

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

Erstellt am 30. Juli 2009

Rhein-Klinik

Inhaltsverzeichnis:

Einleitung.....	4
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	7
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen	15
B-1 Psychosomatik/ Psychotherapie (3100)	16
B-2 Psychosomatik/ Psychotherapie/ Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) (3160) ..	22
C Qualitätssicherung	27
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)	28
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	28
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	28
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung ..	28
C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V.....	28
C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“)	29
D Qualitätsmanagement.....	30
D-1 Qualitätspolitik	31
D-2 Qualitätsziele.....	33
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	36
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements.....	39
D-5 Qualitätsmanagementprojekte	47
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements	50

Einleitung

Seit 1972 behandelt die Rhein-Klinik Patienten auf dem Gebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie mit allen Erkrankungen des Fachgebietes der Psychosomatischen Medizin.

In vier stationären Abteilungen mit 94 Betten und einer Tagesklinik mit 16 Behandlungsplätzen werden erwachsene Patienten mit psychosomatischen, funktionellen und seelischen Erkrankungen behandelt.

Hierzu gehören:

- Psychosomatische Erkrankungen, also psychisch (mit) bedingte Erkrankungen, z.B. psychosomatische Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems, der Atmungsorgane, der Muskulatur und des Skelettsystems, der Haut, des Magen-Darmtraktes
- Psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angsterkrankungen, Zwangserkrankungen
- Psychosomatische Schmerzerkrankungen, z.B. Fibromyalgie, chronische Schmerzerkrankungen, Migräne, Spannungskopfschmerzen
- Essstörungen: Magersucht, Bulimie, Binge-Eating Störung
- Traumafolgeerkrankungen, z.B. die posttraumatische Belastungsstörung
- Psychosomatische Erkrankungen im Alterungsprozess
- Psychosomatische Bewegungsstörungen, wie z.B. psychogene Anfälle, Lähmungen, Tics
- Persönlichkeitsstörungen, z.B. Borderline-Störungen
- Soziale Ängste und Phobien
- Schwere akute Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen
- Psychische Störungen im Rahmen der Krankheitsbewältigung bei körperlichen Erkrankungen

Darüber hinaus hat sich die Rhein-Klinik auf folgende Schwerpunkte spezialisiert: psychosomatische Schmerzerkrankungen, Essstörungen, Traumafolgeerkrankungen, psychosomatische Erkrankungen im Alterungsprozess und psychosomatische Bewegungsstörungen.

Die Pastorin der Klinik bietet seelsorgerische Betreuung und spirituelle Begleitung an.



Abb. 1: Impressionen der Rhein-Klinik Bad Honnef

Die Unterbringung der Patienten erfolgt in wohnlich eingerichteten, geräumigen Doppelzimmern mit jeweils eigenem Bad. Als Wahlleistung stehen einige besonders gut ausgestattete (u.a. Fernseher mit Satellitenempfang, CD-Musikanlage, Kühlschrank) Einzelzimmer zur Verfügung.

Unsere gut ausgestattete Mehrzweckhalle kann zu unterschiedlichen sportlichen Aktivitäten genutzt werden.

Die Rhein-Klinik liegt in landschaftlich reizvoller Lage, die viele Möglichkeiten der Freizeitgestaltung bietet, z.B. Wandern im Siebengebirge und am Rhein oder Schwimmen im nahegelegenen Insel-Schwimmbad. Kurhaus, Kurpark und Stadtzentrum liegen in unmittelbarer Nähe der Klinik und laden zu kulturellen Veranstaltungen und Spaziergängen in der gemütlichen Fußgängerzone ein.

Auch die Kirchengemeinden am Ort bieten den Patienten der Rhein-Klinik vielfältige Möglichkeiten der Teilnahme an Veranstaltungen. So sind neben der Behandlung auch Entspannungsmöglichkeiten gegeben, die von den Patienten sehr geschätzt werden.

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Wilhelm Strohmeier (Verwaltungsleiter, Sprecher der Regionalgeschäftsführung), Tel. 02224 / 185-102, Dr. Eduard Häckl (Ärztlicher Direktor), Sabine Reinelt (Pflegedienstleiterin, QMB), ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Rhein-Klinik

Hausanschrift:

Rhein-Klinik
Luisenstraße 3

53604 Bad Honnef

Postanschrift:

Rhein-Klinik
Postfachnummer: 1640

53586 Bad Honnef

Telefon / Fax

Telefon: 02224/185-0
Fax: 02224/185-152

Internet

E-Mail: <mailto:rhein-klinik@johanneswerk.de>
Homepage: <http://www.rhein-klinik.de/>

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260531228

A-3 Standort(nummer)

00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

A-4.1 Name des Krankenhausträgers

Ev. Johanneswerk e.V. Bielefeld

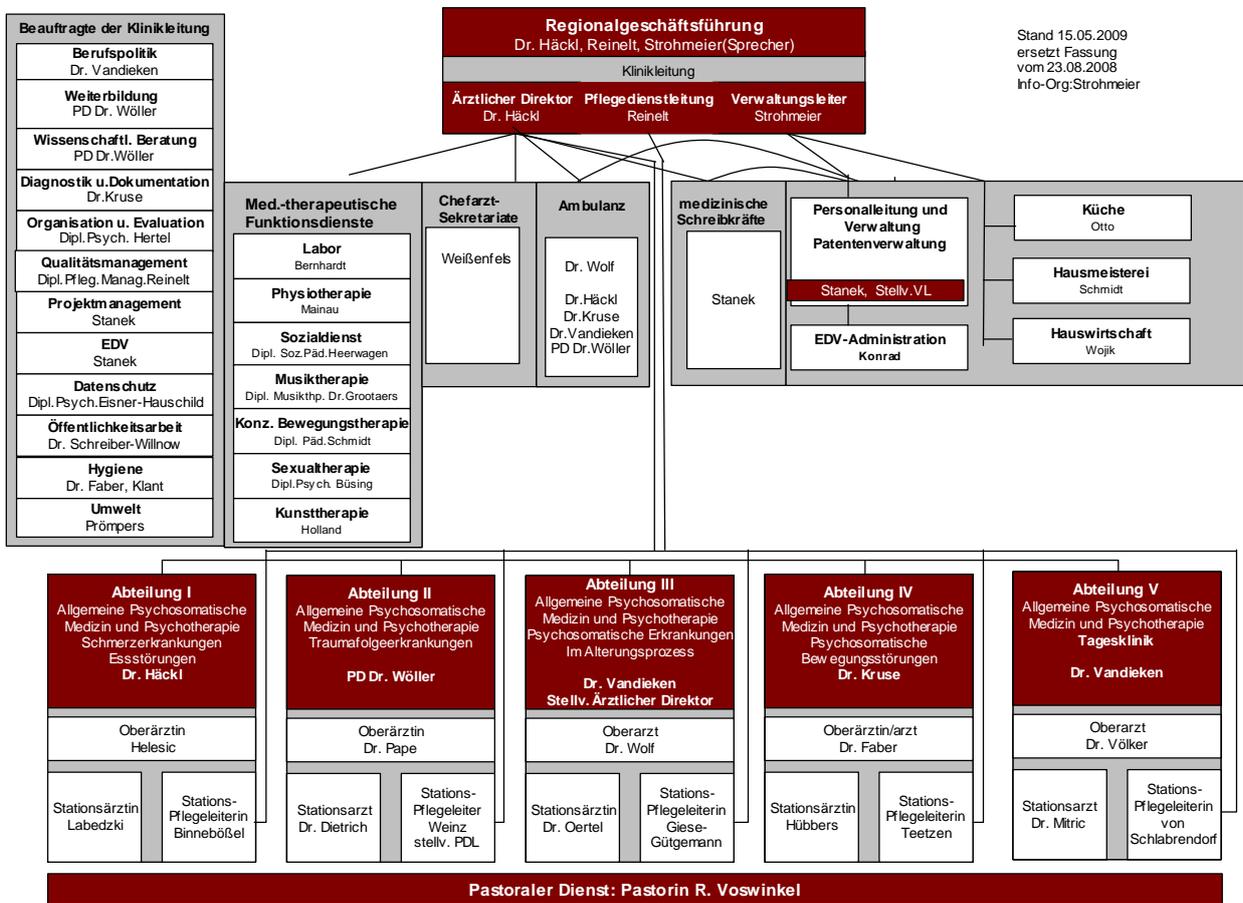
A-4.2 Art des Krankenhausträgers

- freigemeinnützig
- öffentlich
- privat
- Sonstiges

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

- Ja
- Nein

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?

- Ja
- Nein
- Trifft bei uns nicht zu

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Wir sind eine Fachklinik mit einer Fachabteilung. Bitte finden Sie daher unsere Versorgungsschwerpunkte unter dem Punkt B-1.2 Psychosomatik / Psychotherapie.

