



Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V
für das Berichtsjahr 2008

Krankenhaus: Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach
Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen

Anschrift: Schlodderdicher Weg 23a
51469 Bergisch Gladbach

Berichtsjahr: 2008

Einleitung

Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach ist eine moderne psychiatrische Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen, in der langjährige praktische Erfahrungen aus der Behandlung von Menschen mit substanzbezogenen Störungen in ein umfassendes und differenziertes Behandlungsangebot umgesetzt werden. Sowohl stationär als auch ambulant werden jährlich ca. je 1300 Patientinnen und Patienten versorgt. In der Klinik sind ca. 130 Mitarbeiter beschäftigt.

Die Verankerung im regionalen Hilfesystem der Stadt Köln und des Rheinisch-Bergischen Kreises sowie die intensive Kooperation in und mit den Fachgremien auf den unterschiedlichen Ebenen garantieren Aktualität und Qualität der therapeutischen Angebote. Trägerin der Klinik ist eine gGmbH (100%ige Tochter der Kreis-Krankenhaus Gummersbach GmbH), die die Gebote wirtschaftlichen Handels mit den Erfordernissen einer patientenorientierten und in die regionale Pflichtversorgung integrierten Behandlung in Einklang zu bringen versteht.



Die Psychosomatische Klinik umfasst 122 Betten, ist vertraglich in die regionale Pflichtversorgung Drogenabhängiger für Köln und den Rheinisch-Bergischen Kreis eingebunden, mit den 42 Betten für die qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger im Krankenhausbedarfsplan des Landes aufgenommen, hat einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V und ist von allen gesetzlichen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern anerkannt.

Das Behandlungsangebot umfasst

- ✚ eine Akutabteilung zur Qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger mit drei Stationen á 14 Betten (insgesamt 42 Betten),
- ✚ eine Abteilung zur medizinischen Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger mit stationärem und teilstationärem Behandlungsangebot (40 Betten),
- ✚ eine Abteilung zur medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger inkl. integrierter adaptiver Behandlungsphase (40 Betten, davon 30 in Wermelskirchen-Dabringhausen),
- ✚ eine Institutsambulanz mit Behandlungsangeboten für Patienten/-innen und betroffene Angehörige.

Zusätzlich hält der Träger

- ✚ einen komplementären Bereich (alltagsbegleitendes, aufsuchendes betreutes Wohnen) für Patienten/-innen aus dem Versorgungsgebiet sowie
- ✚ ein soziotherapeutisches Wohnheim für Drogenabhängige mit psychiatrischer Comorbidität (24 Plätze in 3 Wohngruppen á 8 Personen) vor.



Durch kontinuierlichen intensiven Austausch mit dem regionalen Netzwerk der Sucht und Drogenhilfe sowie überregionalen Institutionen und aktivem Schnittstellenmanagement streben wir die konsequente Umsetzung unserer umfassenden therapeutischen Angebote an unter Berücksichtigung der Ressourcen und Störungsbilder der Patienten/-innen und ihrem Lebensalltag gemäß unserem Leitbild. Durch intensive abteilungsübergreifende Kooperation innerhalb der Klinik und enge Zusammenarbeit mit allen Institutionen und Berufsgruppen des Hilfesystems unterstützen

wir die Patientinnen und Patienten in ihrem Reintegrations- und Genesungsprozess während des Krankenhausaufenthaltes und darüber hinaus entsprechend unserem Leitsatz „Integration statt Selektion“.

Die 3/2007 erreichte Erst-Zertifizierung nach KTQ haben wir genutzt, um unser Streben nach qualitativ hochwertiger Patientenversorgung einer internen Analyse und einer externen Begutachtung und Bewertung zu unterziehen sowie durch kontinuierliche Verbesserung unsere Arbeit weiterzuentwickeln. Seither haben wir zahlreiche Verbesserungsprojekte erfolgreich abgeschlossen und neue begonnen.



