

The logo for LWL, consisting of the letters 'LWL' in a bold, blue, sans-serif font.

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ - QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 5.0 für Krankenhäuser

Krankenhaus: **LWL-Klinik Herten**
Anschrift: Im Schlosspark 20
45699 Herten

Institutionskennzeichen: **260551198**

Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer: 2009 – 0124 K

durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:

QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH

Datum der Ausstellung: 19.12.2009

Gültigkeitsdauer: 18.12.2012

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Einleitung	5
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	8
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung.....	12
3 Sicherheit im Krankenhaus.....	15
4 Informationswesen	18
5 Krankenhausführung	20
6 Qualitätsmanagement	23

Vorwort der KTQ®

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize und alternative Wohnformen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR), der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e.V. (HB) und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen¹. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie-, und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ® somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen, von Praktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Krankenhausbereiche überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte, Informationen über das betreffende Krankenhaus in standardisierter Form veröffentlicht.

¹ zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, IKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Die Knappschaft

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges 5.0. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet im zweijährigen Turnus den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass die LWL Klinik Herten mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Spitzenverbände
der Krankenkassen

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

Andreas Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr.med. R. Quast

Für den Hartmannbund

Einleitung

Die LWL-Klinik Herten ist als gemeindenah arbeitendes Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin für die psychiatrische Vollversorgung der Städte Recklinghausen, Herten, Dorsten, Marl und Haltern zuständig. Für die ca. 400.000 Menschen im Kreis Recklinghausen bietet es darüber hinaus Behandlungen auf seinen vorhandenen Spezialstationen. Es verfügt über 172 Betten, 60 tagesklinische Behandlungsplätze, eine Institutsambulanz sowie diverse Spezialambulanzen. In der LWL-Klinik Herten werden alle Krankheitsbilder der Psychiatrie und Psychotherapie einschließlich der Gerontopsychiatrie und der Suchtmedizin behandelt. Die Behandlung kann vor-, voll-, teil- und poststationär sowie ambulant erfolgen.

Der therapeutische Gedanke der LWL-Klinik Herten spiegelt sich in ihrem Leitbild wieder. Dort heißt es u.a.: Wenn die Seele leidet: Psychische Krisen und Erkrankungen werden meistens von Angst, Misstrauen und Einsamkeit begleitet. Psychiatrische Behandlung muss Sicherheit geben, Vertrauen schaffen und Gemeinsamkeit herstellen.

Unser Team: Wir wollen Angst mit Sicherheit und Schutz begegnen. Misstrauen halten wir unsere Offenheit und Ehrlichkeit entgegen. Gegen Einsamkeit bieten wir persönliche Begleitung. Verletzlichkeit erfordert unseren Respekt, unsere Freundlichkeit und Wärme.

Wege der Genesung: Der psychisch kranke Mensch, sein individuelles Krankheitsbild und der dynamische Verlauf des Heilungsprozesses bestimmen den Einsatz der verschiedenen therapeutischen Mittel. Die LWL-Klinik Herten versteht sich als Zentrum für die psychische Gesundheit der Frau und des Mannes. D.h., alle Behandlungsangebote richten sich nach den gemeinsamen und unterschiedlichen Bedürfnissen von Frauen und Männern und ermöglichen so einen störungsspezifischen und patientenzentrierten Therapieansatz. Vor diesem Hintergrund verstehen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der therapeutischen Teams die Behandlung der Patienten als ihre gemeinsame Aufgabe, mit dem Ziel, dem Patienten wieder ein Leben in seinem gewohnten sozialen Umfeld zu ermöglichen.



Die Klinik ist in neun maximal zweigeschossige Gebäude aufgeteilt, die in eine großzügige Parkanlage integriert sind. Zur Eröffnung der LWL-Klinik Herten im Jahre 1985 wurde die gesamte Krankenhausanlage neu erbaut. Zusätzlich zu den Therapie- und Funktionsgebäuden gehören die Schlosskapelle Herten sowie das Wasserschloss Herten zum Terrain des Hauses. Als Rittersitz erstmals im Jahre 1376 erwähnt, wurde

das Schloss in der heutigen Form im Jahre 1702 erbaut. Hier sind die Ergotherapie, Bewegungstherapie (Sporthalle), die Kegelbahn sowie die Trainingsküche beheimatet. Darüber hinaus werden zwei Seminarräume und ein Therapieraum ständig im Schloss genutzt. Weiterhin lassen sich im Südflügel Ausstellungsräume für Ergotherapie finden.