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterungen
MP03	Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare	Paar- und Familientherapie
MP53	Aromapflege/ -therapie	
MP04	Atemgymnastik/ -therapie	
MP07	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiter	
MP08	Berufsberatung/ Rehabilitationsberatung	Berufsgruppenbezogene Gruppenberatung für Patienten durch die Sozialarbeiterin
MP11	Bewegungstherapie	Konzentrierte Bewegungstherapie
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassungsmanagement/ Brückenpflege/ Überleitungspflege	Ärztlicher und pflegerischer Entlassungsstandard
MP58	Ethikberatung/ Ethische Fallbesprechung	Ethikkomitee
MP17	Fallmanagement/ Case Management/ Primary Nursing/ Bezugspflege	Bezugspflege
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP23	Kreativtherapie/ Kunsttherapie/ Theatertherapie/ Bibliothotherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP27	Musiktherapie	
MP31	Physikalische Therapie/ Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik als Einzel- und/ oder Gruppentherapie	
MP34	Psychologisches/ psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	Psychotherapie als Einzel- und Gruppentherapie, Paar- und Familientherapie, konzentrierte Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren, Expositionstraining, EMDR
MP35	Rückenschule/ Haltungsschulung/ Wirbelsäulengymnastik	Wirbelsäulengymnastik
MP37	Schmerztherapie/ -management	Schmerzsprechstunde, Schmerzgruppe
MP63	Sozialdienst	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	PMR
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Pflegevisiten in allen Abteilungen
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/ Orthopädietechnik	Zusammenarbeit mit externem Sanitätshaus, das bei Bedarf in Gebrauch z.B. von Gehhilfen einweist.
MP48	Wärme- u. Kälteanwendungen	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Konkrete Empfehlungen für den häuslichen Bereich der Patienten und Verweis an entsprechende Selbsthilfegruppen.
MP00	MP00 3100	Zusätzliche zum Leistungsspektrum der allgemeinen Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie gibt es besondere Schwerpunkte: Schmerzerkrankungen, Essstörungen, Traumafolgeerkrankungen, psychosomatische Erkrankungen im Alterungsprozess, psychosomatische Bewegungsstörungen.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterungen
MP00	MP00 3160	Allgemeine Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Zusammenarbeit mit Abteilungen mit störungsspezifischen Schwerpunkten.

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

A-10 Fachabteilungsübergreifende nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/Erläuterungen
SA01	Aufenthaltsräume	Insgesamt 10 Aufenthaltsräume; in jeder Abteilung 2 Aufenthaltsräume für Patienten
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA08	Teeküche für Patienten	Auf jeder Station gibt es eine Teeküche für Patienten.
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	44 wohnlich eingerichtete Zweibettzimmer
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA12	Balkon/ Terrasse	10 Zimmer mit Balkon; auf jeder Station ein Balkon; Tagesklinik mit großer Terrasse und Freitreppe
SA19	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	Alle Patienten wählen Essenskomponenten frei aus (Cafeteriasystem).
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (z.B. Mineralwasser)	Tägliche Bereitstellung in allen Einzelzimmern; für alle Patienten wird Mineralwasser zu den Mahlzeiten im Speiseraum angeboten.
SA44	Diät-/ Ernährungsangebot	
SA45	Frühstücks-/ Abendbuffet	
SA46	Getränkeautomat	
SA22	Bibliothek	Patientenbibliothek im Foyer.
SA23	Cafeteria	werktags 14:30 - 16:30 Uhr
SA24	Faxempfang für Patienten	Nach Absprache über die Verwaltung möglich.
SA25	Fitnessraum	Sporthalle
SA28	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten	Im Umkreis der Klinik gibt es zahlreiche Geschäfte.
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)	2 Räume der Stille
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	Für alle Tagesklinikpatienten stehen Parkplätze zur Verfügung.
SA31	Kulturelle Angebote	
SA33	Parkanlage	Park mit altem Baumbestand, Grillplatz, Außenschach, Boulebahn, Volleyballplatz, Tischtennisplatten, Sonnenliegen
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	In den Gebäuden der Rhein-Klinik darf nicht geraucht werden, im Garten gibt es 2 Raucherunterstände.
SA37	Spielplatz/ Spielecke	Möglichkeiten im Park.
SA55	Beschwerdemanagement	
SA41	Dolmetscherdienste	Es wird eine Fremdsprachenliste der Mitarbeiter geführt, die bei Bedarf dolmetschen können.
SA42	Seelsorge	Eine angestellte Pastorin steht für Patienten und Mitarbeiter zur Verfügung.

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

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-11.1 Forschungsschwerpunkte

Die Klinik betreibt keine Forschung und keine eigenen Ausbildungsstätten.

A-11.2 Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

94

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Vollstationäre Fallzahl	
Fallzahl	553
Teilstationäre Fallzahlen	
Fallzahl	88
Fallzählweise	828
Quartalszählweise	---
Patientenzählweise	---
Sonstige Zählweise	---

Tabelle A-13: Fallzahlen des Krankenhauses

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar/Erläuterungen
Ärztinnen/Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	17 Vollkräfte	stationärer Bereich: 14 Tagesklinik: 3
- davon Fachärztinnen/-ärzte	9 Vollkräfte	stationärer Bereich: 8 Tagesklinik: 1
Belegärztinnen/-ärzte (nach §121 SGB V)	0 Personen	
Ärztinnen/Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0 Vollkräfte	

Tabelle A-14.1: Ärzte

A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar/Erläuterungen
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	26 Vollkräfte	stationärer Bereich: 23 Tagesklinik: 3
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Altenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Pflegeassistenten/-assistentinnen (Zweijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Krankenpflegehelfer/-innen (Einjährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Pflegehelfer/-innen (ab 200 Stunden Basiskurs)	0 Vollkräfte	
Hebammen/Entbindungspfleger (Dreijährige Ausbildung)	0 Personen	
Operationstechnische Assistenz (Dreijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	

Tabelle A-14.2: Pflegepersonal

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen

B-1 Psychosomatik/ Psychotherapie (3100)

Kontaktdaten

Hausanschrift

Luisenstraße 3
53604 Bad Honnef

Postanschrift

Postfach 1640
53586 Bad Honnef

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkt im Bereich 1	Kommentar/Erläuterungen
VP00	Essstörungen	
VP00	Psychosomatische Schmerzstörungen	
VP00	Traumafolgeerkrankungen	
VP00	Psychosomatische Erkrankungen im Alterungsprozess	
VP00	Psychosomatische Bewegungsstörungen	
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	
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	

Tabelle B-1.2 Psychosomatik/ Psychotherapie: 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

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/Erläuterungen
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	23 wohnlich eingerichtete Einzelzimmer
SA04	Fernsehraum	Ein Raum pro Abteilung.
SA05	Mutter-Kind-Zimmer/ Familienzimmer	Bei Bedarf.
SA07	Rooming-In	Mütter können nach Absprache ihr Kleinkind mitbringen und im Zimmer unterbringen.
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	23 Einzelzimmer mit Fernsehgerät.
SA16	Kühlschrank	23 Einzelzimmer mit Kühlschrank.
SA17	Rundfunkempfang am Bett	23 Einzelzimmer mit CD- und Radioanlage.
SA18	Telefon	In den 23 Einzelzimmern ist das Telefon automatisch vorhanden; in allen anderen Zimmern auf Anforderung gegen eine Gebühr von 50 Cent / Tag.

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

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung

B-1.5.1 Vollstationäre Fallzahl

527

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

ICD-10 Nummer	Fallzahl	Umgangssprachliche Beschreibung
F33	167	rezidivierende depressive Störung
F45	84	somatoforme Störung
F32	81	depressive Episode
F43	70	posttraumatische Belastungsstörung
F41	47	Angststörung
F50	33	Essstörung
F40	18	phobische Störung
F44	11	dissoziative Störung
F42	9	Zwangsstörung

Tabelle B-1.6 Psychosomatik/ Psychotherapie: Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.7 Prozeduren nach OPS

Es wurden keine Prozeduren nach OPS erstellt.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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	VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	Angebotene Leistungen: Ambulante Differentialdiagnostik und Indikation Ambulante Gruppentherapien (konzentrierte Bewegungstherapie) Ambulante Nachsorgegespräche Ambulante Einzeltherapie
			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	
			VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	

Tabelle B-1.8 Psychosomatik/ Psychotherapie: Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Es wurden keine Ambulanten Operationen nach § 115b SGB V durchgeführt.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Vorhanden Nicht vorhanden

B-1.10.2 Stationäre BG-Zulassung

Vorhanden Nicht vorhanden

B-1.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit	Kommentar/ Erläuterungen
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen		Der Dienstarzt und eine Dienstpflegekraft sind ständig über das Notfallalarmsystem einsatzbereit und geübt in der Handhabung der Notfallausrüstung.

Tabelle B-1.11 Psychosomatik/ Psychotherapie: Apparative Ausstattung

B-1.12 Personelle Ausstattung

B-1.12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar/Erläuterungen
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	14 Vollkräfte	
...davon Fachärztinnen/Fachärzte	8 Vollkräfte	

Tabelle B-1.12.1: Ärzte

B-1.12.1.2 Ärztliche Fachexpertise

Nr.	Facharztbezeichnung	Kommentar/Erläuterungen
AQ63	Allgemeinmedizin	
AQ03	Arbeitsmedizin	externe Arbeitsmedizinerin
AQ23	Innere Medizin	
AQ42	Neurologie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	

Tabelle B-1.12.1.2 Psychosomatik/ Psychotherapie: Ärztliche Fachexpertise

B-1.12.1.3 Zusatzweiterbildungen

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)	Kommentar/Erläuterungen
ZF05	Betriebsmedizin	externe Arbeitsmedizinerin
ZF35	Psychoanalyse	
ZF36	Psychotherapie	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	Ein externer Facharzt für Anästhesiologie und spezielle Schmerztherapie bietet in der Klinik eine wöchentliche Schmerzsprechstunde an.

Tabelle B-1.12.1.3 Psychosomatik/ Psychotherapie: Zusatzweiterbildungen

B-1.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar/Erläuterungen
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	23 Vollkräfte	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Altenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Pflegeassistenten/-assistentinnen (Zweijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Krankenpflegehelfer/-innen (Einjährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Pflegehelfer/-innen (ab 200 Stunden Basiskurs)	0 Vollkräfte	
Hebammen/Entbindungspfleger (Dreijährige Ausbildung)	0 Personen	
Operationstechnische Assistenz (Dreijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	

Tabelle B-1.12.2: Pflegepersonal

B-1.12.2.2 Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar/Erläuterungen
PQ02	Diplom	Dipl- Pflegemanagement (FH)
PQ03	Hygienefachkraft	
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ10	Psychiatrische Pflege	
PQ00	Praxisanleitung	In der Klinik gibt es 5 ausgebildete Praxisanleiter.

