere Analysemöglichkeiten für Verbesserungen zu erhalten. In einem zweiten Schritt können die Ergebnisse verschiedener Bereiche einander gegenüber gestellt oder Trends im Zeitvergleich aufgezeigt werden. Folgende Statistiken nutzen wir u. a. zur internen Qualitätssicherung:

Statistik	Verantwortlich
Patientenbeschwerdemanagement	Direktionsassistentin
Mitarbeiterbeschwerdemanagement	Direktionsassistentin
Vorschlagswesen	Direktionsassistentin
Kritische Ereignisse (CIRS): Komplikationen, (Beinahe-)Vorkommnisse, sicherheitsrelevante Fehler	Arbeitsgruppe Notfall- und Risikomanagement / Ltd. Oberärztin
Nosokomiale Infektionen	Hygienebeauftragte Ärztin/ Hygienefachkraft
Diagnosestatistik	EDV
Todesfallstatistik	Direktionsassistentin
Teilnahme an Pflichtfortbildungen	Beauftragte der entsprechenden Themen
Qualität Dokumentation von Patientendaten („Dokucheck“)	QMB
Entlassungsbriefdauer	Chefarztsekretariat II
Statistik Aktenentnahme aus Archiv	Archiv
Arbeitsunfälle	Sicherheitsbeauftragter
Personalwirtschaftliche Kennzahlen	Direktionsassistentin

Die Mehrheit dieser Statistiken liefern die Messergebnisse (Ist-Werte) für die von der Steuerungsgruppe definierten Qualitätsziele (siehe D2).

Im Folgenden stellen wir ausgewählte Messinstrumente sowie deren Ergebnisse für 2008 detailliert dar:

### Beschwerdemanagement für Patienten und Dritte

Patienten, Angehörige und sonstige Dritte haben die Möglichkeit, Beschwerden persönlich, telefonisch und schriftlich (formlos oder formulargestützt) zu äußern. Zentraler Ansprechpartner bei Beschwerden ist die Direktionsassistentin, die auch für das Sichten und Bearbeiten der Beschwerdebögen zuständig ist. Nach Rücksprache mit Beteiligten und Verantwortlichen erhält der Beschwerdeführer innerhalb einer Frist von 7 Tagen eine schriftliche Rückmeldung, ggf. einen Zwischenbescheid.

2008 wurden 155 Beschwerden eingereicht, was für uns ein Zeichen für ein lebendiges Beschwerdemanagement und damit eine beschwerdestimulierende Kultur ist. Weiteres Indiz dafür ist, dass lediglich 16% der Beschwerden anonym geäußert wurden. Knapp 80% der eingereichten Beschwerden konnten innerhalb der Frist bearbeitet werden.

Der Status der Beschwerdebearbeitung ist im Folgenden dargestellt:

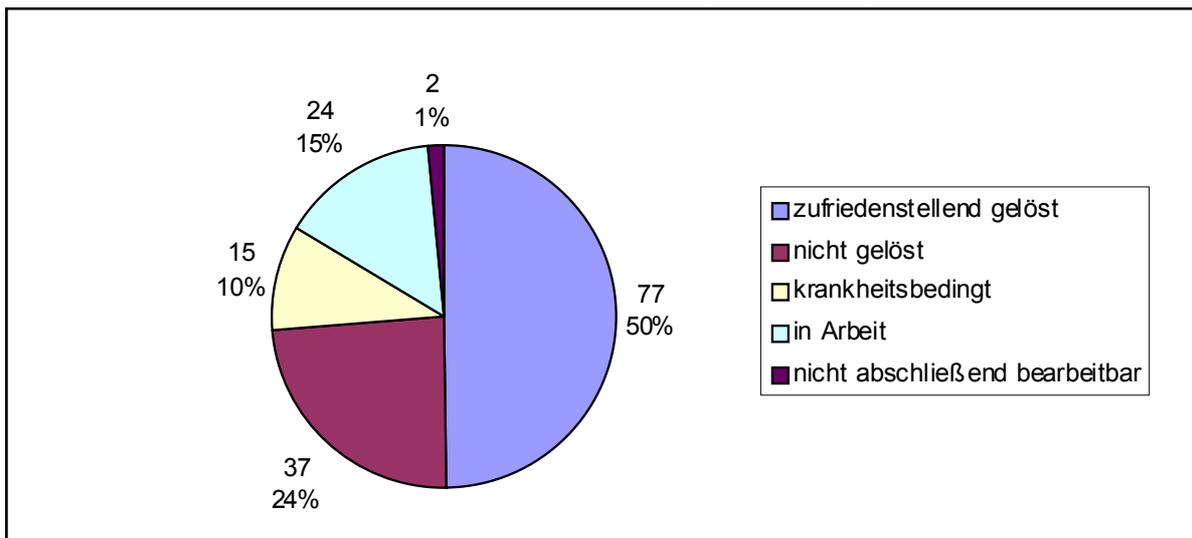


Abb. 16: Status der Beschwerdebearbeitung

Im Zuge der Rückmeldung an den Beschwerdeführer wird erhoben, inwieweit die Beschwerde für ihn zufriedenstellend gelöst wurde. Lediglich bei den anonymen Beschwerden trifft die Beschwerdemanagerin diese Einschätzung. Die Hälfte der Beschwerden konnte bereits gelöst werden, wobei weitere 15% der Fälle noch in Bearbeitung sind, weil z.B. ein entsprechendes Projekt initiiert wurde. 10% der Beschwerden waren eindeutig auf die spezifischen Krankheitsbilder der Patienten zurückzuführen und werden demzufolge im Rahmen der Therapie aufgegriffen.

### Vorschlagswesen

Zielsetzung und Ablauf unseres Vorschlagswesens sind in der Verfahrensanweisung definiert. Mit dem Vorschlagswesen wird das kreative Potenzial unserer Mitarbeiter genutzt und der kontinuierliche Verbesserungsprozess durch ein integratives Instrument erweitert. Eine berufsgruppenübergreifende Arbeitsgruppe legt entscheidungs-

reif aufbereitete Vorschläge innerhalb einer Frist von 8 Wochen dem Geschäftsführer vor, der dann 4 Wochen für die Entscheidung hat. Nach Entscheidung benennt dieser entweder Umsetzungsschritte oder begründet seine Ablehnung gegenüber dem Einreicher.

2008 wurden 24 Vorschläge eingereicht, deren Status (Stand Juni 2009) sich wie folgt darstellt:

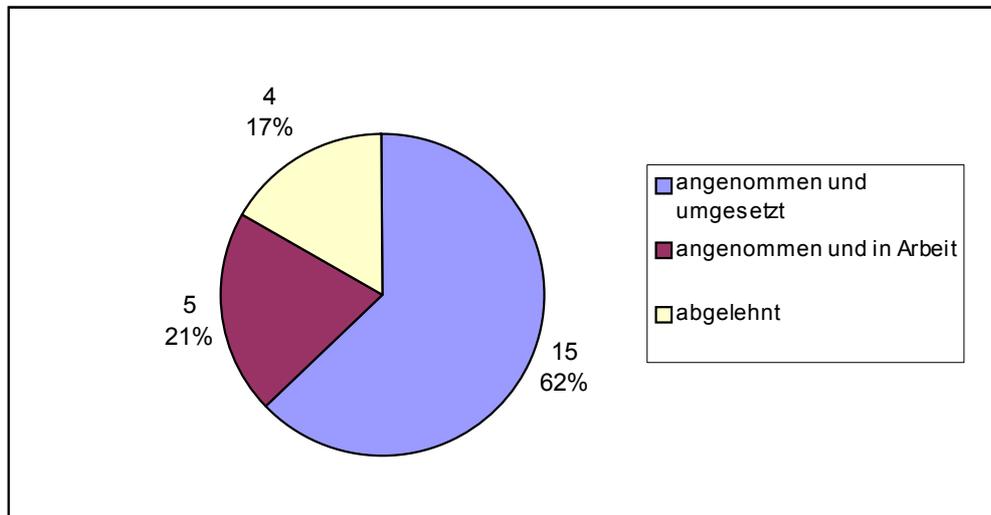


Abb.

