

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

LWL-Klinik Hemer - Hans-Prinzhorn-Klinik

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ
auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 25.08.2009 um 13:37 Uhr erstellt.

DKTIG: <http://www.dktig.de>

ProMaTo: <http://www.netfutura.de>

Inhaltsverzeichnis

	Einleitung
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses
A-2	Institutionskennzeichen des Krankenhauses
A-3	Standort(nummer)
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus
A-6	Organisationsstruktur des Krankenhauses
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses
A-9	Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses
A-10	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses
A-12	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses
A-14	Personal des Krankenhauses
B-[1]	Allgemeine Psychiatrie (kopiert von IPQ 2006)
B-[1].1	Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].6	Diagnosen nach ICD
B-[1].7	Prozeduren nach OPS
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-[1].11	Apparative Ausstattung
B-[1].12	Personelle Ausstattung
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden

Qualitätssicherung

- 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")
- D-1 Qualitätspolitik
- D-2 Qualitätsziele
- D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements
- D-5 Qualitätsmanagement-Projekte
- D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Einleitung



Abbildung: Ansicht der Klinik

Die LWL-Klinik Hemer - Hans-Prinzhorn-Klinik ist ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie mit Aufgaben psychiatrischer Pflicht- und Vollversorgung für den nördlichen Märkischen Kreis und den südlichen Ennepe-Ruhr-Kreis. Dass Patienten sich bei uns wohl fühlen, zeigt unser großer Einzugsbereich. Träger der Klinik ist der Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Die Klinik ist reizvoll gelegen und großzügig gestaltet.

Unser Anspruch, qualitativ hochwertige Arbeit zu leisten, ist im Leitbild verankert. Unsere Arbeit dient dem Ziel, psychische Erkrankungen wirksam zu behandeln, so dass Heilung oder zumindest Besserung gelingt. Ausgehend von den vorhandenen Ressourcen des Patienten fördern wir seine soziale Integration. Die Verbesserung subjektiver Lebensqualität ist ein weiteres wichtiges Ziel.

Handlungsorientierende Werte

Der Patient ist für uns zugleich Partner und Klient, der sich uns in schwieriger Situation anvertraut, auf dessen Bedürfnisse wir die Organisation der Klinik ausrichten, und den wir auf der Grundlage all unseres Fachwissens nach den Regeln Kunst und den wissenschaftlichen Standards entsprechend behandeln.

Wir sehen den Patienten als ganzen Menschen. Seine Lebensgeschichte interessiert uns, da sie uns hilft, die Krankheit zu verstehen. Wir versuchen, beides angemessen zu beachten, Besonderheiten, die etwas mit der spezifischen Störung oder mit Geschlecht zu tun haben und das Gemeinsame, das der Verletzung menschlicher Grundbedürfnisse entspringt. Dem Besonderen tragen nicht nur störungsspezifische Behandlungskonzepte Rechnung, sondern auch ein transkulturell psychiatrischer Behandlungsschwerpunkt für griechische Migranten im therapeutischen Prozess nutzen wir die jedem Menschen eigene Kreativität.

Gleichzeitig ist der Patient für uns Kunde, dessen Wünsche nach angenehmer Atmosphäre und guter Küche wir zu erfüllen versuchen.

Betriebsleitung, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter streben nach einem Arbeitsklima, das durch wechselseitigen Respekt und Freundlichkeit geprägt ist. Die Betonung des Teams, wo man sich gegenseitig wertschätzt und die regelmäßige Supervision der therapeutischen Arbeit tragen dazu bei.

Führung und Mitarbeiter arbeiten daran, die Qualität der Patientenbehandlung und -versorgung kontinuierlich zu erhöhen. Eine Stärke liegt in der hohen fachlichen Kompetenz der Beschäftigten aller Professionen. Unsere Klinik bietet Mitarbeitern und Patienten Spielraum für Kreativität und Entwicklung.

Verantwortlich:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
PD Dr. Karin Siegrist	Qualitätsmanagement	02372.861-163	02372.861-100	karin.siegrist@wkp-lwl.org

Ansprechpartner:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
PD Dr. Karin Siegrist	Qualitätsmanagement	02372.861-163	02372.861-100	karin.siegrist@wkp-lwl.org

Links:

<http://www.lwl-hans-prinzhorn-klinik.de>

Sonstiges:

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Prof. Dr. med. Ulrich Trenckmann, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Karin Siegrist, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Teil A - Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hausanschrift:

LWL-Klinik Hemer Hans-Prinzhorn-Klinik

Frönsberger Straße 71

58675 Hemer

Postanschrift:

Postfach 1765

58657 Hemer

Telefon:

02372 / 861 - 0

Fax:

02372 / 861 - 100

E-Mail:

hans-prinzhorn-klinik@wkp-lwl.org

Internet:

www.hans-prinzhorn-klinik.de

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260590914

A-3 Standort(nummer)

00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Art:

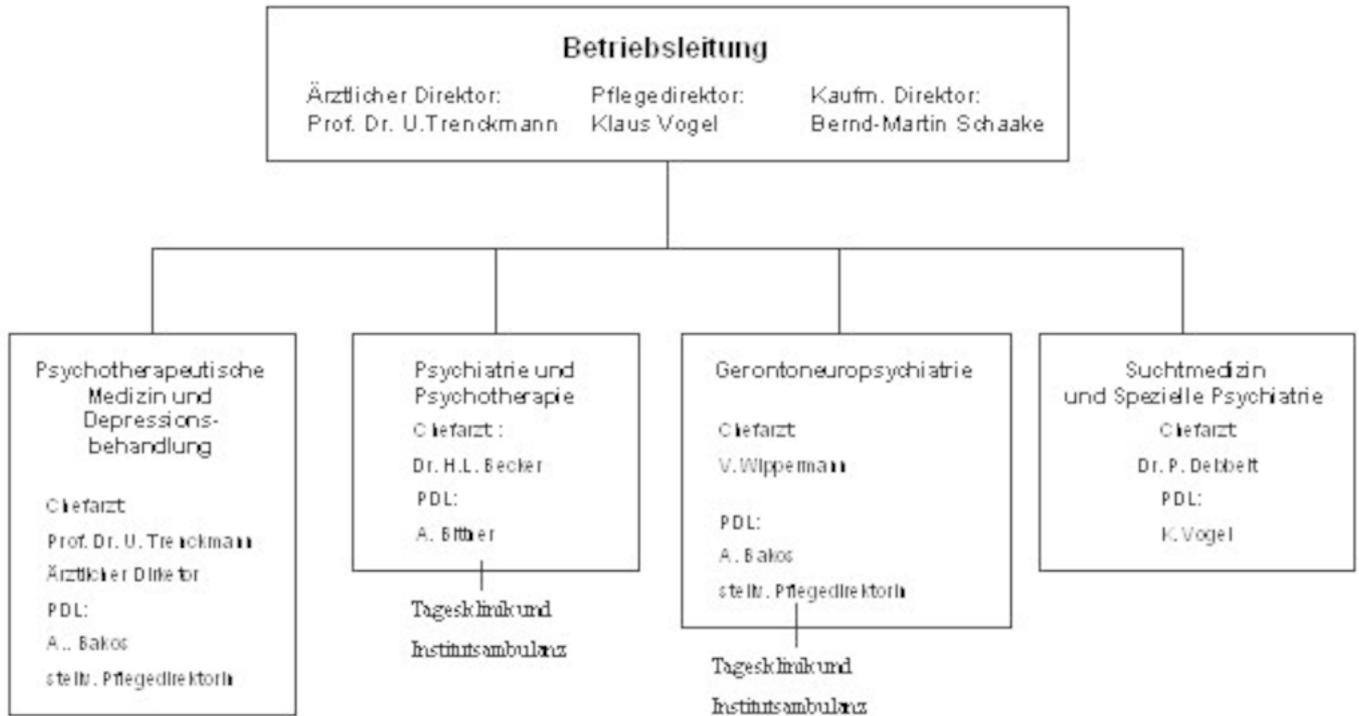
öffentlich

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

trifft nicht zu / entfällt

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Die Fachabteilungen der LWL-Klinik Hemer Hans-Prinzhorn-Klinik



Organigramm: Die Fachabteilungen der LWL-Klinik Hemer Hans-Prinzhorn-Klinik und ihre Tageskliniken

Die Organisation des Qualitätsmanagements folgt der Organisationsstruktur der Klinik und der ihrer Abteilungen. Hinzu kommt die Verwaltung mit ihren die Behandlung unterstützenden Prozessen.

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung ?

Ja

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Nr.	Fachabteilungsübergreifender Versorgungsschwerpunkt:	Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind:	Kommentar / Erläuterung:
VS00	Psychiatrie	Psychiatrie und Psychotherapie, Sucht und spezielle Psychotherapie, Gerontoneuropsychiatrie, Psychotherapeutische Medizin und Depressionsbehandlung	

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP03	Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare	
MP07	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiter	
MP08	Berufsberatung/ Rehabilitationsberatung	
MP10	Bewegungsbad/ Wassergymnastik	
MP11	Bewegungstherapie	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassungsmanagement	
MP16	Ergotherapie	
MP20	Hippotherapie/ Therapeutisches Reiten	
MP22	Kontinenztraining/ Inkontinenzberatung	
MP23	Kunsttherapie	
MP25	Massage	
MP27	Musiktherapie	
MP31	Physikalische Therapie	
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik	
MP34	Psychologisches/ psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP51	Wundmanagement	
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA01	Aufenthaltsräume	
SA12	Balkon/ Terrasse	
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA41	Dolmetscherdienste	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	für Wahlleistungspatienten
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	für Wahlleistungspatienten
SA04	Fernsehraum	
SA26	Friseursalon	
SA28	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)	
SA16	Kühlschrank	Für Wahlleistungspatienten
SA31	Kulturelle Angebote	
SA33	Parkanlage	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA17	Rundfunkempfang am Bett	für Wahlleistungspatienten
SA35	Sauna	
SA36	Schwimmbad	
SA42	Seelsorge	

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA18	Telefon	für Wahlleistungspatienten ohne Grundgebühr
SA19	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	für Wahlleistungspatienten
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-11.1 Forschungsschwerpunkte

Klinische Forschung, Evaluationsforschung (Psychotherapie), sozialegpidemiologische Forschung

A-11.2 Akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten:	Kommentar/Erläuterung:
FL02	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen:	Kommentar/Erläuterung:
HB06	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	
HB08	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V

362 Betten

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses:

Vollstationäre Fallzahl:

4037

Ambulante Fallzahlen**Quartalszählweise:**

13068

A-14 Personal des Krankenhauses**A-14.1 Ärzte und Ärztinnen**

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	41,6 Vollkräfte	
davon Fachärzte und Fachärztinnen	20,7 Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	1,5 Vollkräfte	

A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	169,3 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinn en	0 Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	15,3 Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinne n	9,7 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	5,7 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
Entbindungspfleger und Hebammen	0 Personen	3 Jahre	
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	
Arzthelferin/Stationsassistentinnen/PDL	17		

Teil B - Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-[1] Fachabteilung Allgemeine Psychiatrie (kopiert von IPQ 2006)

B-[1].1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Allgemeine Psychiatrie (kopiert von IPQ 2006)

Art der Abteilung:

Hauptabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

2900

B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte [Allgemeine Psychiatrie (kopiert von IPQ 2006)]

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Allgemeine Psychiatrie (kopiert von IPQ 2006):	Kommentar / Erläuterung:
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kinder- u. Jugendalter	Nur für Schizophrenie mit Beginn im Jugendalter
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Allgemeine Psychiatrie (kopiert von IPQ 2006):	Kommentar / Erläuterung:
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	

B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Allgemeine Psychiatrie (kopiert von IPQ 2006)]

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP01	Akupressur	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP58	Ethikberatung/Ethische Fallbesprechung	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/ Konzentrationstraining	
MP21	Kinästhetik	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manuelle Therapie	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP62	Snoozelen	
MP63	Sozialdienst	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	

B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Allgemeine Psychiatrie (kopiert von IPQ 2006)]

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA55	Beschwerdemanagement	
SA39	Besuchsdienst/"Grüne Damen"	
SA44	Diät-/Ernährungsangebot	
SA02	Ein-Bett-Zimmer	
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA25	Fitnessraum	
SA49	Fortbildungsangebote/Informationsveranstaltungen	
SA45	Frühstücks-/Abendbuffet	
SA27	Internetzugang	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen	
SA32	Maniküre/Pediküre	
SA47	Nachmittagstee/-kaffee	
SA51	Orientierungshilfen	
SA56	Patientenfürsprache	
SA52	Postdienst	
SA57	Sozialdienst	
SA54	Tageszeitungsangebot	
SA08	Teeküche für Patienten und Patientinnen	
SA09	Unterbringung Begleitperson	

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA38	Wäscheservice	

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:

4037

Teilstationäre Fallzahl:

274

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10- Ziffer* (3-stellig):	Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	F32	728	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
2	F33	643	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit
3	F10	572	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
4	F20	503	Schizophrenie
5	F19	249	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen
6	F43	159	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben
7	F31	147	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit
8	F25	121	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung
9	G30	118	Alzheimer-Krankheit
10	F60	110	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