Tabelle B-1.12.2.2 Psychosomatik/ Psychotherapie: Fachweiterbildungen

B-1.12.2.3 Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar/Erläuterungen
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP12	Praxisanleitung	In der Klinik gibt es 5 ausgebildete Praxisanleiter.
ZP13	Qualitätsmanagement	

Tabelle B-1.12.2.3 Psychosomatik/ Psychotherapie: Zusatzqualifikationen

B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/Erläuterungen
SP31	Bewegungstherapeut und Bewegungstherapeutin (z. B. nach DAKBT)/Tanztherapeut und Tanztherapeutin	
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
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	
SP17	Oecotrophologe und Oecotrophologin/Ernährungswissenschaftler und Ernährungswissenschaftlerin	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP23	Psychologe und Psychologin	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	

Tabelle B-1.12.3 Psychosomatik/ Psychotherapie: Spezielles therapeutisches Personal

B-2 Psychosomatik/ Psychotherapie/ Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) (3160)

Kontaktdaten

Hausanschrift

Luisenstraße 3
53604 Bad Honnef

Postanschrift

Postfach 1640
53586 Bad Honnef

Telefon:02224/185-0

Fax:02224/185-144

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

B-2.2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung

Trifft bei dieser Fachabteilung nicht zu.

B-2.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

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

B-2.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/Erläuterungen
SA16	Kühlschrank	Im Aufenthaltsraum.
SA18	Telefon	Patienten sind über das Stationszimmer zu erreichen.

Tabelle B-2.4 Psychosomatik/ Psychotherapie/ Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze): Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung

B-2.5.1 Vollstationäre Fallzahl

0

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

ICD-10 Nummer	Fallzahl	Umgangssprachliche Beschreibung
F45	27	somatoforme Störung
F32	18	depressive Episode
F33	12	rezidivierende depressive Störung
F40	10	phobische Störung
F41	10	Angststörung

Tabelle B-2.6 Psychosomatik/ Psychotherapie/ Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze): Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.7 Prozeduren nach OPS

Es wurden keine Prozeduren nach OPS erstellt.

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Es wurden keine ambulanten Operationen nach § 115b SGB V durchgeführt.

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Vorhanden Nicht vorhanden

B-2.10.2 Stationäre BG-Zulassung

Vorhanden Nicht vorhanden

B-2.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit	Kommentar/ Erläuterungen
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen		Dienstarzt und Dienstpflegekraft sind auch für die TK zuständig und innerhalb kurzer Zeit mit der Notfallausrüstung vor Ort.

Tabelle B-2.11 Psychosomatik/ Psychotherapie/ Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze): Apparative Ausstattung

B-2.12 Personelle Ausstattung

B-2.12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar/Erläuterungen
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	3 Vollkräfte	
...davon Fachärztinnen/Fachärzte	1 Vollkräfte	
Belegärztinnen/ -ärzte (nach § 121 SGB V)	0 Vollkräfte	

Tabelle B-2.12.1: Ärzte

B-2.12.1.2 Ärztliche Fachexpertise

Nr.	Facharztbezeichnung	Kommentar/Erläuterungen
AQ03	Arbeitsmedizin	Externe Arbeitsmedizinerin.
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	

Tabelle B-2.12.1.2 Psychosomatik/ Psychotherapie/ Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze): Ärztliche Fachexpertise

B-2.12.1.3 Zusatzweiterbildungen

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)	Kommentar/Erläuterungen
ZF05	Betriebsmedizin	Externe Arbeitsmedizinerin.
ZF35	Psychoanalyse	
ZF36	Psychotherapie	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	Ein externer Facharzt für Anästhesiologie und spezielle Schmerztherapie bietet in der Klinik eine wöchentliche Schmerzsprechstunde an.

Tabelle B-2.12.1.3 Psychosomatik/ Psychotherapie/ Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze): Zusatzweiterbildungen

B-2.12.2 Pflegepersonal

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

Tabelle B-2.12.2: Pflegepersonal

B-2.12.2.2 Fachweiterbildungen

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

Tabelle B-2.12.2.2 Psychosomatik/ Psychotherapie/ Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze): Fachweiterbildungen

B-2.12.2.3 Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar/Erläuterungen
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP12	Praxisanleitung	

Tabelle B-2.12.2.3 Psychosomatik/ Psychotherapie/ Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze): Zusatzqualifikationen

B-2.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/Erläuterungen
SP31	Bewegungstherapeut und Bewegungstherapeutin (z. B. nach DAKBT)/Tanztherapeut und Tanztherapeutin	
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
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	
SP17	Oecotrophologe und Oecotrophologin/Ernährungswissenschaftler und Ernährungswissenschaftlerin	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP23	Psychologe und Psychologin	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	

Tabelle B-2.12.3 Psychosomatik/ Psychotherapie/ Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze): 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

Das Krankenhaus erbringt keine Leistungen, die eine Teilnahme an den Maßnahmen der verpflichtenden externen Qualitätssicherung (BQS-Verfahren) ermöglichen.

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

nicht relevant

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

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

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

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

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

nicht relevant

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

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

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

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

Nr.	Vereinbarung	Kommentar/Erläuterungen
	Das Krankenhaus setzt keine Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung um!	

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

Die Qualitätspolitik der Rhein-Klinik dokumentiert unseren hohen Qualitätsanspruch. Sie konkretisiert die Aussagen des Leitbildes in Bezug auf qualitätsrelevante Aspekte. Um den Bezug zum Leitbild deutlich zu machen, ist unsere Qualitätspolitik in 5 Qualitätsgrundsätzen zusammengefasst, die die Struktur des Leitbildes aufgreifen:

Menschen wahrnehmen

Patientenorientierung bedeutet für uns das Ausrichten allen Denkens und Handelns am Wohl unserer Patienten mit dem Ziel hoher Patientenzufriedenheit. Unsere Angebote gestalten wir im Rahmen der gesundheitspolitischen Vorgaben nach den Bedürfnissen der Patienten und stellen dabei den Mensch in den Mittelpunkt der Behandlung. Dies bedeutet, die Patienten ernst zu nehmen, rechtzeitig und umfassend zu informieren sowie an allen relevanten Behandlungsplanungen angemessen zu beteiligen.

Die Patientenzufriedenheit erfassen wir durch kontinuierliche, therapiebezogene sowie regelmäßige, umfassende Patientenbefragungen und ein aktives Anregungs- und Beschwerdemanagement.

Evangelische Grundlagen

Unsere **diakonische Kultur** soll ein spürbarer zusätzlicher Wert für alle Patienten und Mitarbeiter sein. Zum Ausdruck kommt dies durch das tolerante Miteinander und die freundliche, persönliche Atmosphäre in der Klinik. Die Seelsorge versteht sich dabei als Angebot der Lebensbegleitung von Mensch zu Mensch, unabhängig von Konfession und Religion.

Die Zufriedenheit mit der Seelsorge sowie deren Einbindung in die betrieblichen Abläufe erheben wir in der Mitarbeiter- und insbesondere in der Patientenbefragung.

Zeichen setzen

Die Rhein-Klinik soll ein **Markenzeichen** für exzellente Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowohl bei den Fachkollegen als auch in der Öffentlichkeit sein. Unsere **Expertenkompetenz** stellen wir mehrmals im Jahr u.a. in überregionalen Tagungen für die Fachöffentlichkeit unter Beweis. „Zeichen setzen“ wir durch Mitarbeit in Verbänden, Gremien sowie Qualitätszirkeln und verbessern hierdurch u.a. die Vernetzung mit dem niedergelassenen Bereich.

Die Zufriedenheit der Einweiser erfassen wir anhand von Einweiserbefragungen.

Verantwortlich arbeiten

Unsere Leistungserbringung erfolgt auf der Basis **wissenschaftlich anerkannter Standards** in Therapie, Pflege und Seelsorge. Der hohe Ausbildungsstand unserer Mitarbeiter gewährleistet ein höchstmögliches Maß an Sicherheit. Zielorientiertes Arbeiten umfasst, sich immer wieder neue Ziele zu setzen und Erfolge zu hinterfragen.

Patientenorientierung und qualitativ hochwertige Arbeit setzen **Mitarbeiterzufriedenheit** voraus. Dies erreichen wir durch klare Zielvorgaben, geregelte Abläufe, umfassende Information/Transparenz und definierte Verantwortungs-

bereiche. An unsere Führungskräfte stellen wir hierbei besondere Anforderungen, die in den Führungsgrundsätzen konkretisiert sind.

Regelmäßige anlassbezogene und anlassfreie Mitarbeitergespräche, Befragungen, ein Vorschlagswesen sowie ein Beschwerdemanagement fördern die Mitverantwortung unserer Mitarbeiter.

Dauerhaft lernen

Qualität kostet. In diesem Bewusstsein bedeutet für uns **Qualitätsmanagement** eine Investition in die Versorgungsqualität und die wirtschaftliche Zukunft der Klinik gleichermaßen. Qualitätsmanagement umfasst in der Rhein-Klinik kontinuierliche Verbesserung, Zielorientierung, Prozessoptimierung, Transparenz sowie eine bereichsübergreifende gute Zusammenarbeit. Qualität sichern wir in relevanten Bereichen durch angemessene Zielvorgaben, effiziente interne und externe Qualitätsüberprüfungen (u.a. Audits, Basisdokumentation, Zertifizierung) sowie die verständliche Kommunikation der Ergebnisse. Eine Sicherheits- und Fehlerkultur auf breiter Basis soll dazu beitragen, aus gemachten Fehlern zu lernen sowie Risiken frühzeitig zu erkennen und zu minimieren. Daher nutzen wir u.a. vielfältige Kontrollschleifen sowie ein Meldesystem für kritische Ereignisse (CIRS).