17: Status des Vorschlagswesens

Während die Anzahl der eingegangenen Vorschläge hinter den Erwartungen zurück blieb, ist der Status des Vorschlagswesens mit 62% umgesetzter Vorschläge in einem gewünschten Rahmen. Weitere 21% der angenommenen Vorschläge befinden sich derzeit noch in Umsetzung. Der vergleichsweise geringe Anteil an abgelehnten Vorschlägen spricht auch für die Qualität der Vorschläge.

### Melde- und Auswertungssystem für kritische Ereignisse (CIRS)

Seit Ende 2006 haben wir ein Melde- und Auswertungssystem für kritische Ereignisse, d.h. Beinahe-Vorkommnisse, Vorkommnisse, Komplikationen und (sicherheitsrelevante) Fehler, aufgebaut. Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit, ggf. anonym, entsprechende Ereignisse formulargestützt zu erfassen und an die Arbeitsgemeinschaft Notfall- und Risikomanagement weiterzuleiten. Diese berufsgruppenübergreifende Arbeitsgemeinschaft wertet die Meldungen in mindestens monatlichen Sitzungen aus und schlägt Prophylaxemaßnahmen vor. Bei vorliegenden Kontaktdaten erhalten die Beteiligten im Anschluss an die Analyse eine persönliche Rückmeldung durch ein Mitglied der Arbeitsgruppe.

2008 wurden 46 Ereignisse gemeldet, von denen lediglich 8 anonym eingegangen sind. Dieser Anteil an anonymen Meldungen geht kontinuierlich zurück, was darauf schließen lässt, dass wir auf gutem Wege sind, eine offene und konstruktive Fehlerkultur aufzubauen. Häufiger genannte Themen waren: Medikamente, Dokumentation, aggressive Patienten und Alarmsysteme.

Mit Ausnahme einer Meldung haben alle Ereignisse zu mindestens einem Verbesserungsvorschlag seitens der Arbeitsgruppe geführt. Von diesen Vorschlägen wurden 4 abgelehnt, 18 angenommen und davon bereits 14 umgesetzt (Stand Juli 2009). Z.B.

wurde das Notrufsystem überarbeitet, Walkie-Talkies angeschafft und ein Deeskalationsmanagement etabliert.

**Dokumentationsqualität von Patientendaten (“Dokucheck”)**

Wir überprüfen die ärztliche 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 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:

	1. Halbjahr 2008	2. Halbjahr 2008
Anzahl geprüfter Akten	52	52
Ärztliche Dokumentationsqualität	87%	91%
Pflegerische Dokumentationsqualität	87%	91%

Angegeben sind die Mittelwerte der erreichten Punkte in Bezug zu den maximal möglichen Punkten. Diese Mittelwerte entsprechen der Bewertung “gut”. Insgesamt ergibt sich sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich ein leicht positiver Trend auf hohem Niveau, weshalb die Größe der Stichprobe beibehalten wurde.

## D-5 Qualitätsmanagementprojekte

Das **Projektmanagement** in der Dr. Von Ehrenwall'schen Klinik umfasst die Projektplanung, -durchführung sowie ein Projektcontrolling:

### **Projektplanung**

Ausgangspunkt der Gesamt-Projektplanung ist eine Ist-Analyse (z.B. Auswertung des Visitationsberichts; zukünftig: zweijährliche Managementbewertung) und eine Priorisierung der entsprechenden Projekte durch die Steuerungsgruppe. Anstehende Projekte werden klinikintern kommuniziert, so dass sich interessierte Mitarbeiter für die Teilnahme bei den QMB's melden können. Für die einzelnen Projekte werden die Zielsetzung, der Projektleiter, die Projektmitglieder sowie eine grobe zeitliche Planung und erforderliche Ressourcen in der Steuerungsgruppe abgestimmt.

### **Projektdurchführung**

Der Projektleiter ist verantwortlich für die Projektdurchführung und stimmt zu Projektbeginn mit dem zuständigen QMB das Vorgehen im Projekt anhand einer Meilensteinplanung ab. Die Begleitung seitens der QMB umfasst eine regelmäßige Abstimmung mit dem Projektleiter bezüglich des Projektfortschrittes.

Projektergebnisse werden durch die Steuerungsgruppe geprüft und durch die Geschäftsführung freigegeben. Danach werden von der Steuerungsgruppe oder vom Projektleiter bzw. einem anderen Verantwortlichen entsprechende Umsetzungsschritte geplant und deren Realisierung ggf. von den QMB's begleitet.