B-[1].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Rang	ICD-10 Ziffer (3-5-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
------	---------------------------------	---------	---------------------------------

Rang	ICD-10 Ziffer (3-5-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	F32.2	611	*Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
2	F33.2	520	*Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
3	F10.2	494	*Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom
4	F20.0	455	*Paranoide Schizophrenie
5	F19.2	229	*Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom
6	G30.1	107	*Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn
7	F43.2	89	*Anpassungsstörungen
8	F60.31	86	*Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ
9	F11.2	67	*Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom
10	F25.1	51	*Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv

B-[1].7 Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr:	Art der Ambulanz:	Bezeichnung der Ambulanz:	Nr. / Leistung:	Kommentar / Erläuterung:
-----	-------------------	------------------------------	-----------------	--------------------------

Nr:	Art der Ambulanz:	Bezeichnung der Ambulanz:	Nr. / Leistung:	Kommentar / Erläuterung:
AM12	Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V			
AM08	Notfallambulanz (24h)			
AM07	Privatambulanz			
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Kernambulanz		
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Nein	Durch Kooperation mit Lungenklinik Hemer verfügbar
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein	
AA11	Elektromyographie (EMG)/ Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit	Messung feinsten elektrischer Ströme im Muskel		
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Nein	Durch Kooperation mit Lungenklinik Hemer verfügbar
AA00	Magnetstimulation			

Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich		Durch Kooperation mit Lungenklinik Hemer verfügbar
AA27	Röntgengerät/ Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)		Nein	
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall	Nein	
AA31	Spirometrie/ Lungenfunktionsprüfung			Durch Kooperation mit Lungenklinik Hemer verfügbar

B-[1].12 Personelle Ausstattung

B-[1].12.1 Ärzte und Ärztinnen:

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	41,6 Vollkräfte	
davon Fachärzte und Fachärztinnen	20,6 Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung:

Nr.	Facharztbezeichnung:	Kommentar / Erläuterung:
AQ01	Anästhesiologie	
AQ00	Geriatric	
AQ23	Innere Medizin	
AQ42	Neurologie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ52	Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ):	Kommentar / Erläuterung:
ZF09	Geriatric	
ZF36	Psychotherapie	
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	

B-[1].12.2 Pflegepersonal:

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	169,2 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	15,3 Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	9,7 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	5,7 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
Entbindungspfleger und Hebammen	0 Personen	3 Jahre	
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung:

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss:	Kommentar / Erläuterung:
PQ02	Diplom	
PQ03	Hygienefachkraft	
PQ10	Psychiatrische Pflege	

B-[1].12.3 Spezielles therapeutisches Personal:Für die Organisationseinheit/Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP29	Altentherapeut und Altentherapeutin	
SP51	Apotheker und Apothekerin	
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	
SP31	Bewegungstherapeut und Bewegungstherapeutin (z. B. nach DAKBT)/Tanztherapeut und Tanztherapeutin	
SP34	Deeskalationstrainer und Deeskalationstrainerin/Deeskalationsmanager und Deeskalationsmanagerin/Deeskalationsfachkraft (mit psychologischer, pädagogischer oder therapeutischer Vorbildung)	
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
SP36	Entspannungspädagoge und Entspannungspädagogin/Entspannungstherapeut und Entspannungstherapeutin/Entspannungstrainer und Entspannungstrainerin (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielehrer und Heileurhythmielehrerin/Feldenkraislehrer und Feldenkraislehrerin	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
SP06	Erzieher und Erzieherin	
SP10	Hippotherapeut und Hippotherapeutin/Reittherapeut und Reittherapeutin	

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP13	Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin/Maltherapeut und Maltherapeutin/Gestaltungstherapeut und Gestaltungstherapeutin/ Bibliotherapeut und Bibliotherapeutin	
SP14	Logopäde und Logopädin/Sprachheilpädagoge und Sprachheilpädagogin/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	
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	
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	
SP45	Sozialtherapeut und Sozialtherapeutin	
SP46	Sportlehrer und Sportlehrerin/Gymnastiklehrer und Gymnastiklehrerin/Sportpädagoge und Sportpädagogin	
SP28	Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte	

Teil C - Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

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

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

Teil D - Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

D1 Qualitätspolitik

Träger der Klinik ist der Landschaftsverband Westfalen -Lippe (LWL). Der LWL ist ein kommunaler Dienstleister in Westfalen-Lippe, dem westfälischen Landesteil von Nordrhein-Westfalen. Für die 8,5 Millionen Menschen in diesem Gebiet erfüllt der LWL schwerpunktmäßig Aufgaben in den Bereichen Soziales, Behinderte, Jugend und Sonderschulen, Gesundheit und Psychiatrie sowie der Kultur. Er unterhält z.B. für behinderte Kinder Sonderschulen, finanziert Arbeitsplätze in Werkstätten für Behinderte, berät die Jugendämter in den Kreisen und Gemeinden, unterhält große Museen zur Darstellung der Natur, Kunst und Geschichte Westfalens.

Ein wesentlicher Bestandteil des LWL ist der LWL-PsychiatrieVerbund mit derzeit 154 Einrichtungen für psychisch kranke Menschen an 27 Standorten, in denen rund 9.300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt sind. Durch die dezentrale Standortstruktur ist der Verbund räumlich nah bei den Bürgerinnen und Bürgern und stellt gleichzeitig ein erstklassiges Netzwerk von Spezialisten bereit.

Mit 14 psychiatrischen Fachkrankenhäusern, angesiedelt in Bochum, Dortmund, Gütersloh, Hamm, Hemer, Herten, Lengerich, Lippstadt, Marl-Sinsen, Marsberg, Münster, Paderborn und Warstein ist der LWL-Psychiatrieverbund ein entscheidender Grundpfeiler der regionalen psychiatrischen Versorgung. Rund 3.200 vollstationäre Behandlungsplätze für Erwachsene, Kinder und Jugendliche werden in den Fachkliniken angeboten.

Eine teilstationäre Behandlung wird in 36 Tageskliniken mit derzeit 613 Plätzen angeboten. 37 Institutsambulanzen unterstützen die Krankenhäuser und Tages-kliniken durch die ambulante Betreuung psychisch erkrankter Menschen.

Das Behandlungsangebot wird weiter ergänzt durch die Rehabilitation, Förderung und Pflege psychisch erkrankter bzw. geistig und / oder psychisch behinderter Menschen. Dies leisten 10 Wohnverbünde und 7 Pflegezentren, 5 LWL-Rehabilitationszentren für abhängigkeitskranke Menschen, das Hans Peter Kitzig Institut in Gütersloh und das Hermann-Simon-Institut in Warstein, die beide auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen spezialisiert sind, sowie 2 Tagesstätten in Dortmund und Marsberg. Darüber hinaus ist der Verbund Gesellschafter des Gemeindepsychiatrischen Zentrums Lippe gGmbH in Detmold, der Westfälischen Werkstätten gGmbH Lippstadt-Benninghausen und der Zentralen Akademie für Berufe im Gesundheitswesen gGmbH (ZAB) in Gütersloh sowie Träger des

Forschungsinstituts für seelische Gesundheit an der LWL-Universitätsklinik Bochum.