Der einzelne Mitarbeiter ist aufgefordert, durch Verbesserungsvorschläge sowie eigene zielgerichtete Fortbildung zu gewährleisten, dass die Klinik insgesamt „dauerhaft lernt“.

Die hier aufgeführten Qualitätsgrundsätze wurden durch die Steuerungsgruppe erarbeitet und mit der Klinikleitung abgestimmt. Sie dienen dazu, den Qualitätsanspruch zu verdeutlichen und somit nach innen und außen kommunizierbar zu machen.

D-2 Qualitätsziele

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

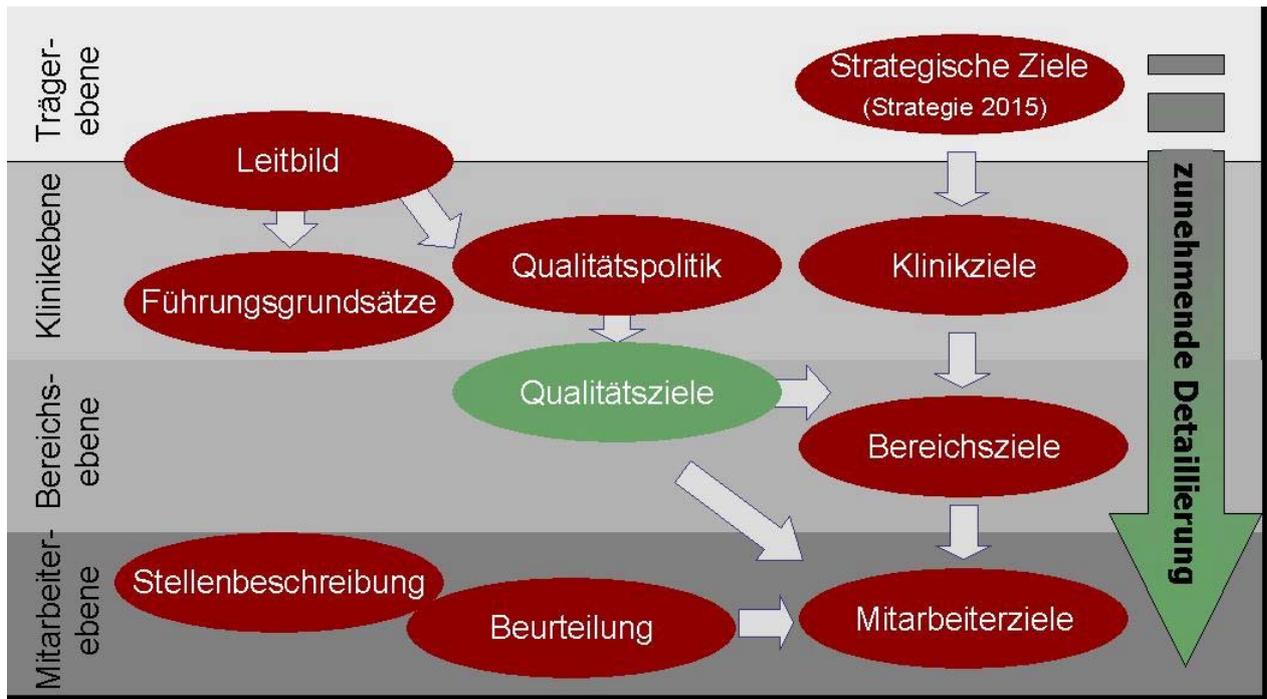


Abb. 1: Qualitätsziele im Zusammenhang

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

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

Qualitätsziele stehen mit strategischen und auf den Klinikalltag bezogenen Zielen in Einklang. Sie sind wichtiges Steuerungsinstrument, um frühzeitig auf erkennbare Trends (Veränderungen der Ist-Werte) zu reagieren und die Qualität der Klinik jederzeit im Sinne der jeweiligen Anforderungen und Erwartungen lenken zu können.

Die anschauliche Darstellung unserer Qualitätsziele in einer Qualitätszielmatrix ermöglicht hierzu einen guten Überblick: Die Matrix enthält zu jedem Qualitätsziel den Qualitätsindikator (= Kennzahl) sowie den aktuellen Ist- und Zielwert.

Bezug zur Qualitätspolitik	Qualitätsziel	Qualitätsindikator / Kennzahl	Geltungsbereich	Ist-Wert 2008	Zielwert 2008	Status Zielerreichung	Messinstrument
Grundsatz 1 Grundsatz 4	Hohe Patientenzufriedenheit	Anteil der Patienten, für die sich die Behandlung mind. gelohnt hat	Klinik	86%	85%	erfüllt	PsyBaDo
Grundsatz 1	Hohe Patientenzufriedenheit	Anteil (zufriedenstellend) gelöster, berechtigter Patientenbeschwerden	Klinik	67%	80% +	nicht erfüllt	Auswertung Beschwerde-management
Grundsatz 1	Hohe Patientenzufriedenheit	Durchschnittliche Dauer der Beschwerdebearbeitung	Klinik	4,2 Tage	5 Tage	erfüllt	Auswertung Beschwerde-management
Grundsatz 1	Hohe Patientenzufriedenheit	Anteil der Beschwerden, die innerhalb von 14 Tagen bearbeitet waren	Klinik	100%	75% +	erfüllt	Auswertung Beschwerde-management
Grundsatz 2	Schärfung des diakonischen Profils	Zufriedenheit mit Angeboten der Seelsorge für Mitarbeiter	Klinik		< 2,5	2008 nicht erhoben	Mitarbeiterbefragung
Grundsatz 2	Schärfung des diakonischen Profils	Zufriedenheit mit Angeboten der Seelsorge für Patienten	Klinik		< 1,8	2008 nicht erhoben	umfassende Patientenbefragung
Grundsatz 4	Messbares Therapieergebnis	Effektstärke gesamt (bezogen auf die durchschnittliche Abnahme des Beeinträchtigungsschwere-Score zwischen Aufnahme und Entlassung)	Klinik	1,4	> 0,8	erfüllt	PsyBaDo (BSS)
Grundsatz 4	Messbares Therapieergebnis	Effektstärke der Veränderung der funktionalen Kapazität (GAF)	Klinik	1,11	> 0,8	erfüllt	PsyBaDo (GAF)
Grundsatz 4	Hohe formale Qualifikation	Facharztquote	Klinik	61,4%	60% +	erfüllt	Personalstatistik
Grundsatz 4	Hohe formale Qualifikation	Quote/Anteil examinierter Pflegekräfte	Klinik	100%	100%	erfüllt	Personalstatistik
Grundsatz 5	kontinuierliche Verbesserung der Abläufe	Anteil angenommener Mitarbeitervorschläge	Klinik	75%	66%	erfüllt	Auswertung Vorschlagswesen

Abb. 2: Auszug aus der Qualitätszielmatrix

Bei der Definition von Qualitätszielen haben wir uns bewusst dafür entschieden, Führungskräfte und Mitarbeiter der Klinik in regelmäßigen Abständen aktiv um konkrete Vorschläge der für ihre Bereiche relevanten Qualitätsziele zu bitten. Aufgabe der Steuerungsgruppe ist es, die Vorschläge zu bewerten und auf dieser Basis die bestehende Qualitätszielmatrix zu aktualisieren bzw. zu ergänzen und ggf. die zur Erreichung von Qualitätszielen notwendigen Maßnahmen z.B. im Rahmen des Projektmanagements zu veranlassen.

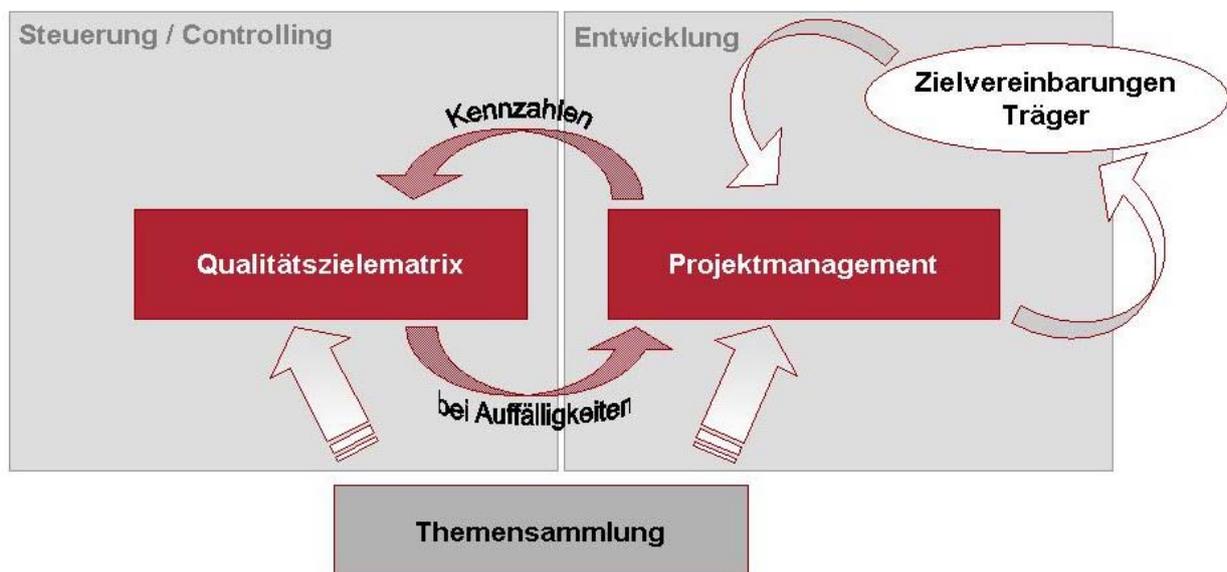


Abb. 3: Vorgehen bei der Definition von Qualitätszielen

Die kontinuierliche Fortführung der Qualitätszielmatrix erfolgt durch die Steuerungsgruppe. In diesem Rahmen trägt die QM-Beauftragte alle vorliegenden Auswertungsergebnisse (Ist-Werte) in der Matrix ein und führt die Wiedervorlage für die Termine der nächsten Qualitätsmessungen. Grundsätzlich beträgt das

Messintervall 1 Jahr. Bei einigen Qualitätszielen sind kurzfristigere Qualitätsmessungen vorgesehen, um zeitnah abgleichen zu können, ob das Qualitätsniveau den internen Vorgaben entspricht und so bei Abweichungen schnell Gegenmaßnahmen einleiten zu können, z.B. Überprüfung der Dokumentationsqualität. Bei aufwändigen Messungen sowie Themen, bei denen Verbesserungsmaßnahmen eher mittelfristig greifen, wurden Zeitintervalle festgelegt, die länger als 1 Jahr sind, z.B. Mitarbeiterbefragung.