### **Projektcontrolling**

Das Projektcontrolling umfasst das Gesamtprojektcontrolling für alle Projekte sowie das Controlling auf Einzelprojektebene. Letzteres erfolgt durch die QMB zusammen mit dem Projektleiter, ggf. anhand der Meilensteinplanung. In monatlichen Steuerungsgruppensitzungen berichten die QMB's über den Projektstand der ihnen zugeordneten Projekte.

Darüber hinaus erfolgt in der Steuerungsgruppe das Gesamtprojektcontrolling anhand der Übersicht aller Projekte, u.a. um den Zeitpunkt für die Initiierung neuer Projekte festlegen zu können und die Auslastung der Projektmitglieder erfassen zu können.

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:

### **Einführung eines Krankenhausinformationssystems (KIS)**

#### Ausgangslage/Problemstellung:

- Verwaltung EDV-gestützt
- Nicht alle Mitarbeiter haben Computerarbeitsplätze
- Archiv räumlich beengt, zukünftig nicht ausreichend
- Mehrarbeit durch Mehrfachdokumentation

- Vorhandene EDV-gestützte Daten können nicht arbeitsökonomisch genutzt werden
- Hohe Redundanz in der Dokumentation
- Übertragungsfehler durch handschriftliche Dokumentation, Unleserlichkeit

Zielsetzung:

- Optimale Nutzung bereits vorhandener Hard- und Software
- Ressourcenfreisetzung durch Vermeidung von Mehrarbeit und Redundanz
- Anbahnung einer EDV-gestützten Dokumentation von Patientendaten
- Digitale Archivierung
- EDV-gestützte Terminkoordination
- Digitale Arztbrief-Erstellung

Inhalte und Maßnahmen:

- Hospitationen in Kliniken, die bereits ein KIS eingeführt haben
- Überprüfung mehrerer Angebote im Hinblick auf bereits vorhandene Module
- Erstellung eines Finanzierungsplans
- Priorisierung der Einführung einzelner Module
- Einrichtung weiterer modulbezogener Projektgruppen, z.B. Terminkoordination, digitale Archivierung
- Schulung von Mitarbeitern zur Software-Anwendung
- Bauliche Veränderungen: Verlegung von Glasfaserkabeln zum schnelleren Datentransfer
- Installation weiterer Hardware, z.B. Computer für Psychologen

Erzielte Verbesserungen / Bewertung der Zielerreichung:

- Hauseigenes Programm zur Terminkoordination befindet sich im Probelauf
- Projektgruppe digitale Archivierung erarbeitet ein an die Bedürfnisse des Hauses angepasstes Konzept
- Optimierung des hauseigenen E-mail-Verkehrs
- Die optimierte Vernetzung wird von den Mitarbeitern als Arbeitserleichterung wahrgenommen
- Einführung EDV-gestützter Kurzarztbriefe (schnelle Erstellung, Lesbarkeit)
- Weiterbehandelnde Ärzte äussern sich positiv über die EDV-gestützten Kurzarztbriefe.
- Planungssicherheit im Ausbau des KIS

**Terminkoordination**

Ausgangslage/Problemstellung:

- Gehäufte Patientenbeschwerden über mangelnde Koordination
- Vergleichsweise kritischer Wert bei der kontinuierlichen Patientenbefragung
- Nicht nutzbare Therapieangebote wegen Überschneidungen
- Nicht ausgelastete Gruppentherapiekapazitäten
- gleichzeitig Wartezeiten durch volle Therapiegruppen

Zielsetzung:

- Termine (Einzel, Gruppen, Sport, Ergo, Visiten etc.) der Patienten sollen so koordiniert werden, dass es zu weniger Überschneidungen kommt.

- Patienten sollen einen Wochenstundenplan erhalten, auf dem ihre persönlichen Termine in der Übersicht erkennbar sind. Termine, die erst im Verlauf der Behandlung stattfinden, sollen bereits von Beginn an (mit Starttermin) im Stundenplan ersichtlich sein.
- Der Stundenplan soll von allen Berechtigten erstellt und wöchentlich aktualisiert werden. Hierzu sollen alle Beteiligte, die Patiententermine vergeben, auf die patientenbezogenen EDV-Stundenpläne Zugriff haben (Excel-Vorlage auf Laufwerk mit Zugriffsberechtigung, alternativ: Access-Datenbank).