Inhaltsverzeichnis

A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	5
A-1	Allgemeine Kontaktdaten	5
A-2	Institutionskennzeichen	5
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-6	Organisationsstruktur des Krankenhauses	5
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	6
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses	6
A-11.1	Forschungsschwerpunkte	6
A-11.2	Akademische Lehre	6
A-11.3	Ausbildung in anderen Heilberufen	6
A-12	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V	6
A-13	Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten	7
A-14	Personal des Krankenhauses	7
A-14.1	Ärzte	7
A-14.2	Pflegepersonal	7
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheit / Fachabteilung	7
B-1.1	Qualifizierter Entzug Drogenabhängiger / Akutstation	7
B-1.2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung	7
B-1.3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit	8
B-1.4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit	8
B-1.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	8
B-1.6	Diagnosen nach ICD	9
B-1.6.1	Hauptdiagnosen	9
B-1.6.2	Weiter Kompetenzdiagnosen	9
B-1.7	Prozeduren nach OPS	9
B-1.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	9
B-1.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	9
B-1.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	9
B-1.11	Apparative Ausstattung	10
B-1.12	Personelle Ausstattung	10
B-1.12.1	Ärzte	10
B-1.12.2	Pflegepersonal	10
B-1.12.3	Spezielles therapeutisches Personal	10
C	Qualitätssicherung	11
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)	11
C-1.1	Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate	11
C-1.2	Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren	11
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	11
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	11
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	11
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	11
C-6	Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“)	11
D	Qualitätsmanagement	12
D-1	Qualitätspolitik	12
D-2	Qualitätsziele	13
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	14
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	14
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	15
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	15

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten

Name: Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach
Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen

Straße: Schlodderdicher Weg 23a
PLZ / Ort: 51469 Bergisch Gladbach

Telefon: 02202-206-0
E-Mail: thkuhlmann@psk-bg.de (Chefarzt Dr. med. Thomas Kuhlmann)
E-Mail: jmueller@psk-bg.de (Verwaltungsleiter Herr Johannes Müller)
Web-Adresse: <http://www.psk-bg.de>

A-2 Institutionskennzeichen

260531581

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

PSK Psychosomatische Klinik Bergisch Land gGmbH, freigemeinnützig

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

nein

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



Das Konzept der qualifizierten Akutbehandlung (Akutabteilung) integriert entzugs- und motivationsfördernde Behandlung und richtet sich an Patienten/-innen mit Abhängigkeit von jeglichen illegalen psychotropen Substanzen, Polytoxikomanie und psychiatrischer Comorbidität. Minderjährige Drogenabhängige werden im Einzelfall in Absprache mit Eltern bzw. Jugendämtern behandelt. Das Behandlungsangebot ist mehrdimensional angelegt (Einzel- und Gruppengespräche, Sport- und Kreativtherapie, Psychoedukation, Milieuthherapie) bei intensiver Vernetzung mit allen Institutionen des regionalen Netzwerks und vielen überregionalen Einrichtungen.

Die Abt. zur medizinischen Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger (A-Abt.) führt Behandlungen vollstationär und ganztägig ambulant durch, das Angebot der Abt. zur medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger verfügt über eine integrierte adaptive Phase, die Institutsambulanz führt auch muttersprachliche Behandlung in Polnisch, Russisch und Ukrainisch durch. Seit 8/2009 ergänzt ein soziotherapeutisches Wohnheim für Drogenabhängige mit psychiatrischer Comorbidität das Angebot.

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Ja, es besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-11.1 Forschungsschwerpunkte

Es bestehen Kooperationsverträge mit folgenden Aus- und Weiterbildungsinstitutionen: AVT (Köln), KLVT (Köln), Alfred-Adler-Institut (Aachen-Köln), KBAP (Bonn), VT-Institut (Bedburg-Hau), Ausbildungszentrum Dortmund der FernUni Hagen und der DGVT, ferner Zusammenarbeit mit Universität, Sporthochschule und Fachhochschule Köln im Rahmen von einzelnen Forschungsprojekten und Diplomarbeiten.