Sollten vorliegende Messergebnisse nicht innerhalb der festgelegten Zielwerte liegen, ist es Aufgabe der Steuerungsgruppe, angemessene Interventionsmaßnahmen vorzuschlagen.

Ebenfalls durch die Steuerungsgruppe werden jährlich Struktur und Inhalt der Qualitätszielmatrix geprüft. Dies umfasst u.a. die Festlegung und ggf. Anpassung von Ziel-Werten. Darüber hinaus gehört dazu zu prüfen, ob das Messinstrument valide Ergebnisse erzeugt und ob die „richtige“ Qualitätskennzahlen ausgewählt wurden.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Wir haben bereits 2003 mit dem Aufbau eines strukturierten Qualitätsmanagement-Systems begonnen. Seitdem wurde das System ständig verfeinert, um sicherzustellen, dass alle Hierarchieebenen, Berufsgruppen und Bereiche angemessen in die QM-Aktivitäten und damit die Weiterentwicklung der Klinik eingebunden sind. In Abb.1 sind die QM-Strukturen, d.h. die entsprechenden Gremien und Verantwortungsbereiche innerhalb der **QM-Aufbauorganisation** grafisch dargestellt:

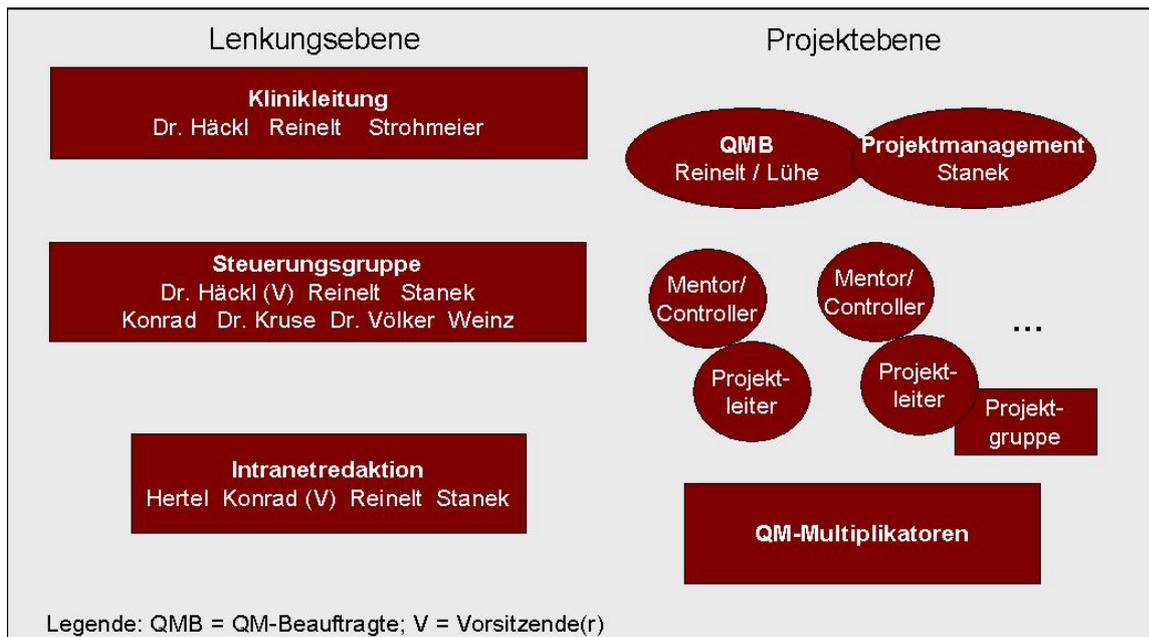


Abb. 1: QM-Organigramm

Klinikleitung und Führungskräfte

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

Die Einbindung weiterer Führungskräfte erfolgt durch eine festgelegte Organisations- und Kommunikationsstruktur, über die QM-Steuerungsgruppe sowie im Rahmen der Projektarbeit.

Qualitätsmanagement-Beauftragte

Die Pflegedienstleiterin ist in ihrer Funktion als Qualitätsmanagement-Beauftragte (QMB) gleichzeitig mit der Ausgestaltung des Qualitätsmanagement-Systems beauftragt. D.h., sie ist für die organisatorische sowie fachliche Realisierung des Qualitätsmanagements zuständig. Die Qualitätsmanagement-Beauftragte übernimmt damit die Verantwortung für die Koordination aller qualitätssichernden Maßnahmen sowie der internen und externen Kommunikation QM-relevanter Inhalte. Bezüglich

der Koordination der QM-Projektarbeit wird sie von der Beauftragten für Projektmanagement unterstützt.

Beauftragte für Projektmanagement

Die Koordination aller Projekte, unabhängig ihres Ursprungs, erfolgt durch die stellvertretende Verwaltungsleiterin / Personalleiterin in ihrer Funktion als Beauftragte für Projektmanagement. Hierdurch ist sichergestellt, dass die QM-Arbeit mit anderen Projekten abgestimmt ist und Ressourcen entsprechend geplant werden können. Die Beauftragte für Projektmanagement unterstützt die Projektleiter bei Bedarf bei der Projektplanung und -umsetzung und koordiniert das Projektcontrolling (siehe D-5).

QM-Steuerungsgruppe

Die Arbeit der monatlich tagenden Steuerungsgruppe wurde in 2008 neu strukturiert und zwei zusätzliche Mitarbeiter aus dem medizinischen und pflegerischen Bereich berufen. Hintergrund dafür war u.a. die gezielte Weiterentwicklung therapiebezogener Qualitätsziele. Gemäß neuer Geschäftsordnung setzt sich die Steuerungsgruppe nun zusammen aus dem Ärztlichen Direktor, der Pflegedienstleiterin und QM-Beauftragten und der stellvertretenden Verwaltungsleiterin und Beauftragten für Projektmanagement, die zusammen die Co-Leitung der Gruppe übernehmen. Ferner sind Mitglied eine abteilungsleitende Ärztin (= „Chefärztin“), ein Oberarzt, der stellvertretende Pflegedienstleiter, die EDV-Administratorin sowie die QM-Assistentin. Den Vorsitz hat der Ärztliche Direktor. Die Steuerungsgruppe fungiert auch weiter als Lenkungsgremium, d.h. sie unterstützt die QMB hinsichtlich längerfristiger QM-bezogener Planungen. Die QMB berät ihrerseits die Klinikleitung bei der Entscheidungsfindung.

Konkrete Aufgaben sind die Erarbeitung von Empfehlungen für Qualitätsziele, die Abstimmung mit der Beauftragten für Projektmanagement über geplante QM-Projekte und Erarbeitung von Vorschlägen für die personelle Leitung dieser Projekte, die Beurteilung von Arbeitsergebnissen aus QM-Projektgruppen sowie die Durchsetzung entsprechender Entscheidungen.

Die einzelnen Mitglieder der Steuerungsgruppe sind projektbezogen als Mentoren/Controller benannt. In dieser Funktion unterstützen sie bei Bedarf den jeweiligen Projektleiter bei der Umsetzung seines Projektauftrags. Das Projektcontrolling erfolgt durch die Beauftragte für Projektmanagement.

Intranet-Redaktion

Die Intranet-Redaktion ist für die Koordination der sogenannten Dokumentenlenkung zuständig. D.h. sie definiert die Struktur des Intranets und verwaltet die Inhalte. Wesentliche Aufgabe ist es, dafür zu sorgen, dass im Intranet nur aktuelle Dokumente und Formulare enthalten sind. Für die inhaltliche Kontrolle von Vorgabedokumenten sind jeweils „Redakteure“ und „Verantwortliche“ benannt, die die einzelnen Inhalte des Intranets in definierten Abständen auf Aktualität prüfen und ggf. anpassen. Die EDV-Administratorin führt in ihrer Funktion als Vorsitzende der Intranet-Redaktion eine EDV-gestützte Wiedervorlage bzgl. der Prüftermine.

QM-Multiplikatoren

Die Bereichsleitungen der Klinik fungieren als QM-Multiplikatoren. Zu ihrer selbstverständlichen Aufgabe gehört es daher, Projektergebnisse zu kommunizieren sowie Qualitätspolitik und -ziele zu vermitteln. Sie sind darüber hinaus wichtige Ansprechpartner sowohl für die QM-Beauftragte und die Steuerungsgruppe als auch für die Mitarbeiter des jeweiligen Bereichs und tragen dafür Sorge, dass QM-Aktivitäten verstanden und umgesetzt werden. Weiter sollen sie Zielsetzung und Nutzen von Qualitätsmanagement erläutern und hierdurch die Meinungsbildung in der Klinik positiv beeinflussen.

Projektleiter und -gruppen

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

Die Projektgruppenarbeit wird durch die Beauftragte für Projektmanagement koordiniert. Hierbei wird sie ggf. durch die Mentoren/Controller unterstützt, die zusammen mit dem Projektleiter den Projektauftrag ausfüllen und die Meilensteinplanung erstellen.