Seit der Renovierung in den 70er Jahren gehört das Schloss Herten zu den schönsten Baudenkmälern in Nordrhein-Westfalen. Schloss und Schlosspark dienen seither als Kulisse für verschiedene bedeutende Kulturveranstaltungen der Region, so für das Kulturfestival Ruhr, die Hertener Schlosskonzerte und den Pfingst-Kunstmarkt. In unmittelbarer Nachbarschaft der Klinik liegt der circa 30 Hektar große Schlosspark und der 200 Hektar große Schlosswald, der den Patienten auch von der Lage Ruhe und Erholung bietet. Eine weitere Möglichkeit der Entspannung bietet die von der Klinik geführte Cafeteria mit Sitzplätzen im Inneren und auf der Außenterrasse, die zum Verweilen einladen. Trotz der idyllischen Lage ist die Klinik nur etwa fünf Gehminuten vom Stadtzentrum Herten entfernt

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 Tageskliniken 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 Wohnverbände 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 Betriebsleitung gewährleistet auf Basis der Krankenhausbetriebssatzung die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements. Sie lässt sich dabei von der Stabsstelle "QM und Organisationspsychologie" unterstützen. Diese ist verantwortlich dafür, dass Qualität sowie deren Sicherung und Entwicklung, in den Prozessen, Behandlungsteams und in der Gesamtorganisation gelebt werden kann.

Die Verantwortlichen haben sich als Ziel des Qualitätsmanagements die Sicherung und Steigerung der Patientenzufriedenheit gesetzt. Medizinisch-therapeutische Erfolge, humanitäre Arbeitsbedingungen und Wirtschaftlichkeit sind dabei die tragenden Säulen. Aus dieser Vorstellung heraus entstehen die Themen des QMs in den konkreten Arbeitstätigkeiten der multidisziplinären Behandlungsteams. Dort werden sie aufgegriffen und von den handelnden Personen bearbeitet und weiterentwickelt. Die Bearbeitung erfolgt hierarchie-übergreifend, so dass die Führungskräfte nicht nur eingebunden sind, sondern über die Entwicklung hinweg die Verantwortung für die Qualität übernehmen. Der Qualitätsmanager fungiert dabei als "interner Berater", Moderator und Coach. Das Unternehmensziel der Qualität ist insgesamt "in die Linie" eingezogen und wird gelebt.

In der LWL-Klinik Herten wird das TQM-Konzept verfolgt, wobei Qualität als größtmögliche Patientenzufriedenheit und Behandlungsdichte, auf der Basis von medizinisch-therapeutischen Erfolgen, hoher Mitarbeiterzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit definiert ist. Alle Erfolgsfaktoren dieser Führungsziele leiten sich aus dem Managementmodell der EFQM ab. Qualität wird -im Sinne "Kaizen"- durch die ausführenden Mitarbeiter unter organisatorischen und fachlichen Hilfestellungen immer weiterentwickelt.

Die KTQ-Kriterien beschrieben von LWL-Klinik Herten

1 Patientenorientierung im Krankenhaus

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

Das Krankenhaus gewährleistet im Vorfeld der stationären Versorgung eine an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung.

Bereits im Vorfeld der Aufnahme finden Absprachen zur Terminierung und Behandlung mit den Patienten und seinen Einweisern statt, um direkt eine störungsspezifische, individuumzentrierte Behandlung einleiten zu können. 10 Stationen, 3 Tageskliniken, die Instituts- und die Spezialambulanzen, eine Suchtsprechstunde sowie die ambulante Arbeit der Klinikärzte und der Ergotherapie ermöglichen neben der stationären auch vor- und nachstationäre Behandlungen. Ein ständiger Aufnahmedienst gewährleistet rund um die Uhr die akute Aufnahme Behandlungsbedürftiger.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

Innerhalb des Krankenhauses ist die Orientierung für Patienten und Besucher sichergestellt.