A-11.2 Akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL02	Dozentur / Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger/-in

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

Anzahl Betten im Akutbereich: 42

A-13 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Akutstationen: 996, vollstationäre Fallzahl

Psychiatrische Ambulanz: 1177, quartalszählweise

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte

Ärzte	Anzahl	Kommentar / Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	7,9 Vollkräfte	inkl. 1 Facharzt der Institutsambulanz
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,3 Vollkräfte	inkl. 1 Facharzt der Institutsambulanz
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	keine	

A-14.2 Pflegepersonal

Pflegekräfte	Anzahl	Ausbildungs- dauer	Kommentar / Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	18,1 Vollkräfte	3 Jahre	inkl. 1,7 Stelle der Institutsambulanz
Psychoedukativer Dienst	2,8 Vollkräfte	variabel (Studium)	Dipl.-Pädagoge Dipl.-Sozialarbeiter
Studentische Aushilfen	5,2 Vollkräfte	variabel (Studenten/-innen)	zur Unterstützung im Nacht- und Wochenenddienst

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheit / Fachabteilung

B-1.1 Qualifizierter Entzug Drogenabhängiger / Akutstation

Allgemeine Psychiatrie / SP Suchtbehandlung, Schlüssel 2950, bettenführende Hauptabteilung

Telefon: 02202-206-167

Fax: 02202-206-183

E-Mail: thkuhlmann@psk-bg.de (Chefarzt Dr. med. Thomas Kuhlmann)

E-Mail: gfranke@psk-bg.de (Oberarzt Gert Franke, Abteilungsleiter)

Web-Adresse: <http://www.psk-bg.de>

B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich	Kommentar
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Qualifizierter Entzug Drogenabhängiger

B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit

Nr.	Med.-pfleg. Leistungsangebot
MP07	Beratung / Betreuung durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen
MP08	Berufsberatung / Rehabilitationsberatung
MP15	Entlassungsmanagement / Brückenpflege / Überleitungspflege
MP23	Kreativtherapie / Kunsttherapie / Theatertherapie / Bibliothotherapie
MP33	Präventive Leistungsangebote / Präventionskurse
MP00	Psychoedukativer Dienst
MP34	Psychotherapeutisches Leistungsangebot / Psychosozialdienst
MP35	Rückenschule / Haltungsschulung / Wirbelsäulengymnastik
MP63	Sozialdienst
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
MP40	Spezielle Entspannungstherapie
MP00	Sporttherapie
MP51	Wundmanagement z. B. spezielle Versorgung
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen / Angebot ambulanter Pflege
MP52	Zusammenarbeit mit / Kontakt zu Selbsthilfegruppen

B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit

Nr.	Nicht Med. Serviceangebote
SA01	Aufenthaltsräume
SA55	Beschwerdemanagement
SA44	Diät-/ Ernährungsangebot
SA41	Dolmetscherdienste
SA25	Fitnessraum
SA45	Frühstücks-/Abendbuffet
SA28	Kiosk / Einkaufsmöglichkeiten
SA52	Postdienst
SA42	Seelsorge
SA57	Sozialdienst
SA54	Tageszeitungsangebot
SA58	Wohnberatung

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Stationäre Fallzahl: 996

B-1.6 Diagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen

Rang	ICD-10 Ziffer 3-stellig	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F11	852	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode
2	F19	98	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch
3	F12	16	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
4	F14	11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
5	F15	7	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien
6	F43	6	Reaktionen auf schwere Belastungen / Anpassungsstörungen
7	F10	≤5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
8	F13	≤5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa / Hypnotika
9	F25	≤5	Schizoaffektive Störungen

B-1.6.2 Weiter Kompetenzdiagnosen

Siehe B-1.6.1

B-1.7 Prozeduren nach OPS

Nicht zutreffend, es wurden keine Operationen und Prozeduren verschlüsselt

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Bezeichnung der Ambulanz: Institutsambulanz

Art der Ambulanz: (AM02) Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V), auch Ermächtigung nach § 116a SGB V

Angebotene Leistung: (VP01) Multiprofessionelle Beratung und Therapie von Suchtkranken und deren Angehörigen

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Nicht zutreffend

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Keine D-Arzt-Zulassung vorhanden.