Die **Verantwortungs- und Aufgabenbereiche** der o.g. Gremien und Beauftragten sind verbindlich definiert und klar voneinander abgegrenzt. Entsprechende Regelungen sind u.a. in der Geschäftsordnung der Steuerungsgruppe sowie in den Stellenbeschreibungen und Tätigkeitskatalogen der Beauftragten enthalten.

Aufgaben der QM-Beauftragten sind u.a.:

- Erstellung und Weiterentwicklung des QM-Konzepts, inkl. Koordination der Sammlung qualitätsrelevanter Daten
- Koordination der Arbeit mit Qualitätszielen und Unterstützung bei der Entwicklung geeigneter Indikatoren
- Kontaktpflege und Training der QM-Multiplikatoren
- Koordination der Erstellung des gesetzlichen Qualitätsberichts
- Koordination von Zertifizierungen

Aufgaben der Beauftragten für Projektmanagement sind:

- Koordination der QM-Projekte und -Maßnahmen sowie aller sonstigen Projekte (inkl. Ressourcenplanung)
- Projektcontrolling
- Pflege und Weiterentwicklung des Intranets
- Koordination der klinikinternen Kommunikation von Projektergebnissen und Auswertungen

Wie aus Abb. 1 ersichtlich wird, sind Qualitätsmanagement-Strukturen in der Rhein-Klinik breit aufgestellt und dementsprechend **Ressourcen** gebunden. Durch die Zusammenarbeit zwischen QM-Beauftragter und Beauftragter für Projektmanagement wird eine konsequente QM-Arbeit gewährleistet. Ab 2008 wird die QM-Beauftragte durch eine Assistentin unterstützt.

Unsere internen Ressourcen werden seit 2003 durch einen externen QM-Berater unterstützt, der die QM-Strukturen mit etabliert hat und auch punktuell die Projektarbeit begleitet.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Als wesentliche Instrumente der internen Qualitätssicherung nutzen wir Befragungen, Begehungen / Interne Audits, statistische Auswertungen sowie ein aktives Beschwerdemanagement sowohl für Patienten und Dritte als auch für Mitarbeiter. Ein strukturiertes Fehler- und Risikomanagement ist seit 2007 etabliert.

Befragungen

Folgende Befragungen sind etabliert:

Befragung	Turnus	Verantwortlich
Umfassende Patientenbefragung	alle 3 Jahre	QMB
Einweiserbefragung	alle 3 Jahre	Ärztlicher Direktor
Mitarbeiterbefragung	alle 3 Jahre	QMB
Therapiebezogene Patienten- und Therapeutenbefragungen u.a. im Rahmen der Basisdokumentation (mehrere Fragebögen)	jährliche Voll-erhebung	Stabsstelle Organisation und Evaluation

Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen

Befragungen sind ein wichtiges Instrument um die Meinung unserer Interessenspartner in regelmäßigen Abständen einzuholen und bei unseren Planungen und Aktivitäten zu berücksichtigen. Mit dem gewählten 3jährigen Turnus für jeden Befragungstyp wollen wir zum einen die Kontinuität der Meinungsermittlung sicherstellen, zum anderen die Planung, Durchführung und Auswertung so steuern, dass möglichst jedes Jahr eine Befragung organisiert werden kann.

Die nächste umfassende Patientenbefragung beginnt im Mai 2009. Für das Folgejahr ist die Wiederholung der Mitarbeiterbefragung geplant. Der Zeitraum für die nächste Einweiserbefragung wird derzeit abgestimmt.

Zusätzlich zu diesen wiederkehrenden Befragungen werden anlassbezogen Erhebungen zu relevanten Themen durchgeführt. In 2008 gab es beispielsweise eine wissenschaftlich begleitete Mitarbeiterbefragung im Rahmen der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Therapiebezogene Befragungen

Wir führen seit 1989 therapiebezogene Befragungen durch, bei denen die Patienten jeweils zu Beginn und am Ende des Klinikaufenthalts mehrere Fragebögen zu ihrem Befinden, dem Erreichen der Therapieziele und weiteren Ergebnissen der Behandlung ausfüllen. Teilweise werden die Einschätzungen der Patienten den Einschätzungen der behandelnden Therapeuten gegenübergestellt, um so eine möglichst realistische Bewertung des Behandlungserfolgs zu erhalten. Die Therapeuten werden regelmäßig geschult, diese Einschätzungen strukturiert vornehmen zu können, um rein subjektive Bewertungen so weit wie möglich zu vermeiden.

Die Erhebungsbögen wurden von mehreren Fachgesellschaften entwickelt und an unsere Bedürfnisse angepasst, wobei wir die Fragebögen ständig verfeinern und weiter entwickeln. Diese sogenannte **Basisdokumentation** ist wissenschaftlich fundiert und stellt ein wesentliches Instrument der Qualitätssicherung in der

Psychotherapie dar. Mit der langjährigen Erstellung und Auswertung der Basisdokumentation geht die Rhein-Klinik bzgl. Qualitätserfassung weit über die gesetzlichen Anforderungen hinaus. Im Rahmen dieser Basisdokumentation werden durch die Ärzte/ Therapeuten u.a. folgende Kennzahlen erhoben:

- **Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS):** misst den Grad der Beeinträchtigung eines Menschen durch seine psychogene Erkrankung in drei Dimensionen: körperliche Beeinträchtigung, Beeinträchtigung im psychischen Bereich, sozialkommunikative Beeinträchtigung (Summe der drei Skalenwerte zwischen 0 "keine Beeinträchtigung" und 12 "extreme Beeinträchtigung")
- **GAF-Kennzahl:** globales Maß für die psychosoziale "funktionale Kapazität" eines Menschen (Werte zwischen 10 und 90)
- **Erfassung und Beurteilung der Therapieziele:** Patienten geben bis zu 3 Therapieziele an und beurteilen am Ende der Behandlung, wie weit sie diese erreicht haben. Der Grad der Zielerreichung kann Werte zwischen 1 ("Therapieziel nicht erreicht") und 4 ("mehr erreicht als das Therapieziel") annehmen. Auch die Therapeuten formulieren Therapieziele und beurteilen die Zielerreichung.
- **Symptom-Check-Liste (SCL-90-R):** sie misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung des Patienten durch 90 vorgegebene körperliche und psychische Symptome (= Krankheitsanzeichen). Den Mittelwert über alle Symptomausprägungen nennt man **GSI** (globaler Schwere-Index). Er ist ein globales Maß für die grundsätzliche psychische Belastung eines Patienten, ebenfalls gemessen zu Beginn und am Ende der Behandlung. Der Rückgang der Symptombelastung während der Therapie ist somit ein Maß für den Behandlungserfolg in der Klinik.

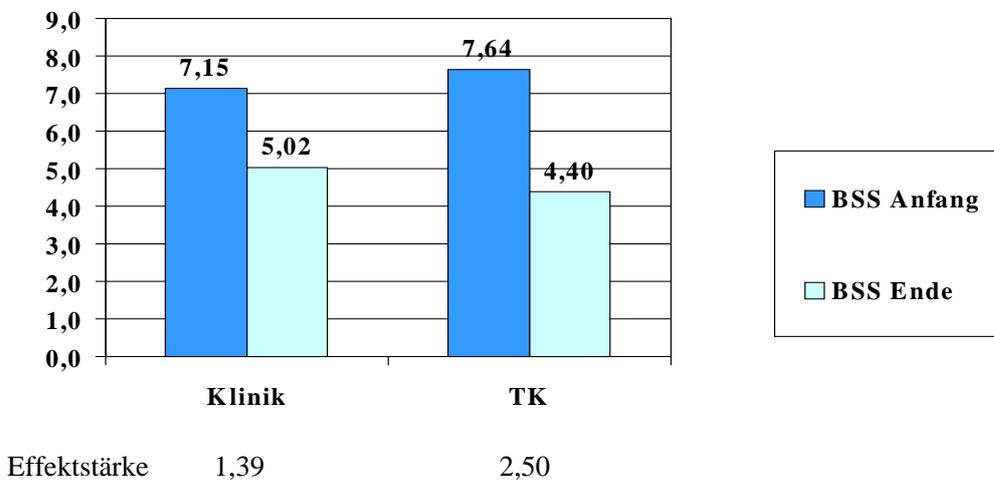
Die Beurteilung der Besserung wird mit Hilfe der Effektstärke angegeben. Die Effektstärke ist ein statistisches Maß für Veränderungen: Werte größer 0,8 stehen für starke Effekte, bei Werten zwischen 0,5 und 0,8 spricht man von mittleren Effekten, Effektstärken zwischen 0,2 und 0,5 stehen für geringe Effekte.

Folgende Ergebnisse wurden in 2008 erzielt:

BSS: Die Schwere der Beeinträchtigung durch die Erkrankung nahm unter der stationären Behandlung im Mittel um 2,2 Punkte von 7,2 auf 5,0 ab. Dies entspricht einer sehr hohen Effektstärke von 1,40, d.h. den Patienten ging es am Ende der Behandlung sehr viel besser als zu Beginn.

Während der Behandlung in der Tagesklinik sank der BSS von 7,6 auf 4,4, d.h. um 3,2 Punkte. Hier beträgt die Effektstärke 2,50.