Unser dezentral angelegtes Krankenhaus ist mit einem aktuellen Wegeleitsystem ausgestattet. An allen Zugängen, Verzweigungspunkten und Gebäuden befinden sich Hinweisschilder und Wegweiser. Die Mitarbeiterinnen der Information helfen qualifiziert und unterstützen die Patienten und Besucher unserer Klinik bei der Orientierung. Akut aufgenommene Patienten werden stets vom Aufnahmedienst auf ihre Station begleitet und zwei Liegendanfahrten sowie der pflegerische Aufnahmedienst gewährleisten die komfortable Aufnahme in der Bewegung eingeschränkter Patienten.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

Die Aufnahme erfolgt koordiniert unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patienten nach Information, angemessener Betreuung und Ausstattung.

Die administrative und therapeutisch-pflegerische Aufnahme findet direkt auf der Station statt. Dies gewährleistet, neben minimalen Wartezeiten, bereits vom Beginn des Aufenthaltes an, eine kontinuierliche, vertrauensvolle Behandlungsbeziehung. Akute Notfälle werden durch den ärztlich-pflegerischen Aufnahmedienst empfangen und nach der Indikationsstellung zur Aufnahme auf die zuständige Station begleitet. Strukturierte Aufnahmegespräche gewährleisten eine koordinierte Informationssammlung als Grundlage einer hochwertigen Behandlung.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen der Notfallambulanz, der Medizinischen Versorgungszentren (Psych.: der psychiatrischen Institutsambulanz), der Wiedereinbestellungsambulanz oder der Ermächtigungsambulanz (Uni.: Spezialambulanzen) verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.

Die Institutsambulanz und die ambulante Arbeit der Stations- und Fachärzte und der Ergotherapie stellen eine hohe Kontinuität im Behandlungsverlauf und in der Vernetzung der ambulanten und (teil-)stationären Angebote sicher. Störungsspezifische ambulante Angebote liegen im Bereich der Suchtmedizin, der Gerontopsychiatrie, der Früherkennung und der ADHS-Diagnose sowie für Spezialstationen, z.B. der Depressionsstation oder der Mutter-Kind-Einheit, vor. Die hohe Qualifikation der Mitarbeiter und die Vielfalt der Angebote gewährleistet eine hochwertige Versorgung.

1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung.

1.2.1 Ersteinschätzung

Für jeden Patienten wird ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung darstellt.

Zu Beginn der Behandlung führt der aufnehmende Arzt eine umfassende Aufnahmeuntersuchung durch, in der neben der psychiatrischen und somatischen Befundung auch die ersten Behandlungsschritte eingeleitet werden. Diese Einschätzung wird binnen 24 h von einem Facharzt überprüft. In der pflegerischen Aufnahmeanamnese werden die pflegerischen Behandlungsschritte eingeleitet, innerhalb der ersten drei Tage die Pflegediagnosen gestellt und die Pflegeplanung formuliert. Hierbei sind die Erwartungen des Patienten an seine Behandlung und Pflege integraler Bestandteil.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

Vorbefunde werden soweit wie möglich genutzt und zwischen dem betreuenden Personal ausgetauscht.

Die internen und externen Vorbefunde, vor allem früherer Krankheitsepisoden, bilden einen wichtigen Bestandteil für die Behandlung und gehen in die Aufnahmebefundung und Therapie- sowie Pflegeplanung ein. Bei den oft wiederkehrenden Krankheitsepisoden der psychiatrischen Patienten ist die langjährige Kontinuität der Behandlung ein wichtiger Genesungsfaktor und Vorbefunde werden deshalb stringent einbezogen. Externe Vorbefunde werden nur mit Zustimmung des Patienten angefordert und genutzt. Für die internen Informationen steht das Archiv 24 h zur Verfügung.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

Für jeden Patienten wird der umfassende Behandlungsprozess unter Benennung der Behandlungsziele festgelegt.

Die multidisziplinäre Behandlungsplanung erfolgt in den ersten Tagen. Dort stimmen die einzelnen Berufsgruppen, d.h. der ärztlich-psychologische Dienst, der Pflegedienst, die Ergotherapie und der Sozialdienst, ihre individuellen Planungen im Gesamtbehandlungsplan ab. Genutzt werden dazu Informationen aus dem Aufnahmegespräch, der Visite, der Pflegeevaluation sowie den verschiedenen Verlaufsberichten und dokumentierten Einzelgesprächen. Der Gesamtbehandlungsplan wird wöchentlich evaluiert und durch den behandelnden Arzt verantwortet.