B-1.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Kommentar / Erläuterung
AA00	Drogenanalysegerät	Bestimmung von Suchtmitteln im Urin (Drogenscreening), keine 24h-Notfallverfügbarkeit

B-1.12 Personelle Ausstattung

B-1.12.1 Ärzte

Ärzte	Anzahl	Kommentar / Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	7,9 Vollkräfte	inkl. 1 Facharzt der Institutsambulanz
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,3 Vollkräfte	inkl. 1 Facharzt der Institutsambulanz
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	keine	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Nr.	Zusatzweiterbildungen
ZF36	Psychotherapie
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung

B-1.12.2 Pflegepersonal

Pflegekräfte	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	18,1 Vollkräfte	3 Jahre	inkl. 1,7 Stellen der Institutsambulanz

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ10	Psychiatrische Pflege

Nr.	Zusatzweiterbildungen
ZP12	Praxisanleiter

B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal
SP00	Dipl.-Pädagoge/-in
SP13	Kunsttherapeut/-in
SP25	Sozialarbeiter/-in
SP26	Sozialpädagoge/-in
SP46	Sporttherapeut/-in

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

Das Krankenhaus hat 2008 keine Leistungen im BQS-Verfahren erbracht, da kein Fall von zu dokumentierender Dekubitusprophylaxe in der Psychiatrie vorlag.

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

Das Krankenhaus hat 2008 keine Leistungen im BQS-Verfahren erbracht.

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

Gemäß ihrem Leistungsspektrum nimmt die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach an keinem DMP teil.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach ist seit 3/2007 zertifiziert nach KTQ. Die Klinik nimmt zur Qualitätsüberprüfung seiner Drogenscreenings halbjährlich an den „Ringversuchen“ (Blindtests) des Referenzinstituts für Bioanalytik Bonn teil.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach unterliegt nicht der Mindestmengenvereinbarung (nicht zutreffend).

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

Gemäß ihrem Leistungsspektrum unterliegt die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach nicht der „Strukturqualitätsvereinbarung“ (nicht zutreffend).

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Unsere Qualitätsphilosophie spiegelt sich im **Leitbild der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach** wider. Es dient der grundlegenden Orientierung im täglichen Handeln aller Mitarbeiter/-innen in allen Bereichen:

Im Mittelpunkt steht der **Mensch in Bindung und Entwicklung**. Er ist untrennbar Teil einer sich ebenfalls entwickelnden **sozialen Mitwelt** und einer sich verändernden **natürlichen Umwelt**. Als Einrichtung des Gesundheitswesens haben wir den **Auftrag, Entwicklung zu fördern und Bindung zu stärken**.

Behandelte und Behandler befinden sich in einem gemeinsamen Prozess, in dem das Wohlergehen des Einzelnen, der Gemeinschaft und der Klinik als Ganzem aufeinander bezogen sind. **Ziel** ist die möglichst weitgehende **körperliche, seelische und soziale Gesundheit und Zufriedenheit** aller Beteiligten und der **Erfolg der Institution**.