Die Einrichtungen des LWL-PsychiatrieVerbundes profitieren voneinander durch ein Netzwerk gemeinsamer Fortbildungsangebote und gemeinsame Entwicklungen wie z.B. die elektronische Patientenakte, neue Behandlungskonzepte, sowie durch ein vernetztes Qualitätsmanagement.

Der LWL-PsychiatrieVerbund strebt die kontinuierliche Verbesserung der Arbeit seiner Einrichtungen an und hat deshalb und entsprechend den gesetzlichen Vorgaben seit 2001 in allen Einrichtungen ein internes Qualitätsmanagement eingeführt, das sich nach den Standards der *Europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement (EFQM)* richtet. Er lässt sich dabei leiten von den Zielen der evidenzbasierten, dem Stand der Erkenntnis entsprechend optimalen und flächendeckenden Versorgung (Diagnostik, Behandlung, Pflege, Rehabilitation und Eingliederung) der Bevölkerung, der Patienten- bzw. Bewohnerorientierung, der Pflege und Entwicklung des Personals als der wichtigsten Ressource, der systematischen Gestaltung der wichtigsten Dienstleistungsprozesse und der Wirtschaftlichkeit (Effizienz) der Mittelverwendung. Jede Einrichtung hat besonders für das Qualitätsmanagement verantwortliche Mitarbeiter. Es werden zweijährlich Selbstbewertungen durchgeführt, daraus vordringliche Verbesserungsprojekte abgeleitet und umgesetzt, wobei die Einrichtungen in Nutzung der Verbundvorteile themenbezogen zusammen arbeiten und von einander lernen. Der Verbund strebt die Zertifizierung seiner Kliniken mit dem Qualitätssiegel der von den Spitzenverbänden des deutschen Gesundheitswesens gemeinsam getragenen *Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)* bis spätestens 2010 an; 9 von 14 Kliniken sind bereits zertifiziert. In den jährlichen Zielvereinbarungen zwischen der Trägerabteilung und den Einrichtungsleitungen werden wichtige Ziele der Qualitätsentwicklung vereinbart, und deren Erreichung wird überwacht.

Die LWL-Klinik Hemer Hans-Prinzhorn-Klinik ist darauf ausgerichtet, Patienten eine optimale Behandlung anzubieten. Die Verantwortung dafür liegt bei der Betriebsleitung. Indem sie die Mitarbeiter angemessen einbindet, macht sie dieses Qualitätsziel zum Ziel aller direkt und indirekt an der Behandlung Beteiligten.

Die Qualitätspolitik ist Instrument der Politik der Klinik. Dies ist im Leitbild festgeschrieben. Gesellschaft und Gesundheitssystem befinden sich im Wandel. Diese Klinik begreift sich als lernende Organisation. Sie geht aktiv mit laufenden Veränderungen ihrer Umwelt um und versucht, künftige Veränderungen zu antizipieren. Dabei wandeln sich Organisationsstrukturen, Arbeitsabläufe und Anforderungen an die Mitarbeiter. Bei allem Wandel gibt es einen festen Bezugspunkt, das ist unser Wertesystem mit den daraus abgeleiteten Zielen und handlungsleitenden Normen.

Wir fühlen uns grundlegenden humanistischen Werten verpflichtet, an denen wir uns im Umgang mit Patienten und im Umgang unter uns Mitarbeitern orientieren. In Zeiten der Globalisierung, wo die verschiedenen Kulturen und Religionen

stärker miteinander in Berührung kommen, ist es eine Frage der Sichtweise, ob Trennendes oder Verbindendes stärker in den Blick gerät. Kulturen und Religionen verbindend ist das Gebot, dass Menschen gut miteinander umgehen sollen, respektvoll, freundlich, den anderen anerkennend.

In Bezug auf den Patienten legen wir dieses Gebot so aus: Der Patient ist für uns zugleich Partner und Klient, der uns in schwieriger Situation anvertraut ist, auf dessen Bedürfnisse wir die Organisation der Klinik ausrichten, und den wir auf der Grundlage all unseres Fachwissens nach den Regeln der Kunst und den wissenschaftlichen Standards entsprechend zu behandeln suchen. An die Ressourcen des Patienten anknüpfend versuchen wir, Beschwerden zu lindern, die psychische Entwicklung günstig zu beeinflussen und soziale Integration zu fördern. Die Verbesserung subjektiver Lebensqualität ist ein weiteres wichtiges Ziel, das mit den zuvor genannten in engem Zusammenhang steht. Die Bewegungen von Patienten auf dem Kontinuum Krankheit - Gesundheit lassen sich als Prozeß verstehen, den die Klinik möglichst günstig zu beeinflussen sucht. Entsprechend der Maxime „ambulant vor stationär“ ist sie vielfältig eingebunden in das psychosoziale Netzwerk der Versorgungsregion, was für soziale Integration und Lebensqualität der Patienten von großer Bedeutung ist.

Gut miteinander umzugehen bedeutet für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Ebenen und aller Berufsgruppen, ein gutes Arbeitsklima zu schaffen, welches durch wechselseitigen Respekt, Freundlichkeit und das Gewähren von Anerkennung geprägt ist. Die Betonung des Teamgedankens und die regelmäßige Supervision der therapeutischen Arbeit tragen zum guten Arbeitsklima bei. So kann es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gelingen, die Klinik zu einer lernenden Organisation zu machen, die eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten auch unter sich wandelnden Rahmenbedingungen gewährleistet. Dazu gehört die Förderung von Motivation und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten durch großzügige Fort- und Weiterbildungsangebote.

Die Klinik setzt die verfügbaren Mittel ökonomisch und mit ökologischem Bewußtsein ein. Die Wirtschaftsweise ist wie alle unterstützenden Prozesse auf Transparenz hin orientiert. Dienstleistungsorientierung in den unterstützenden Prozessen ist uns Gebot.

Das Risikomanagement dient der Sicherheit von Patienten wie von Mitarbeitern. Im Mittelpunkt steht der kompetente Umgang von Mitarbeitern und Teams mit selbst- und fremd gefährdenden Impulsen von Patienten. Generell fördert die Einrichtung einen offenen Umgang mit Fehlern. Nur so kann es gelingen, aus Fehlern zu lernen und diese als Verbesserungspotentiale dem kontinuierlichen Verbesserungsprozeß zugute kommen zu lassen.