1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Bereits bei der Aufnahme werden die Probleme, Bedürfnisse und Möglichkeiten des Patienten erhoben und eine gemeinsame Zielplanung durchgeführt. Der Patient hat die Möglichkeit, neben dem Wochenplan der Station, einige optionale Therapieangebote auszuwählen, z.B. in der Ergotherapie oder pflegerisch geleitete Gruppen und so die Behandlungsplanung mit zu gestalten. Die individuellen Behandlungsziele in den Gruppen- und Einzeltherapien werden zwischen dem Patienten, den Therapeuten und der Bezugspflegekraft vereinbart und die verschiedenen Maßnahmen initiiert.

1.3 Durchführung der Patientenversorgung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten erfolgt in koordinierter Weise gemäß multiprofessioneller Standards, um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen.

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards durchgeführt.

Um eine hochwertige Behandlung und Pflege durchzuführen, sind die Anwendung von Leitlinien und die Durchführung des Pflegeprozesses sowie die Stellung der Pflegediagnosen sichergestellt. Ebenso wird eine Anzahl von hausinternen Standards eingesetzt. Der Facharztstandard ist 24 h gewährleistet und die multidisziplinären Teams erbringen eine individuumzentrierte, störungsspezifische Behandlung. Die Patienten werden umfassend aufgeklärt und die umfassenden therapeutischen Angebote sowie die gute Ausstattung garantieren eine abwechslungsreiche Therapie.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Der Patientenversorgung werden Leitlinien mit, wo möglich, Evidenzbezug zugrunde gelegt.

Unsere Behandlung orientiert sich an den Leitlinien der Fachgesellschaften, der NANDA-Pflegediagnosen, des Pflegeprozesses und hausinternen Standards. Hauseigenen nutzen wir die Bezugspflegekonzepte sowie die Einschätzungs- und Überprüfungsinstrumente für Sturz, Suizid und Druckgeschwüre. Die einzelnen Vorgaben werden in den internen Fortbildungen vermittelt und die Einhaltung überprüft. Eine Aktualisierung und Evaluation erfolgt stets zeitnah. Die Pflegedirektion erhebt die Anwendung der pflegerischen Leitlinien und Standards monatlich in der Pflegestrukturerhebung.

1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

Der Patient wird in alle durchzuführenden Behandlungsschritte und Maßnahmen der Versorgung einbezogen und seine Umgebung ist patientenorientiert gestaltet.

Die Patienten und ggf. deren Angehörige, werden intensiv in die gesamte Behandlung von der Aufnahme bis zur Entlassung einbezogen. Durch die Bezugspflege und Bezugstherapie ist gewährleistet, dass der Patient seine Therapie in einen vertrauensvollen Setting mitgestaltet. Alle Mitarbeiter tragen Namensschilder und verschiedene Informationsmaterialien stellen das Angebot da. Der störungsspezifische, patientenzentrierte Therapie- und Pflegeansatz wird durch das Gestaltungskonzept Raum, Licht, Impulse und die vielfältigen räumlichen Angebote unterstützt.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

Bei der Verpflegung werden die Erfordernisse, Bedürfnisse und Wünsche der Patienten berücksichtigt.

Die gemeinsamen Mahlzeiten sind als Teil der therapeutischen Behandlung in die Wochenpläne integriert und dadurch ungestört einzunehmen. Eine abwechslungsreiche, gute Ernährung ist uns ein wichtiges Anliegen und es werden verschiedene Kostformen, wie Vollkost, Schonkost, Diabetikerkost, Allergikerkost und muslimische Kost angeboten. Darüber hinaus haben unsere Patienten die Möglichkeit in den Koch- oder Backgruppe ihre Mahlzeiten selbst zuzubereiten. Diätköche und Diätassistenten beraten bei Bedarf individuell. Wünsche werden wenn möglich berücksichtigt.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Diagnostik und Therapie erfolgen zum größten Teil direkt auf der Station. Bereits am Aufnahme-tag wird eine systematische psychiatrische Befunderhebung im ärztlich-pflegerischen Aufnahmegespräch durchgeführt. Die multidisziplinäre Therapie- und Pflegeplanung gewährleistet die berufsgruppenübergreifende Teamarbeit während der gesamten Behandlung und deren Evaluation. Im Fall einer notwendigen Patientenbegleitung zur konsiliarischen oder diagnostischen Abklärung gewährleistet diese das Pflegepersonal der behandelnden Station.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