#### Inhalte und Maßnahmen:

- Erstellung einer Übersicht aller angebotenen Gruppentherapien (unter Berücksichtigung sonstiger Termine wie Essenszeiten, Visiten, Sporttherapie), um Überschneidungspotenzial systematisch zu erkennen
- Abstimmung einzelner Verschiebungen von Gruppentherapiezeiten
- Definition von stationsgebundenen kombinierten Behandlungsangeboten
- Erarbeitung einer Prioritätenliste zur Erstellung der Wochenstundenpläne
- Erstellung einer Vorlage für einen EDV-basierten, patientenindividuellen Wochenplan (inkl. Programmierung des Excel-Tools)
- Abklärung der technischen Voraussetzungen (Vernetzung der EDV-Infrastruktur, Anzahl EDV-Arbeitsplätze etc.)
- Erstellung einer (vorläufigen) Verfahrensanweisung
- Planung eines Probelaufs auf zwei Stationen (inkl. Schulung der betroffenen Mitarbeiter)
- Durchführung des Probelaufs (bis Anfang 2009)

#### Erzielte Verbesserungen / Bewertung der Zielerreichung aufgrund des Probelaufs:

- Optimierung des Excel-Tools
- Anpassung der Prioritätenliste
- Erste positive Rückmeldungen von Mitarbeitern und Patienten
- Interesse weiterer Stationen, am Probelauf teilzunehmen

#### **Erstmalige PIA-Befragung**

##### Ausgangslage/Problemstellung:

- Existenz der PIA seit neun Jahren, eine gezielte Patientenbefragung fand bisher noch nicht statt.
- Patientenbeschwerden wurden nicht systematisch erfasst und dokumentiert.
- Strukturelle und organisatorische Veränderungen fanden eher intuitiv statt, ohne empirisch untermauert zu sein.

##### Zielsetzung:

- Optimierung der Patientenversorgung in der PIA
- Systematische Erfassung von Patientenbeschwerden und -anregungen
- Einleitung von kontinuierlichen Verbesserungsmaßnahmen basierend auf den Wünschen der Patienten

##### Inhalte und Maßnahmen:

- Erstellung eines strukturierten Patientenfragebogens
- Planung einer erstmaligen Patientenbefragung im vierten Quartal 2008
- Durchführung und Auswertung der Patientenbefragung

### Erzielte Verbesserungen

- Etablierung der regelmässigen PIA-Patientenbefragung als valides Instrument der Qualitätssicherung
- Durch Meinungsäusserung und Bewertung werden die Patienten aktiv in die Gestaltung organisatorischer und struktureller Veränderungen in der PIA eingebunden
- Positive Rückmeldung der Patienten, die sich durch die Patientenbefragung ernstgenommen fühlten

### Bewertung der Zielerreichung:

Aufgrund der Ergebnisse der Patientenbefragung werden für das Jahr 2009 konkrete Veränderungen, bis hin zu baulichen Massnahmen, vorgenommen (vgl. D4).

### **Poststationäre Weiterbetreuung**

#### Ausgangslage/Problemstellung:

- Am Entlassungstag war die weiterführende Behandlung von Patienten teilweise nicht geregelt
- Abgesprochene, angebahnte Weiterbehandlung ging aus der Dokumentation nicht hervor.
- Teilweise organisierten z.B. Arzt und Sozialdienst parallel
- Es gab keine Rückmeldung von Patienten, inwieweit von der Klinik organisierte Weiterbehandlungsmöglichkeiten tatsächlich in Anspruch genommen wurden.

#### Zielsetzung:

- Die poststationäre Weiterbetreuung soll kliniksgesamt strukturiert erfasst werden.
- Ein kliniksinterner Standard zur Organisation der Weiterbetreuung (i.S. einer optimalen Vorbereitung der Patienten auf die Entlassung) soll erarbeitet werden, der definiert, wer für den weiterführenden Kontakt verantwortlich ist und wie dieses zu dokumentieren ist.
- Der Kontakt zwischen Klinik und nachsorgenden Einrichtungen soll sowohl patientenindividuell als auch übergreifend systematisiert sein
- In Anlehnung an den Expertenstandard sollen Kriterien definiert sein, wann wer in welcher Form Qualitätssicherung bzgl. der Weiterbetreuung betreibt (z.B. die Weiterbehandler befragt und wie die Ergebnisse strukturiert und systematisch zusammengeführt werden).