Auf guten Strukturen aufbauend wird Qualitätsentwicklung bei uns gezielt vorangetrieben. Das gilt für Medizin und Therapie, Pflege, Verwaltung, Wirtschaft und Technik gleichermaßen. Um kontinuierliche Verbesserungen zu erzielen, setzen wir das Partizipative Produktivitätsmanagement (PPM) ein. Orientierendes Rahmenkonzept, das besondere Ansprüche an die Führung stellt, ist das EFQM (European Foundation for Quality Management).

Wir erheben kontinuierlich Indikatoren von Prozeß- und Ergebnisqualität, bewerten diese und ziehen aus den Ergebnissen Konsequenzen. Das Qualitätsmanagement durchdringt alle Bereiche und Abteilungen.

D-2 Qualitätsziele

Die LWL-Klinik Hemer - Hans-Prinzhorn-Klinik setzt sich zum Ziel, bis zum Jahr 2010 führender Anbieter im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie im Märkischen Kreis und im Ennepe-Ruhr-Kreis zu sein. Mit spezialisierten Behandlungsangeboten (z.B. Therapie depressiver und Zwangsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörung) will sie zu den führenden Einrichtungen Nordrhein-Westfalens gehören.

Gleichzeitig will die Klinik verstärkt in die Öffentlichkeit gehen und über psychische Erkrankungen aufklären. Sie will auf diese Weise einen Beitrag zur Entstigmatisierung psychiatrischer Patienten und ihrer Angehörigen leisten.

D-2 Qualitätsziele

In Übereinstimmung mit der Qualitätsstrategie, die eine Arbeitsgruppe der GMK als Vision für das Jahr 2011 entwickelt hat, ist der Nutzen der Behandlung für den Patienten oberstes Ziel. Dabei geht es um objektive und subjektive Gesundheit, auch in längerfristiger Perspektive, um die Einbindung in den Behandlungsprozess und die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung, um Beschwerden und Symptome, um Erhalt und Verbesserung von Ressourcen, um soziale Integration wie um subjektive Lebensqualität. All das steht hinter dem Ziel, psychische Erkrankungen wirksam zu behandeln.

Ein weiteres wichtiges Ziel liegt darin, Gesundheit und Motivation der Mitarbeiter optimal zu fördern. Mitarbeiter sind die wichtigste Ressource einer jeden Organisation. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass ihre Fähigkeiten und ihre Kreativität der Einrichtung zugute kommen.

Eine ausgeprägte Dienstleistungsorientierung fördert die Kooperation zwischen den Berufsgruppen und sorgt für reibungslose Abläufe. Entsprechend verfolgt die Klinik das Ziel, die Dienstleistungsorientierung der Mitarbeiter aller Bereiche und Abteilungen zu verbessern.

Der Nutzen der Behandlung für den Patienten wird von Ärzten und Psychologen im Rahmen der Basisdokumentation

eingeschätzt. Die Therapeuten messen Schwere der Erkrankung und psychosoziales Funktionsniveau mithilfe standardisierter Skalen zu Beginn und am Ende der stationären Behandlung. Darüber hinaus kommen diagnosespezifisch psychologische Tests zum Einsatz, z.B. bei depressiven Störungen und bei der Borderline Störung. Die verschiedenen Aspekte der Zufriedenheit der Patienten mit der Therapie erfasst ein standardisierter Fragebogen, den jeder Patient am Ende des Aufenthaltes erhält mit der Bitte, die erlebte Behandlungsqualität einzuschätzen. Zusätzlich wenden wir das qualitative Instrument „Fokusgruppe“ an, um möglichst konkrete, detaillierte Anregungen für die Stationsteams zu bekommen.

Regelmäßige standardisierte Mitarbeiterbefragungen - seit 2000 wurden 5 Befragungen durchgeführt - , thematisieren u.a. gesundheitlich relevante Arbeitsbelastungen, belohnende Aspekte der Arbeit, Effizienz von Organisation und Leitung und subjektive Gesundheit. Zur Ergänzung wird gelegentlich das Instrument des qualitativen Interviews angewandt. Darüber hinaus messen zahlreiche Teams im Rahmen ihres partizipativen Produktivitätsmanagements (PPM) regelmäßig die Teamzufriedenheit.

Die Dienstleistungsqualität von Wirtschaft, Technik und Küche messen die Mitarbeiter mittels selbstentwickelter Fragebögen im Rahmen des partizipativen Produktivitätsmanagements (PPM). Um die Dienstleistungsqualität des Empfangs zu überprüfen, wurde ein Audit durchgeführt.

Die Klinikleitung erarbeitet und kommuniziert die Qualitätsziele auf verschiedenen Wegen. Wichtig sind Leitbild und Prozess der Leitbildentwicklung, wozu auch eine Open Space Veranstaltung gehörte, Mitarbeiterversammlungen und Konferenzen, die Klinikzeitschrift und schriftliche Mitteilungen an alle Mitarbeiter.

Große Bedeutung für die Kommunikation der Qualitätsziele besitzt die regelmäßige Rückmeldung des Grads der Zielerreichung. Diese Rückmeldung ist für die verschiedenen Indikatoren unterschiedlich organisiert. In jedem Fall ist die Definition von Verbesserungspotentialen Teil einer jeden Veranstaltung, in der die Zielerreichung kommuniziert wird.

Die Ergebnisse der Basisdokumentation zum Behandlungserfolg werden zunächst in der Morgenkonferenz den Ärzten, Therapeuten und der Pflegedirektion vorgestellt, dann per EDV allen Interessenten zugänglich gemacht und schließlich in den Abteilungskonferenzen für Abteilungen und Stationen ausdifferenziert.

Die Ergebnisse der Patientenbefragung gehen regelmäßig an die Stationsteams. Diese erhalten Daten und Verlaufskurven über einen 2-Jahres Zeitraum und haben gelernt, kleinere Zufallsschwankungen von relevanten Veränderungen zu unterscheiden. Ergebnisse von Fokusgruppen mit Patienten werden zeitnah mit den Stationsteams diskutiert.

Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung kommunizieren wir, ihrer Bedeutung entsprechend, auf verschiedenen Wegen. Dabei geht es immer auch um Verbesserungspotentiale. Zu nennen sind Mitarbeiterversammlung, auch Open Space Veranstaltung, Artikel in der Mitarbeiterzeitschrift sowie Konferenzen und Teams.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement (QM) hat die Ziele der Klinik zu unterstützen, so wie sie im Leitbild formuliert und in verschiedenen daraus abgeleiteten Konzepten konkretisiert sind (Beispiele: Behandlungskonzepte, Gesundheitsförderung der Mitarbeiter, Führungsgrundsätze, Wirtschaftlichkeit).