- ✚ Unsere vorrangige Aufgabe ist die **bestmögliche fachliche und menschliche Begleitung und Behandlung** unserer Patienten und deren Angehörigen. Wir sehen Patienten ganzheitlich als Menschen in sozialen Bezügen (und nicht nur als Kunden), auf deren Bedürfnisse, Ressourcen und Begrenzungen wir respektvoll und so individuell wie möglich einzugehen bestrebt sind.
- ✚ Wir sind bestrebt, Patienten optimal **in ihrem Genesungsprozess zu unterstützen**, vor Ausgrenzung zu schützen und in ihren individuellen Besonderheiten zu akzeptieren. Wir fördern die **Eigenverantwortung** der Patienten und bieten **Hilfe zur Selbsthilfe**.
- ✚ Wir Mitarbeiter gehen **ehrlich, offen und wertschätzend** miteinander um und helfen uns gegenseitig, unabhängig von unserer Position und Berufsgruppenzugehörigkeit. Wir arbeiten **interdisziplinär, fachlich kompetent und engagiert** zusammen. Wir respektieren Eigenheiten und fördern unsere individuellen Stärken und Fähigkeiten. Konflikte werden konstruktiv ausgetragen.
- ✚ Wir streben danach, stets eine **hohe Qualität in allen Bereichen** unserer Arbeit zu erreichen und zu erhalten. Die Arbeitsabläufe in unserer Klinik sollen effizient und für Patienten und Mitarbeiter nachvollziehbar und in sich stimmig sein. Die Mitarbeiter werden an deren ständiger Optimierung aktiv beteiligt. Wir unterstützen **Lernprozesse** durch kollegiales Feedback, Supervision, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten.
- ✚ **Motivierte Mitarbeiter sind unser wichtigstes Gut**. Deshalb werden Mitarbeiter in Entscheidungen eingebunden und durch aktive Informationspolitik beteiligt. Die Kompetenzen jedes Mitarbeiters werden anerkannt, ihm wird entsprechende Verantwortung übertragen und so Eigeninitiative und berufliche Entwicklung gefördert.
- ✚ Wir **kooperieren aktiv nach außen** mit allen Personen und Institutionen, die an der Behandlung beteiligt sind, und streben eine konstruktive, vertrauensvolle und partnerschaftliche Zusammenarbeit an. Dies gilt insbesondere für Kosten- und Leistungsträger. Wir sind in der Region verankert, kooperieren eng mit dem lokalen Hilfesystem und sind **in der Öffentlichkeit präsent**, um unseren Auftrag der Bevölkerung transparent zu machen und den Dialog zu fördern.

- ✚ Wir wollen **ökonomisch erfolgreich** sein, um angemessen bezahlt zu werden, notwendige Investitionen zu tätigen, finanzielle Freiräume für Weiterentwicklungen zu schaffen und die Erwartungen von Kapitalgebern zu erfüllen.
- ✚ Wir wollen uns **als Institution weiter entwickeln**, unser Behandlungsangebot differenzieren und erweitern, Bewährtes erhalten und die Qualität unserer Arbeit kontinuierlich verbessern.

Dort, wo der Anspruch dieses Leitbildes noch nicht erfüllt werden konnte, sind **alle Beteiligten aufgefordert, ihr Handeln in Geist und Sinn dieses Leitbildes fortzuentwickeln.**

Im Vordergrund unseres **Qualitätsmanagements** steht ein strikt prozessorientierter Ansatz. Seinen Nutzen sehen wir hauptsächlich in folgenden Aspekten:

- ✚ Förderung des Qualitätsgedankens auf allen Ebenen.
- ✚ Schaffung einer Struktur, die gesetzten Ziele zu erreichen und dabei einen systematischen und kontinuierlichen Verbesserungsprozess einzuleiten.
- ✚ Transparenz für alle (internen und externen) Funktionsstellen und Entscheidungsträger; Verbesserung der Kommunikation untereinander.
- ✚ Optimierung der festgelegten Verfahren und Beherrschung der Prozesse.
- ✚ Sicherung und systematische Verbesserung der Abläufe; Erhalt des Erfahrungswissens bei Personalwechsel.
- ✚ Festlegung und Abgrenzung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.
- ✚ Verringerung der Reaktionszeiten (und der Kosten) bei der Entwicklung neuer Leistungen und bei Veränderungen im Markt.
- ✚ Verbesserung der Konkurrenzfähigkeit.
- ✚ Erleichterung des Nachweises von Haftungsfragen.