#### Inhalte und Maßnahmen:

- Erfassung der aktuellen Vorgehensweise auf allen Stationen
- Erstellung einer klinikinternen Checkliste zur Entlassungsvorbereitung
- Probelauf des strukturierten Entlassungsmanagements anhand der Checkliste auf allen Stationen Ende 2008
- Erarbeitung eines Patientenfragebogens zur Organisation der Weiterbetreuung
- Vorbereitung einer Patientenbefragung für das erste Quartal 2009

#### Erzielte Verbesserungen:

- Strukturierte und dokumentierte Entlassungsvorbereitung

### Bewertung der Zielerreichung:

Nach Abschluss des Probelaufs und Auswertung der Patientenbefragung (Juni 2009) wird ein klinikinterner Standard zur Organisation der Weiterbetreuung entwickelt. In einem weiteren Schritt soll in der regelmäßig durchgeführten Einweiserbefragung gezielt nach der Effektivität des Entlassungsmanagements gefragt werden.

### **Therapie(ziel)evaluation**

#### Ausgangslage/Problemstellung und Zielsetzung:

- In der kontinuierlichen Patientenbefragung wird nach der Zufriedenheit mit einzelnen Therapieformen gefragt, nicht aber nach der Zielerreichung und damit nach dem Therapieerfolg in der Einzelspsychotherapie
- Hohe Erwartungen an die Einzelspsychotherapie seitens der Patienten, Mitarbeiter und Klinikleitung
- Statistische Erfassung, inwieweit die für die Einzelspsychotherapie formulierten Ziele tatsächlich erreicht wurden

#### Inhalte und Maßnahmen:

- Erarbeitung einer fragebogen- gestützten Therapiezielevaluation
- Integration des Fragebogens in die Einzelspsychotherapie
- Definition eines Qualitätsziels: Anteil der Psychotherapie-Patienten, die den Therapieerfolg insgesamt mit der Note 2 oder besser bewerten, soll bei mindestens 65% liegen.
- EDV-gestützte Erfassung der Daten und deren Auswertung

#### Erzielte Verbesserungen / Bewertung der Zielerreichung:

- 61,7 % der Psychotherapie-Patienten bewerteten 2008 den Therapieerfolg in der Einzelspsychotherapie mit der Note 2 oder besser. Damit haben wir das hochgesteckte Qualitätsziel in 2008 zwar knapp verfehlt, sehen den hohen Anteil an Patienten, die von der Therapie profitieren haben, aber durchaus als Bestätigung unserer Therapiekonzepte. Die Einzelspsychotherapie hat somit zurecht einen hohen Stellenwert in unserer Klinik.
- Die kontinuierliche Durchführung der Therapiezielevaluation ist als qualitätslenkendes Messinstrument etabliert.
- Bei eventuellen Abweichungen kann ursachenbezogen reagiert werden.

### **Einführung eines CIRS**

#### Ausgangslage/Problemstellung und Zielsetzung:

- Bis zum Jahr 2007 wurden kritische Ereignisse (Fehler, Komplikationen und (Beinahe-)Vorkommnisse) nicht systematisch erfasst. Systematische Fehler konnten nicht erkannt werden, geeignete Prophylaxemaßnahmen konnten auf dieser Basis nicht etabliert werden.
- Eine von der Person unabhängige Offenheit im Umgang mit kritischen Ereignissen war nicht ausreichend gegeben.
- Risikopotenzial konnte so nicht systematisch wahrgenommen werden.
- Eine systematische Erfassung kritischer Ereignisse, insbesondere systematischer Fehler, und somit eine Ableitung geeigneter Vorbeugemaßnahmen sollte durch eine Projektgruppe erarbeitet werden.

- Eine von der Person unabhängige Offenheit im Umgang mit kritischen Ereignissen sollte etabliert werden, um Risiken erfassen und Verbesserungspotentiale nutzen zu können.