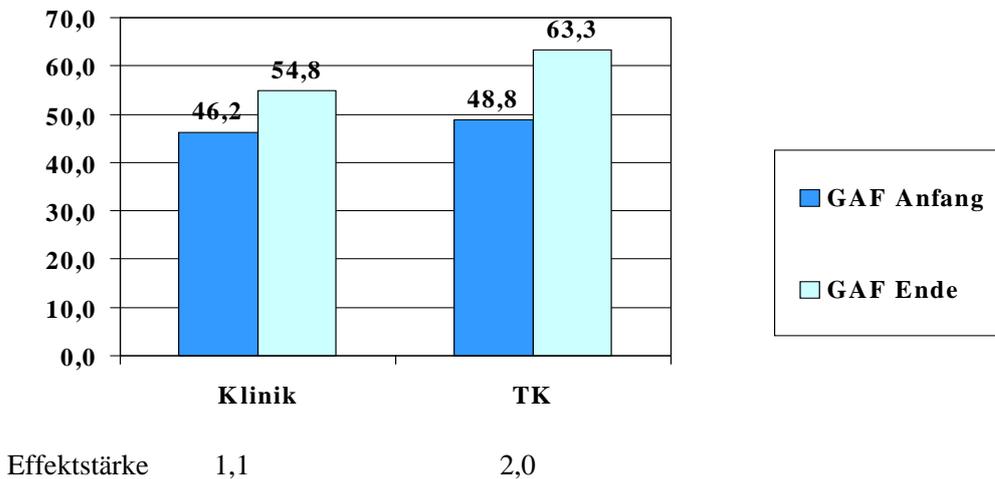
Behandlungserfolg 2008 Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) Rückgang der durchschnittlichen Beeinträchtigung



GAF: Die funktionale Kapazität der stationären Patienten konnte von 46,1 bei Behandlungsbeginn auf durchschnittlich 54,8 bei Behandlungsende und damit um 8,7 Punkte erhöht werden. Diese Besserung von einer "ernsthaften bis starken Beeinträchtigung" hin zu einer "mäßig ausgeprägten Störung" kann als starker Effekt bezeichnet werden (Effektstärke 1,11).

Die funktionale Kapazität der Tagesklinik-Patienten konnte von 48,1 bei Behandlungsbeginn auf durchschnittlich 63,3 bei Behandlungsende und damit um 15,2 Punkte erhöht werden. Diese Besserung von einer "ernsthaften Beeinträchtigung" hin zu einer "mäßig bis leicht ausgeprägten Störung" kann ebenfalls als starker Effekt bezeichnet werden (Effektstärke 2,06).

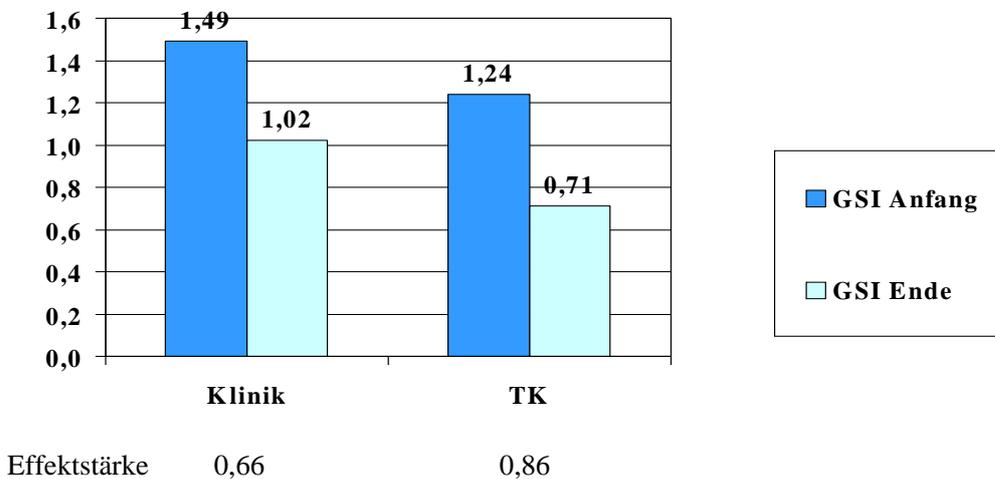
Behandlungserfolg 2008 Global Assessment of Functioning (GAF) Besserung der durchschnittlichen Funktionsfähigkeit



SCL-90-R: 2008 ist die globale Symptombelastung im Laufe der stationären Behandlung im Durchschnitt deutlich von 1,49 auf 1,02 zurückgegangen, was einer Effektstärke von 0,66 entspricht.

2008 ist die globale Symptombelastung im Laufe der teilstationären Behandlung im Durchschnitt deutlich von 1,24 auf 0,71 zurückgegangen, was einer Effektstärke von 0,87 entspricht. Eine Verbesserung im GSI im Sinne des Reliable Change Index (d.h. bedeutsam im Vergleich zur Normstichprobe) von >0,30 Punkten erreichten 58,8% der stationären sowie 61,5% der tagesklinischen Patienten.

Behandlungserfolg 2008 Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) Rückgang der durchschnittlichen Symptombelastung



Therapieziele: Die Einschätzung, inwieweit die Therapieziele erreicht wurden, wird sowohl vom Patienten als auch vom behandelnden Therapeuten vorgenommen.

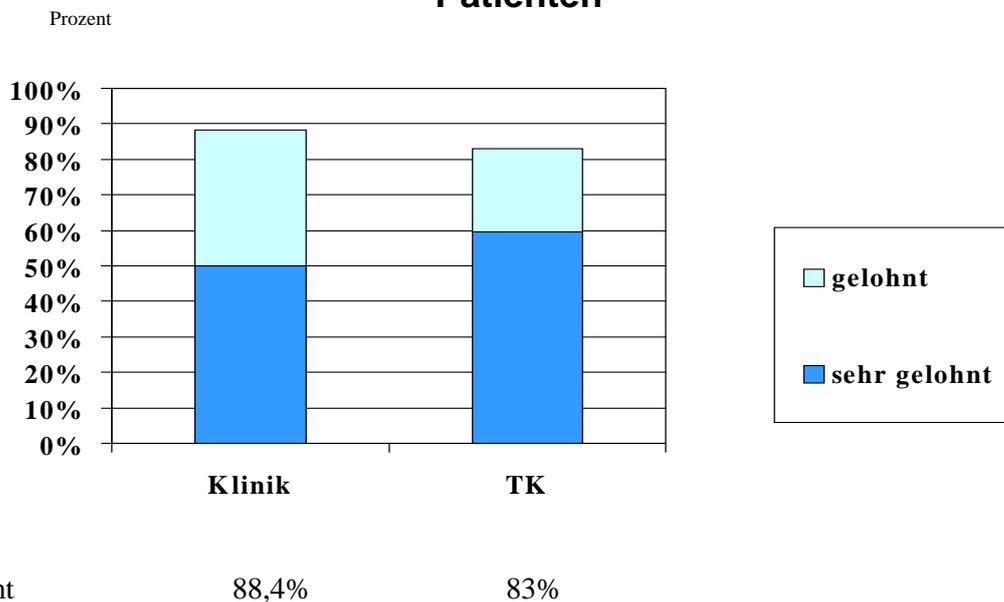
	1. Therapieziel	2. Therapieziel	3. Therapieziel	gesamt
Klinik	85,7%	80,1%	81,6%	82,6%
Tagesklinik	82%	80,5%	80%	81%

Tab. 2: Prozentsatz der Patienten, die ihre Therapieziele teilweise oder ganz erreicht haben 2008

Zieht man die Behandlungsdauer mit in Betracht, zeigt sich, dass längere Behandlungen durchschnittlich von den Therapeuten als erfolgreicher eingestuft werden. Patienten, die das erste Ziel nicht erreichten, wurden 39 Tage, die es teilweise erreichten, 64 Tage und die es erreichten, 68 Tage behandelt. Patienten, die mehr als das Ziel erreichten, wurden im Schnitt 72 Tage behandelt.

Bei der **abschließenden Gesamtbeurteilung** des stationären Klinikaufenthalts gaben 86,8% der Patienten an, dass sich die Behandlung gelohnt bzw. sehr gelohnt hat. 83,0% der Tagesklinik-Patienten gaben an, dass sich die Behandlung gelohnt oder sehr gelohnt hat.

Behandlungserfolg 2008 Beurteilung des Nutzens der Behandlung durch die Patienten



Begehungen / Interne Audits

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

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

Folgende Begehungen werden in festgelegten Zeitintervallen durchgeführt:

Begehung	Verantwortlich
Arbeitsschutzbegehung	Sicherheitsbeauftragter
Hygienebegehung	Hygienefachkraft
Brandschutzbegehung	Brandschutzbeauftragter
Stationsbegehung (Arzneimittel)	Apotheker
Datenschutzbegehungen	Datenschutzbeauftragter
Interne Audits	QM-Beauftragte

Insbesondere mithilfe der regelmäßigen Internen Audits der QM-Beauftragten in allen Bereichen wird überprüft, inwieweit die erarbeiteten QM-Maßnahmen in den Bereichen bekannt sind und von den Mitarbeitern umgesetzt werden.

Statistische Auswertungen

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

Folgende Statistiken werden u. a. zur internen Qualitätssicherung genutzt:

Statistische Auswertung	Verantwortlich
Arbeitsunfälle	Sicherheitsbeauftragter
Nosokomialinfektionen	Hygienebeauftragte
Wiederkehrate	Stabsstelle Dokumentation/ Evaluation
Personalwirtschaftliche Kennzahlen	Personalleitung
Finanzwirtschaftliche Kennzahlen	Verwaltungsleitung
Überprüfung der Dokumentationsqualität anhand von berufsgruppenspezifischen Checklisten und einem Bewertungssystem	Stabsstelle Dokumentation
Wartezeiten bis zur stationären Aufnahme	Stabsstelle Evaluation

Aktives Beschwerdemanagement - Beschwerden als Chancen verstehen

Mit unserem aktiven Patientenbeschwerdemanagement wollen wir nicht nur passiv auf Beschwerden reagieren, sondern gezielt auf verschiedene Beschwerdemöglichkeiten aufmerksam machen und verdeutlichen, dass von unserer Seite ein ernsthaftes Interesse an Rückmeldungen - sowohl positive als auch kritische - besteht. Bereits bei der Aufnahme erhält daher jeder Patient einen Bogen auf dem er Beschwerden oder Anregungen vermerken kann. Darüber hinaus gibt es mehrere Gremien, z.B. Stationsversammlung, Kontaktgruppe, die von den Patienten rege zur Meinungsäußerung genutzt werden.