Zur Organisation des Qualitätsmanagements (QM) hat die Betriebsleitung (BL) eine Stabsstelle geschaffen. Die Stelle ist der BL zugeordnet mit besonderer Anbindung an den Ärztlichen Direktor.

Die Qualitätsmanagerin organisiert das QM unterstützt durch die Qualitätslenkungsgruppe (QLG), der die erweiterte BL, alle Abteilungsleitungen, die Stabsstelle Controlling, die Personalratsvorsitzende und der Leiter des Wohnheims für Abhängigkeitskranke angehören.

Führungskräfte aller Führungsebenen sind QM Beauftragte (QMBs) ihrer Abteilungen bzw. Stationen oder Unterabteilungen. Sie kooperieren mit der Qualitätsmanagerin bei Planung und Durchführung von Projekten, die der Qualitätsentwicklung dienen.

Das bedeutet für die Mitglieder der BL folgendes:

· Der Ärztliche Direktor ist dafür verantwortlich, dass die Berufsgruppe der Ärzte leitlinienorientiert und soweit als möglich evidenzbasiert behandelt, dass die Stationen Konzepte entwickeln und anwenden, dass ebenfalls störungsspezifische Konzepte entwickelt und angewandt werden, und dass die genannten Konzepte regelmäßig der Wissensentwicklung angepasst werden.

· Der Pflegedirektor ist dafür verantwortlich, dass in der Pflege den aktuellen die Abteilung betreffenden bzw. störungsspezifischen Standards entsprechend gearbeitet wird, bzw. dass neue Standards eingeführt werden.

· Ärztlicher und Pflegedirektor tragen gemeinsam die Verantwortung dafür, dass die Kooperation der beiden Berufsgruppen optimal und weitgehend einheitlich geregelt ist. Mit neuen Modellen der Teamarbeit setzen sie sich ggf. gemeinsam auseinander.

- Der kaufmännische Direktor ist dafür verantwortlich, dass in Verwaltung, Wirtschaft und Technik optimal gearbeitet wird.
- Die BL insgesamt trägt die Verantwortung für Qualität und Zukunftsorientierung der Klinik.

Das bedeutet für die Abteilungsleitungen allgemein, dass sie für die Durchsetzung der gegebenen Standards und die Entwicklung und Umsetzung neuer Standards in ihren Abteilungen verantwortlich sind. Es wird von ihnen erwartet, dass sie sich über aktuelle Trends informieren, diese gemeinsam mit den Peers der eigenen und anderer Kliniken bewerten und daraus Entscheidungen bzw. Vorschläge an die BL ableiten

Das bedeutet für die Angehörigen der dritten Führungsebene, zu der Oberärzte, Stationsleitungen und andere Leitungskräfte unterhalb der zweiten Führungsebene gehören, daß sie verantwortlich sind für die Umsetzung der von den Abteilungsleitungen vorgegebenen Standards, daß sie ihre Mitarbeiter entsprechend informieren, einführen und ggf. so schulen, daß die Anwendung der Standards gesichert ist. Darüber hinaus wird von ihnen erwartet, dass sie zur Entwicklung neuer Standards beitragen und ihre Mitarbeiter motivieren, innovative Ideen ins Team oder an die direkten Vorgesetzten heran zu tragen.

Für die Qualitätsmanagerin ergibt sich daraus die Trennung in Aufgaben, die sie selbst verantwortlich übernimmt bzw. die ein Team unter ihrer Leitung bearbeitet und in solche, bei denen ihr das oberste Projektcontrolling obliegt.

Das Projektcontrolling im weiten Sinn, d.h. nicht nur größere Projekte betreffend, sondern auch kleinere, wird parallel Top Down wie auch Bottom Up angelegt. Damit soll die Stabilität des Systems QM erhöht werden. Projektcontrolling Top Down umfaßt die Aufsicht von BL, Abteilungsleitungen, dritter Führungsebene. Als Projektcontrolling Bottom Up bezeichnen wir die routinemäßig ablaufende Meldung der Projektergebnisse (z.B. das fertige Aufnahmekonzept), bei größeren Projekten auch die Meldung wichtiger Zwischenergebnisse durch den Projektleiter sowohl an den Projekteigner (üblicherweise ein Mitglied der BL, bzw. der QLG), als auch an die Qualitätsmanagerin.

Wenn Projektziele nicht zu erreichen sind und/oder der Zeitplan nicht einzuhalten ist, sind Projekteigner und Qualitätsmanagerin zu informieren.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Die Klinik hat in vielen Jahren systematischer Qualitätsentwicklung ein großes Arsenal an Instrumenten des QM aufgebaut. Alle im folgenden beschriebenen Maßnahmen und Instrumente werden in der gesamten Klinik angewendet. Wo dies nicht der Fall ist wie etwa bei der Dekubitusprophylaxe, ist die entsprechende Begrenzung auf eine Abteilung angemerkt.

Zum Beschwerdemanagement: Wir unterscheiden das zentrale Beschwerdemanagement des Trägers, der seine Einrichtungen unter diesem Aspekt vergleicht und das dezentrale Beschwerdemanagement dieser Klinik. Das letztere bietet dem Patienten verschiedene Möglichkeiten, Kritik zu üben und auf Abhilfe seines Problems zu drängen. Es wird ihm mündlich und schriftlich nahegelegt, sich entweder bei der Person direkt zu beschweren, die als Ursache des Problems wahrgenommen wird, oder aber bei einer Vertrauensperson aus dem Team, oder beim ärztlichen oder beim Pflegedirektor. Unabhängig davon ist eine schriftliche Beschwerde beim Träger möglich. Die Adresse des Ansprechpartners hängt auf jeder Station aus. In Fokusgruppen geht es vor allem um jene ungünstigen Aspekte einer Station, die von mehreren Patienten als solche wahrgenommen werden.

Zentrale Themen eines psychiatrischen Risikomanagements sind Suizidprävention und Prävention fremdaggressiver Übergriffe. Zu beiden Themen werden regelmäßig interne Fortbildungen für Ärzte, Therapeuten und Pflegepersonal angesetzt. Die Teilnahme ist verpflichtend. Die Standards zur Suizidprävention - der des Trägers und der klinikeigene - sind im Netz hinterlegt und allen zugänglich. Der Aufbau eines Critical Incident Reporting System (CIRS) ist geplant.

Besonders schwierig zu behandelnde Patienten werden in Fallkonferenzen vorgestellt. Durch intensive Diskussion unter Beteiligung leitender Ärzte und erfahrener Psychologen werden diagnostische und Maßstäbe der Behandlung geklärt bzw. weiterentwickelt.