D-2 Qualitätsziele

Die Betriebsleitung erstellt jährlich eine das Leitbild berücksichtigende Zielplanung, die in regelmäßigen Zeitabständen überprüft und ggf. angepasst wird. Die Ziele orientieren sich an den Anforderungen des Gesetzgebers, der Kosten- und Leistungsträger, der therapeutischen Konzepte, den Erfahrungen mit Patienten, Mitarbeitern und Einweisern, den Ergebnissen des QM-Prozesses sowie den ökonomischen Möglichkeiten. In Absprache mit der Geschäftsführung werden Qualitätsziele formuliert, vereinbart und in intensiver Kommunikation mit den Mitarbeitern umgesetzt.

Wichtigste Qualitätsziele für 2008 waren: Auswertung der Erfahrungen, Rückmeldungen und Anregungen aus dem abgeschlossenen Zertifizierungsprozess nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) und ihre Umsetzung in konkrete Verbesserungsprojekte; Entwicklung von Maßnahmen zum Erhalt der guten Belegungssituation und damit Stabilisierung der wirtschaftlichen Situation.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die **Klinikleitung** trägt die Gesamtverantwortung für die Einrichtung und somit für die Qualität der Dienstleistung. Sie hat die Pflicht, das Qualitätsmanagementsystem regelmäßig zu bewerten, um seine ständige Eignung und Wirksamkeit sicherzustellen.

Sie legt die Qualitätspolitik und -ziele fest und ist außerdem zuständig für: die Optimierung der Teilprozesse im Rahmen der Überprüfung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems; die Kommunikation mit den Mitarbeitern bezogen auf die Qualitätspolitik und die Einhaltung der Qualitätsziele; die Prüfung und Umsetzung der externen Vorgaben durch den Gesetzgeber und die Leistungsträger; die Anwendung von freigegebenen Behandlungskonzepten und deren Weiterentwicklung; die Einberufung und Leitung des Lenkungskreises zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems; die Bereitstellung des nötigen Personals und der Mittel zur Erhaltung des Qualitätsmanagementsystems; Planung, Erstellung, Überwachung und Korrektur des Qualitätsmanagementsystems entsprechend der Maßgaben des gewählten Qualitätsmanagementsystems und der gesetzlichen Vorgaben; Planung, Durchführung und Bewertung interner Qualitätsaudits.

Das Qualitätsmanagement wird als Schnittstellenaufgabe verstanden, die alle Bereiche der Klinik umfasst. Die Koordination der QM-Aufgaben übernimmt die QMB-Gruppe (**Qualitätsmanagement-Beauftragten-Gruppe**), die von den Abteilungsleitern bzw. Oberärzten der beiden Reha-Abteilungen und der Akutabteilung gebildet wird. Daneben gibt es Beauftragte für spezielle QM-relevante Gebiete. Die QMB-Gruppe untersteht direkt der Betriebsleitung (BL).

Die QMB-Gruppe hat u. a. folgende Aufgaben: Entwicklung und Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems innerhalb der Einrichtung, Schulung und Beratung der Mitarbeiter, Vorbereitung und Begleitung des Selbstbewertungs- und des KTQ-Zertifizierungsverfahrens sowie Begleitung und Kontrolle des nach Abschluss der Zertifizierung einsetzenden kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

Es existiert ein **Lenkungskreis**. Er hat die Aufgabe, die Einführung, die Anwendung und die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement-Systems zu steuern. In ihm sind alle wesentlichen Arbeitsbereiche der Klinik sowie die Klinikleitung und die Mitarbeitervertretung repräsentiert. Er trifft Grundsatzentscheidungen auf der Basis der festgelegten Qualitätspolitik und der Qualitätsziele. Der Lenkungskreis unterstützt die QMB-Gruppe bei der Einführung und Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems.