Durch die Festlegung der Zuständigkeiten, der Vorgehensweise bei der Bearbeitung sowie der Auswertung der Anregungen bzw. Beschwerden erreichen wir, dass sich unsere Patienten ernst genommen fühlen und ihre Kritik in der Klinik äußern, statt dies im privaten Umfeld zu tun.

Im Zuge der Beschwerdebearbeitung ist uns wichtig, dass es dabei nicht um die Suche nach Schuldigen, sondern das Erlernen des konstruktiven Umganges mit Beschwerden sowie die zukünftige Vermeidung von ähnlichen Beschwerdegründen geht.

Risiko- und Fehlermanagement - Erfassung und Auswertung kritischer Ereignisse

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

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

Die Beteiligung der Mitarbeiter liegt noch etwas hinter den Erwartungen, zeigt jedoch, dass sich sukzessive eine noch offenere Fehlerkultur etabliert.

D-5 Qualitätsmanagementprojekte

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

Projektplanung

Ausgangspunkt der Gesamt-Projektplanung ist eine Ist-Analyse und eine Priorisierung der entsprechenden Projekte und Maßnahmen durch die Klinikleitung. Projekte werden anhand eines schriftlichen Projektauftrags geplant, der die Zielsetzung, die Projektmitglieder sowie eine grobe zeitliche Planung und Ressourcenabstimmung umfasst.

Projektdurchführung

Die Projektdurchführung obliegt jeweils benannten Projektleitern. Mit Unterstützung der Beauftragten für Projektmanagement erstellen diese eine Meilensteinplanung. Bei der Organisation des Projekts werden sie durch einen Mentor/Controller (= Mitglied der Klinikleitung oder der Steuerungsgruppe) unterstützt.

QM-Projektergebnisse werden durch die Steuerungsgruppe geprüft. Alle Projektergebnisse werden der Klinikleitung zwecks Freigabe vorgestellt. Danach werden vom Projektleiter entsprechende Umsetzungsschritte geplant und deren Umsetzung begleitet. Bei Bedarf wird die Steuerungsgruppe einbezogen.

Projektcontrolling und Bericht an die Klinikleitung

Das Gesamtprojektcontrolling durch die Beauftragte für Projektmanagement bezieht sich auf alle Projekte und Maßnahmen. Hierbei erfolgt auch ein Controlling im Hinblick auf erforderliche Ressourcen.

Die Kontrolle der Erledigung einzelner Meilensteine erfolgt durch den Projektleiter ggf. mit Unterstützung des Mentor/Controllers. Für QM-Projekte wird das Ergebnis in der Steuerungsgruppe zusammengetragen und von der Beauftragten für Projektmanagement dokumentiert.

Die Beauftragte für Projektmanagement berichtet einmal monatlich in einer Klinikleitungssitzung über den Stand der Projektarbeit.

Im Folgenden stellen wir eine Auswahl an Projekten vor, die wir 2008 initiiert, begonnen oder abgeschlossen haben. Alle Projekte sind insbesondere aus Patienten- oder Mitarbeitersicht qualitätsrelevant bzw. qualitätsverbessernd und haben einen Bezug zur Behandlung / Therapie in unserer Klinik:

- Re-Zertifizierung nach pCC
- Patientenorientierte Wochenterminplanung
- EAO – Entrümpeln, aufräumen, Ordnung schaffen: Prozessanalyse und Prozessoptimierung
- Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements

Projekt Re-Zertifizierung

Ausgangslage und Zielsetzung:

Nach erfolgreicher Erst-Zertifizierung in 2005 beschließt die Klinikleitung in Abstimmung mit dem Träger die Re-Zertifizierung nach pCC in 2008: Ziele auf dem Weg dorthin sind:

- Kontinuierliche Weiterentwicklung des QM-Systems und unabhängige Beurteilung der QM-Maßnahmen, ihrer Umsetzung und Verzahnung innerhalb der Klinik
- Meilensteinorientierte Projektplanung zur Sicherstellung einer möglichst gleichmäßigen Verteilung notwendiger Maßnahmen auf 2 Jahre unter Einbeziehung aller Mitarbeiter der Klinik
- Konstanz bzw. Optimierung des Re-Zertifizierungsergebnis' im Vergleich zur Erstzertifizierung

Ergebnisse:

- erfolgreiche Re-Zertifizierung im April 2008
- Gegenüber der Erst-Zertifizierung im Jahr 2005 konnte der Erfüllungsgrad der Bewertungskriterien um xx% gesteigert werden, trotz gestiegener Anforderungen des pCC-Katalogs

Projekt Einführung einer patientenbezogenen Wochenterminplanung

Ausgangslage und Zielsetzung:

- Jeder Patient soll von der Klinik einen stets aktuellen auf ihn bezogenen Gesamtwochenplan erhalten
- Analyse und abteilungsübergreifende Abstimmung des zeitlichen Rahmens der ärztlich / therapeutischen und pflegerischen Prozesse
- Aktive Planung und Steuerung der Leistungsangebote
- Effizientere Nutzung von Personalressourcen

Inhalte und Maßnahmen:

- Einheitliche Darstellung der aktuellen Stationspläne in Outlook
- Planung einer „Modellstation“, in der alle Angebote optimal aufeinander abgestimmt sind
- Priorisierung von Leistungsangeboten und Aufstellen von Regeln
- Bündelung von Leistungen und Entwicklung von Zeitschienen
- Erstellung einer optimierten Raumplanung
- Erarbeitung einer technischen Plattform (EDV gestützte Wochenplanung), auf die alle Mitarbeiter, die an der Erstellung des Wochenplans beteiligt sind, zugreifen können

Erzielte Verbesserungen:

- Vermeidung von Terminüberschneidungen
- Insgesamt ruhigerer Tagesablauf
- Bessere Orientierbarkeit für die Patienten
- Bessere Planbarkeit und Transparenz für Patienten und Personal

Projekt EAO – "Entrümpeln, aufräumen, Ordnung schaffen": Prozessanalyse und Prozessoptimierung

Ausgangslage und Zielsetzung:

- Im Rahmen der jährlichen Zielvereinbarungen mit dem Träger wurde eine Prozessanalyse kritischer Abläufe mit anschließenden Maßnahmen zur Prozessoptimierung vereinbart

- Unter dem Arbeitstitel – „EAO – Entrümpeln, Aufräumen, Ordnung schaffen“ wurde eine Projektgruppe initiiert mit dem Ziel, entsprechende Abläufe eindeutig zu identifizieren, erforderliche Maßnahmen festzulegen und deren Umsetzung zu koordinieren, um dadurch a) Mitarbeiter grundsätzlich zu entlasten und b) die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen

Inhalte und Maßnahmen:

- Ist-Analyse durch Projektgruppe, auf deren Grundlage ein differenzierter Maßnahmenkatalog zur Optimierung wesentlicher klinikinterner Abläufe entwickelt wurde
- Strukturierung des Maßnahmenkataloges durch Einrichten von insgesamt 11 Sub-Projektgruppen und dadurch Gewährleistung der Bearbeitung von Abläufen, Schnittstellenproblemen, Wissensmanagement, Ablagestruktur, Formularwesen etc.

Erzielte Verbesserungen:

- Ansprechende und einheitliche Gestaltung von Patienteninformationsmaterial
- Neugestaltung und Vereinfachung der EDV-Ablagestruktur, Festlegung von Verantwortlichkeiten und Schulung der Mitarbeiter
- Zügigere Arztbrieferstellung durch Einsatz der Funktion „automatisierter Arztbrief“
- Entwicklung einer eigenen Ambulanzakte
- Dokumentation des physiotherapeutischen Behandlungsverlaufs auf einem neu erstellten Befundbogen

Projekt Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements

Ausgangslage und Zielsetzung:

- Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements im Ev. Johanneswerk auf der Grundlage einer Zielvereinbarung mit dem Träger
- Ziele: Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit, Verringerung der (krankheitsbedingten) Ausfallquoten, Umsetzung gesetzlicher Vorgaben im Rahmen des Wiedereingliederungsmanagements

Inhalte und Maßnahmen:

- Etablierung eines Gesundheitszirkels
- Erstellung eines Konzepts „Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Rhein-Klinik“
- Durchführung einer Mitarbeiterbefragung auf der Grundlage eines in der Klinik entwickelten Fragebogens
- Gezielte Arbeitsplatzbegehungen hinsichtlich der ergonomischen Gestaltung der Arbeitsplätze, teilweise Neuausstattung von Arbeitsplätzen, Seminarangebote für Mitarbeiter (z.B. Yoga)

Erzielte Verbesserungen:

- Schärfung des Gesundheitsbewusstseins der Mitarbeiter
- Motivation zur gesunden Lebensführung

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

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

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

Da wir als Fachkrankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie derzeit nicht der vergleichenden externen Qualitätssicherung unterliegen, wollen wir zukünftig den freiwilligen Vergleich von Qualitätskennzahlen (Benchmarking) vorantreiben. Zentral ist hierbei die Mitgliedschaft im Qualitätszirkel der Deutschen Krankenhäuser für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der Vergleich mit der Schwesterklinik in Bad Berleburg, die ebenfalls Mitglied in diesem Qualitätszirkel ist.

2008 haben wir unser Konzept zur internen Bewertung unseres QM-Systems weiterentwickelt, indem wir nicht nur regelwerkbezogene Audits (Probevisitation KTQ und proCum Cert), sondern auch system- und prozessorientierte Audits durchführen. Gemäß unserem Auditplan werden seit dem alle Bereiche des Krankenhauses mindestens einmal jährlich begangen.

Im Juni 2009 findet zudem erstmals eine Managementbewertung statt.