Zu Patienten- und Mitarbeiterbefragungen siehe D-2 Qualitätsziele.

Eine regelmäßig durchgeführte Einweiserbefragung prüft insbesondere Qualität und zeitnahes Eintreffen der Arztbriefe, aber auch die Möglichkeit, schnell einzuweisen und telefonisch fachlich kompetente Information zu erhalten. Bei Verbesserungsbedarf trifft die QLG entsprechende Entscheidungen.

Patienteninformation und Aufklärung genießen einen hohen Stellenwert. In Gruppen zur Psychoedukation, in der Gruppentherapie und in Einzelgesprächen wird kontinuierlich versucht, dem Patienten das Wissen zu vermitteln, das ihm den Umgang mit seiner Erkrankung erleichtert und der Besserung seines Zustand dient. Unterstützend werden gut lesbare

Broschüren sowohl dem Patienten als auch seinen Angehörigen zur Verfügung gestellt. Ob diese Bemühungen aus Patientensicht ausreichen, erfragen wir per schriftlichem Fragebogen als auch im Rahmen von Fokusgruppen.

Wartezeiten in der Diagnostik sind bei uns gering. Wir vermuteten ein Problem bei den Wartezeiten vor Aufnahme. Ein erstes Audit ergab, dass aufzunehmende Patienten sehr selten länger als 10 - 15 Min. warten müssen. Ein solches Audit ist regelmäßig zu wiederholen.

Entlassungsmanagement: Die Frage, ob sich die Patienten gut auf die Entlassung vorbereitet fühlen, ist Teil des strukturierten Interviews in der Fokusgruppe, dessen Ergebnisse im multiprofessionellen Team dargestellt, diskutiert und in Bezug auf Verbesserungspotentiale untersucht werden.

Zum Hygienemanagement, das die Hygienebeauftragte gemeinsam mit dem zuständigen Facharzt kontinuierlich ausbaut und verbessert, gehören als Kontrollinstrumente regelmäßig durchgeführte Stationsbegehungen, Begehungen der Küche und Audits. Dabei werden alle Bereiche der Klinik gleichermaßen erfaßt. Das MRSA-Management wird nach den Richtlinien des Robert Koch Instituts durchgeführt. Die Klinik nimmt teil am MRE Net des Märkischen Kreises. Dieses Netzwerk verfolgt das Ziel, das MRSA Management in den beteiligten Einrichtungen zu optimieren.

Die Abteilung Gerontoneuropsychiatrie wendet die nationalen Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe und zur Sturzprophylaxe an. Sie setzt die dazu gehörenden Meßinstrumente zur Evaluation regelhaft ein, um den Erfolg zu überprüfen.

D-5 Qualitätsmanagementprojekte

D-5 Qualitätsmanagementprojekte

Wir stellen im folgenden zwei ausgewählte Projekte vor, die im Jahr 2008 durchgeführt wurden.

Das Einarbeitungskonzept war zu verbessern, allgemeiner und berufsgruppenspezifischer Teil stärker auszudifferenzieren, ein Evaluationsinstrument zu entwickeln und die Evaluation durchzuführen. Hintergrund des Problems: Genauigkeit, Bekanntheitsgrad und Verbindlichkeit des bestehenden Einarbeitungskonzepts waren nicht zufriedenstellend. Ad hoc

Checks auf den Stationen und in der Verwaltung zeigten entsprechende Defizite auf.

In der Qualitätslenkungsgruppe (QLG), der die Betriebsleitung angehört, wurde das Ziel formuliert, ein angemessen differenziertes Einarbeitungskonzept zu entwickeln einschließlich einer Checkliste zur Begleitung eines jeden Einarbeitungsprozesses. Die QLG beauftragte die Qualitätsmanagerin mit der Projektleitung. Sie stellte mit Unterstützung der QLG ein multiprofessionelles Team zusammen, definierte Arbeitsschritte und Meilensteine und sorgte für die zeitgerechte Durchführung. Das vom Team verbesserte Einarbeitungskonzept wurde zunächst auf einer Station erprobt, einschließlich Checkliste und Einschätzung des Erfolges durch die Beteiligten.

Aus dem vom Projektteam erarbeiteten und von der QLG autorisierten Konzept:

„Die Schwerpunkte der Einarbeitung finden sich in einem allgemeinen Teil, der alle Mitarbeiter betrifft, in einem Bereich für ärztliche und in einem Teil für pflegerische Mitarbeiter wider. Die detaillierten Checklisten zur Einarbeitung werden dem neuen Mitarbeiter durch den direkten Vorgesetzten vorgestellt und erläutert.

Grundsätzlich gilt, dass alle Beschäftigten sich an den Konzepten der Abteilungen bzw. Stationen orientieren.

Der allgemeine Teil beinhaltet die Elemente, die für alle neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, unabhängig der Berufsgruppe, gleichwertig von Bedeutung sind.

Alle neuen Mitarbeiter werden zunächst auf die Schweigepflicht hingewiesen, dies dient dem Schutz eines jeden Klienten, welchen wir in unserer Einrichtung behandeln. Neue Mitarbeiter werden über die Gebäudestruktur informiert und auf den Lageplan hingewiesen. Der Umgang mit dem Notrufsystem und Informationen zum Brandschutz und Katastrophenschutz sind wichtige Aspekte, welcher den neuen Kolleginnen und Kollegen erläutert werden.

Das Leitbild der Hans-Prinzhorn-Klinik wird den Mitarbeitern vorgestellt und erläutert.

Ein Hinweis über die Verfahrensweisen über Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten dient sicherlich zur Motivation der neuen Kolleginnen und Kollegen. Über die Arbeitszeiterfassung werden die Mitarbeiter ebenso wie über das Abrechnungssystem aufgeklärt. Ansprechpartner zu den unterschiedlichen Bereichen werden den neuen Mitarbeitern mitgeteilt."