#### Inhalte und Maßnahmen:

- Eine berufsgruppenübergreifende Projektgruppe erarbeitete eine Verfahrensanweisung zum Management von Beinahevorkommnissen, Komplikationen und Fehlern sowie entsprechende Erfassungsbögen.
- Daraus resultierten weitere VAs zum Risikomanagement, z.B. Umgang mit Zwangsmassnahmen, Suicidalität, zum organmedizinischen Notfallmanagement.
- Sensibilisierung der Mitarbeiter zur Wahrnehmung kritischer Ereignisse durch Aufklärung und Schulungen

#### Erzielte Verbesserungen / Bewertung der Zielerreichung:

- Kritische Ereignisse können offen, rund um die Uhr, anonym oder namentlich gemeldet werden.
- Durch regelmässige und zeitnahe Auswertung der Meldebögen durch die, mittlerweile in eine dauerhafte Arbeitsgemeinschaft übergegangene Projektgruppe konnten verschiedenste Risiken gemindert, bzw. vermieden werden.
- Konkrete Massnahmen konnten zur Vorbeugung und Verbesserung abgeleitet werden: z.B. Einführung eines Deeskalationstrainings für Mitarbeiter, zusätzliche Kommunikationsmöglichkeiten durch Walkie-Talkies zur Sicherheit der Mitarbeiter und Patienten, Überarbeitung des Notfall-Alarmierungssystems, bauliche Veränderungen.

### **Aufbau eines Deeskalationsmanagements**

#### Ausgangslage/Problemstellung:

- Durch Einführung von CIRS wurde deutlich, dass Mitarbeiter des Behandlungsteams immer wieder bedrohliche Situationen mit Patienten erlebten, die jeweils getroffenen Massnahmen waren intuitiv
- Mitarbeiter nicht auf dem gleichen Stand
- In Krisensituation Zeitverlust durch Absprachen
- Ängste der Mitarbeiter, in bedrohlichen Situationen nicht adäquat reagieren zu können
- Verletzungsgefahr von Mitarbeitern und Patienten

#### Zielsetzung:

- Schulung der Mitarbeiter im pflegerischen und ärztlichen Bereich, so dass in eskalierenden Situationen ein einheitliches Vorgehen gewährleistet ist
- Mehr Sicherheit für Personal und Patienten in kritischen Situationen
- Vermeidung von Eskalation durch präventive Massnahmen

#### Inhalte und Maßnahmen:

- Auswahl eines anerkannten Deeskalationstrainings (ProDemo)
- Schulung einer Mitarbeiterin als zertifizierte Deeskalationstrainerin
- Erstellung eines hausinternen Schulungsplanes
- Deeskalationstraining wird zur Pflichtfortbildung

- Definition des Qualitätsziels "Teilnehmerquote" am Deeskalationstraining

#### Erzielte Verbesserungen / Bewertung der Zielerreichung:

- Im Jahr 2008 sollten 60 % der Ärzte und des Pflegepersonals an einem viertägigen Grundkurs Deeskalation teilnehmen. Dieses Ziel wurde mit 59 % nahezu erreicht.
- Regelmässige Auffrischveranstaltungen zum Deeskalationstraining sowie Grundkurse sind fester Bestandteil der hausinternen Fortbildung
- Positive Rückmeldung der geschulten Mitarbeiter: einheitliches Vorgehen gibt mehr Sicherheit, Eskalation kann durch erlernte Massnahmen vermieden werden.
- Mitarbeiter sind motiviert, freiwillig die erlernten Fähigkeiten immer wieder zu trainieren
- Mitarbeiter weiterer Berufsgruppen haben grosses Interesse an der Schulung.

#### **Angehörigenkonzept**

##### Ausgangslage/Problemstellung:

- Angehörigenarbeit findet individuell statt
- Ein themenzentriertes Gruppenangebot für Angehörige besteht nicht
- Intensive psychoedukative Einzelgespräche mit Angehörigen binden Ressourcen

##### Zielsetzung:

- Ressourcenoptimierte Arbeit mit Angehörigen
- Einführung eines Gruppenangebotes für Angehörige
- Inhaltlich und organisatorisch verbesserte Angehörigenarbeit (Angehörigenkonzept)

##### Inhalte und Massnahmen:

- Erfassung des Ist-Zustandes auf allen Stationen
- Erarbeitung eines schriftlichen Angehörigenkonzeptes
- Kommunikation des Angehörigenkonzeptes klinikintern und in geeigneter Form nach aussen

##### Erzielte Verbesserungen:

- Sensibilisierung der Mitarbeiter aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich für die Bedürfnisse der Angehörigen
- Das schriftliche Angehörigenkonzept lag der Geschäftsführung Ende 2008 vor.