Die Klinikleitung setzt interne **Qualitätszirkel** ein. Qualitätszirkel sind projektbezogene Arbeitsgruppen, die Verbesserungsmöglichkeiten in einem umschriebenen Arbeitsbereich entwickeln und der Klinikleitung präsentieren. Qualitätszirkel werden moderiert und sind in der Regel mit Mitarbeitern aus den entsprechenden Arbeitsbereichen besetzt.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Im Rahmen des internen Qualitätsmanagements werden folgende Methoden eingesetzt: Arbeit in Qualitätszirkeln / Projektgruppen, Erhebung von Prozess-Indikatoren, Durchführung von Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, Beschwerdemanagement. Während der regelmäßigen Teamsitzungen und der Treffen der Qualitätszirkel werden kritische Ereignisse und Fehler analysiert, bewertet und adäquate Korrekturmaßnahmen eingeleitet.

Die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses folgt dem PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act).

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

2008 wurden 12 Verbesserungsprojekte vorbereitet, erarbeitet und beschlossen: P01 Mitarbeiterorientierung (Auswertung und Konsequenzen der letzten Mitarbeiterbefragung), P02 Klinikbroschüre / Informationsmaterial (Aktualisierung und Überarbeitung), P03 Mitarbeiter-Tätigkeitsprofile (Erstellung von einheitlichen, abteilungs- und berufsspezifischen Tätigkeitsprofilen), P04 Verhaltenspläne im Notfall (Optimierung des allgemeinen und medizinischen Notfallmanagements), P05 Feuerwehrezufahrt (Dokumentation der Feuerwehrezufahrt, Einrichtung eines Schlüsseldepots), P06 Rettungs- und Fluchtpläne (Überarbeitung nach den behördlichen Vorgaben).

P07 Patientenbefragung (Einführung einer kontinuierlichen Befragung in allen Abteilungen der Klinik), P08 Sozialmedizinische Beurteilung (Erarbeitung einer einheitlichen Vorgehensweise bei allen Ärzten/-innen und Psychotherapeuten/-innen der Klinik, Schulung), P09 Kennzahlenmanagement (Verbesserung des Kennzahlenmanagements, Vereinheitlichung), P10 Konsiliardienst (Systematisierung und Auswertung von Konsilen), P11 Mitarbeitergespräche (Erarbeitung von Rahmenbedingungen zur Führung und Dokumentation), P12 Informationsweitergabe (Optimierung der Informationsweitergabe innerhalb der Klinik und zwischen ihren Teilbereichen).

Ein Teil der Projekte konnte bereits Anfang 2009 abgeschlossen werden, andere befinden sich in einem fortgeschrittenen Umsetzungsstadium.

KTQ-Rezertifizierung

Seit Sommer 2009 laufen die Vorbereitungen zur KTQ-Rezertifizierung. Zu den sechs qualitätsrelevanten Bereichen wurden abteilungsübergreifende, multidisziplinär besetzte Arbeitsgruppen gebildet: Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit, Informationswesen, Klinikführung und Qualitätsmanagement, die von Kategorieverantwortlichen geleitet werden. Dabei kann auf die Erfahrungen bei der Erstzertifizierung zurückgegriffen werden. Es wurden insgesamt 8 Arbeitsgruppen gebildet, in denen ständig ca. 30 Mitarbeiter/-innen mitarbeiteten, von denen mehr als 10 in der Vergangenheit an einem mehrtägigen Moderatorentertraining teilgenommen hatten.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach ist seit 3/2007 KTQ-erstzertifiziert, die Rezertifizierung ist für Anfang 2010 geplant.

Der KTQ-Qualitätsbericht 2007 zur Klinik kann auf der KTQ-Homepage unter http://www.ktq.de/ktq_qualitaetsberichte/ktq_images/gbt_711.pdf eingesehen werden.