Das zweite Projekt galt dem Thema „Mobbing“. Gespräche mit dem Personalrat und der Gleichstellungsbeauftragten hatten gezeigt, dass trotz eines allgemein als gut eingeschätzten Arbeitsklimas dem Etikett „Mobbing“ zuzuordnende Verhaltensweisen vorkamen bzw. bestimmte Verhaltensweisen von Kollegen und/oder Vorgesetzten von den Betroffenen als Mobbing empfunden wurden. Ziel des Projektes war es, das Ausmaß des Problems zu erfassen, es soweit als möglich zu lokalisieren und Lösungen zu erarbeiten, die sowohl auf aktuelle Probleme zugeschnitten sein sollten als auch künftig Mobbing schon im Vorfeld verhindern sollten. Der Auftrag der Projektleitung einschließlich der Kommunikation der Problematik als auch des in die Wege Leitens organisatorischer und anderer praktischer Verbesserungen ging an die QMA. Die wissenschaftliche Leitung der Studie zum Ausmaß von Mobbing in dieser Klinik lag bei der sie durchführenden Studentin des Master-Studiengangs „Internationales Personal Management“ an der Universität Newcastle. Im Anschluss an eine Mitarbeiterversammlung, in der schriftliche Befragung aller (d.h. möglichst vieler) Mitarbeiter und qualitative Interviews mit

einigen Mitarbeitern angekündigt wurden, gaben wir die Fragebögen aus mit folgender Einleitung, die die Unterschriften von Betriebsleitung und Studienleitung trugen:

Der Begriff „Mobbing“ wurde Anfang der 80er Jahre von dem Sozialforscher Prof. Hans Leymann geprägt und bezeichnet einen ungelösten Konflikt zwischen Mitarbeitern, der eskaliert und zu einer gezielten Benachteiligung von einzelnen Mitarbeitern am Arbeitsplatz führt. Mehrere Studien haben gezeigt, dass Mobbing besonders häufig in sozialen sowie Gesundheitsberufen auftritt (Bundesamt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2002; Stadler, 2006). Als mögliche Ursachen von Mobbinghandlungen gelten typische Persönlichkeitsmerkmale von Mobbingopfern und -tätern und die betriebliche Situation und Arbeitsbedingungen. Der Fokus der bisherigen Mobbingforschung lag auf der Untersuchung der Persönlichkeitsmerkmale von Tätern und Opfern.

In dieser Studie soll daher der Schwerpunkt auf die - bisher weniger erforschten - organisationalen Faktoren gelegt werden, die Mobbinghandlungen indirekt fördern oder verhindern. Dazu wird zunächst untersucht, in wieweit in dieser Klinik eine relativ hohe oder niedrige Mobbingrate vorzufinden ist. Das kann natürlich nur gelingen, wenn möglichst viele Mitarbeiter den anonymen Fragebogen ausfüllen. Daher möchten wir Sie ganz herzlich um Ihre Unterstützung bitten! Anschließend werden einige persönliche Interviews stattfinden, in denen es um organisationale Bedingungen (wie z.B. Führung, Kommunikation und Arbeitsorganisation) und deren Zusammenhang mit Mobbing geht.

Der Fragebogen ist anonym, das heißt die Antworten sind nicht Ihrer Person zuzuordnen. Wir bitten Sie lediglich Ihre Berufsgruppe und Stationszugehörigkeit (falls vorhanden) anzugeben, so dass für mögliche Probleme anschließend gezielter nach Lösungen gesucht werden kann. Dennoch werden die erhobenen Daten natürlich garantiert absolut vertraulich behandelt."

Die Ergebnisse sowohl des quantitativen als auch des qualitativen Teils der Studie wurden zusammenfassend als Text zur Verfügung gestellt und im Rahmen einer Open Space Veranstaltung für alle Mitarbeiter ausführlich vorgetragen und diskutiert. Personalratsvorsitzende, Gleichstellungsbeauftragte und QMA wiesen an dieser Stelle auf ihre Ansprechbarkeit für innerbetriebliche Konflikte und Mobbing hin. Der Hinweis wurde in einer email an alle wiederholt.

Projekte haben nicht immer einen eindeutig fixierbaren Anfang. Das Problem, zu dessen Lösung sie durchgeführt werden, wurde möglicherweise schon früher gesehen und einige Teams oder auch einzelne Mitarbeiter befanden sich bereits auf der Suche nach Lösungen. Ebenfalls haben Projekte häufig kein eindeutig fixierbares Ende in dem Sinn, dass ihre Lösungsvorschläge tatsächlich Dinge verändern und einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess einleiten. Das gilt nicht nur für die beiden hier als Beispiele angeführten, sondern auch für verschiedene Projekte, die vor dem Jahr 2008 gestartet wurden. Anhaltend positive Folgen für Patienten haben u.a. die Einführung und strikte Durchführung von Expertenstandards wie Sturzprävention und Dekubitusprophylaxe.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Die Klinik ist nach KTQ zertifiziert (2005) und rezertifiziert (2008). Sie bereitet sich auf die erneute Zertifizierung im Jahr 2011 vor.

Wie schon im Abschnitt zur Qualitätspolitik beschrieben, orientiert sich die Klinik am Qualitätsmodell des EFQM. Alle 2 Jahre erarbeitet die Qualitätslenkungsgruppe ein Review, das sich an der Struktur des EFQM orientiert. Sie beschreibt die Ist-Situation - wo stehen wir? -, definiert die Ziele - wo wollen wir hin? - und entscheidet sich für Wege, auf denen die Ziele zu erreichen sind. Das bedeutet, es geht um Ziele zu den Kategorien Kunden, Mitarbeiter, Gesellschaft und Schlüsselergebnisse. Die Ergebnisse der EFQM Reviews informieren das zentrale QM des Trägers und werden dort kritisch in Zusammenhang mit den Zielvereinbarungen diskutiert.

Als Peer Reviews lassen sich die regelmäßig stattfindenden Sitzungen des Arbeitskreises der Qualitätskoordinatoren im LWL Psychiatrieverbund begreifen. Dort berichten die Kollegen der psychiatrischen Kliniken des Trägers einander über den Stand des QM in ihren Einrichtungen, über neue Projekte, über gute Ansätze bei der Einführung neuer Standards und versuchen, den gemeinsamen Kern ihrer Qualitätsphilosophie zu definieren.

Ein im Jahr 2009 begonnenes Projekt dient ebenfalls einer internen Selbstbewertung. Es geht um die Erfassung des erlebten Nutzens des QM. Wie erleben die Mitarbeiter, von denen die meisten in QM-Aktivitäten einbezogen sind, den Nutzen dieser Aktivitäten? Wird das PPM, das ja eine kontinuierliche Erfassung von Qualitätsdaten auf Teamebene erfordert, als hilfreich erlebt, da es Verbesserungspotentiale aufzeigt, oder wird der Aufwand als zu hoch eingeschätzt? Ist der hohe Aufwand, den eine Zertifizierung nach KTQ erfordert, sinnvoll? Verbessern die im Vorfeld durchgeführten Projekte, verbessert die Arbeit an der Selbstbewertung die Behandlungsqualität? Kann es im Gegenteil geschehen, dass die Involvierung vieler in das QM dazu führt, dass die Qualität der Patientenversorgung sinkt? Derartige Fragen werden in dieser Klinik mit einer betriebswirtschaftlichen Diplomarbeit untersucht. Wir erhoffen uns von der Diskussion, die dadurch ausgelöst wird, Ansätze

zur Verbesserung unseres QM.