##### Bewertung der Zielerreichung:

Die Projektgruppe Angehörigenkonzept wird 2009 einen Informationsflyer für Angehörige veröffentlichen sowie Gruppenangebote für Angehörige initiieren. Weiter sind sie zentraler Ansprechpartner für die Angehörigenarbeit und koordinieren diese bei Bedarf.

## D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Bereits Anfang 2007 hat sich die Klinik erfolgreich einer Zertifizierung nach KTQ<sup>®</sup> unterzogen. Mit der Vergabe des KTQ<sup>®</sup>-Zertifikats wurde uns bestätigt, dass wir die Anforderungen an ein gelebtes Qualitätsmanagement erfüllen, d.h. die Abläufe in der Dr. von Ehrenwall'schen Klinik professionell und patienten- sowie mitarbeiterorientiert organisiert sind.

Seitdem gilt es, diese bescheinigte Qualität aufrechtzuerhalten und weiterzuentwickeln. Hierzu haben wir bereits Ende 2007 den KTQ<sup>®</sup>-Visitationsbericht und damit die Anregungen der Visitoren mithilfe unseres QM-Beraters strukturiert ausgewertet. Weiter haben wir die festgelegten Verbesserungsmaßnahmen - u.a. im Hinblick auf die anstehende Rezertifizierung - priorisiert und ins Projektmanagement (vgl. D5) bzw. die Maßnahmenwiedervorlage überführt.

Steigende Anforderungen und Erwartungen an das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen nahmen wir zum Anlass, interne Bewertungsverfahren für unser QM-System zu entwickeln bzw. zu verfeinern. Wesentliche Basis dafür sind die bereits beschriebenen QM-Instrumente Begehungen, statistische Auswertungen, Befragungen sowie die Überprüfung der Umsetzung im Rahmen Interner Audits. Zentrales Instrument zur Bewertung und Steuerung unseres QM-Systems ist weiterhin die Arbeit mit Qualitätszielen sowie entsprechenden Indikatoren/ Kennzahlen, da Ressourcen hierdurch nicht nur kosten-, sondern auch qualitätsorientiert gesteuert werden können.

Ende 2008 haben wir unser Konzept für Interne Audits weiterentwickelt, indem wir nicht nur regelwerkbezogene Audits (Probevisitation KTQ<sup>®</sup>) durchführen, sondern - 2009 beginnend - auch system- und prozessorientierte Audits durchführen. Demzufolge wurde Anfang 2009 aus dem Kreis der QM-Multiplikatoren ein Auditorenpool gebildet, dessen Mitglieder zu internen Auditoren qualifiziert und von einem externen Auditor angeleitet wurden. Seit Juni 2009 werden alle Bereiche der Klinik einmal jährlich von den QMB's und jeweils einem Co-Auditor begangen.

Für Frühjahr 2010 ist geplant, erstmals eine strukturierte, extern moderierte eintägige Managementbewertung durchzuführen. Hierbei wird das QM-System der Klinik in seiner Gesamtheit durch die Mitglieder der Steuerungsgruppe bewertet. Übergeordnete Bewertungsdimensionen sind:

- Externe und interne Qualitätsprüfungen / Begutachtungen
- QM-Strukturen und -ziele
- Patientenrückmeldungen und Rückmeldungen von Dritten
- Mitarbeiterrückmeldungen
- Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen

Die Ergebnisse der genannten externen und internen QM-Bewertungen werden durch die Steuerungsgruppe analysiert und erforderliche Maßnahmen abgestimmt. Sie bilden die Grundlage für die zukünftige praktische QM-Arbeit.

Darüber hinaus bietet die Erstellung des gesetzlichen Qualitätsberichts alle 2 Jahre Gelegenheit, unser QM-System als Ganzes darzustellen und dabei zu bewerten.