Die Behandlung des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

Die Grundlage der Behandlung in unserer Klinik bildet die Arbeit in den multidisziplinären Teams. Diese Behandlungsteams bestehen aus Ärzten, Psychologen, Pflegenden, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten und Bewegungstherapeuten. Kern der Zusammenarbeit ist, neben der direkten Behandlung, die wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung, die einheitliche Therapieplanung und -evaluation sowie die gemeinsame Nutzung der Kurve und der Akte. Ergänzt wird dies durch ein gut funktionierendes Konsiliarwesen mit dem benachbarten Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

Die Visitation des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

Die Visitenart ist im Stations- bzw. Therapiekonzept beschrieben und auf das Störungsbild und den Therapieansatz abgestimmt. So werden Gruppen-, Einzel-, Zimmer-, Familien-, oder Kurvenvisiten im Haus durchgeführt. Die ärztlichen Visiten erfolgen gemeinsam mit der verantwortlichen Pflegekraft. Bei Bedarf nehmen Vertreter der anderen Berufsgruppen teil. Neben den Stationsarztvisiten gibt es Oberarzt- und Pflegevisiten. Multidisziplinäre Besprechungen, Morgen- und Abendrunden, Einzel- und Gruppengespräche ergänzen die Informationen.

1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

Die kontinuierliche Weiterversorgung des Patienten in anderen Versorgungsbereichen erfolgt professionell und koordiniert gesteuert unter Integration des Patienten.

1.4.1 Entlassung und Verlegung

Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Patienten und ggf. seiner Angehörigen.

Sobald die Erreichung der Behandlungsziele vorhersehbar wird beginnt die konkrete Entlassungsplanung. Diese basiert auf der gemeinsamen Behandlungsplanung und wird durch sozialarbeiterische Eindrücke verstärkt. Zur Entlassungsplanung gehört in der Regel eine Belastungserprobung und die Gewährleistung der geeigneten Weiterbehandlung. Am Entlasstag führt der behandelnde Arzt oder Psychologe, nach Möglichkeit gemeinsam mit der Bezugspflegekraft, ein Entlassungsgespräch mit jedem Patienten und dieser erhält den Kurzarztbrief für den nachbehandelnden Therapeuten.

1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich (Entlassung/ Verlegung u. a.)

Das Krankenhaus sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten.

Die relevanten Informationen über Diagnosen, Medikamente, Therapieempfehlungen und Besonderheiten während des Aufenthaltes sind im Kurzarztbrief vermerkt und dieser wird dem Patienten direkt bei der Entlassung mitgegeben und nach seiner Zustimmung auch an den Weiterbehandler gefaxt. Der Pflegeüberleitungsbogen sichert darüber hinaus weitergehende Informationen bzgl. der pflegerischen Aktivitäten zu. Empfehlungen für häusliche Krankenpflege, Heimplatz oder ähnliches werden bereits bei der Entlassungsplanung ausgesprochen und vom Sozialdienst eingeleitet.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

Vom Krankenhaus wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung des Patienten durch Kooperation mit den weiterbetreuenden Einrichtungen bzw. Personen sichergestellt.

Die weiterbetreuende Einrichtung wird bereits während der Entlassungsplanung vom Arzt oder Sozialarbeiter informiert und die Behandlungsmöglichkeiten werden, immer wenn möglich, gemeinsam mit dem Patienten abgestimmt. Dazu können die Weiterführung der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung durch die Institutsambulanz, die Weitervermittlung in ambulante Gruppen oder eine extern gesicherte Weiterversorgung zählen. Dabei ist die höchstmögliche Wiedereingliederung in das soziale Umfeld des Patienten i das Ziel.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

Durch die Personalplanung ist die kontinuierliche Bereitstellung einer angemessenen Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern gesichert.

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

Die Planung des Personalbedarfes umfasst die Bereitstellung einer angemessenen Zahl an entsprechend qualifizierten Mitarbeitern.

Auf der Basis der Psychiatrie Personalverordnung und der Belegung wird der Personalbedarf der Bereiche jährlich geplant und Verlauf aktualisiert. Die Erfassung und Auswertung der Personalbestandes, der Kosten sowie der Erlössituation erfolgt monatlich. Unsere gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung basierend auf arbeitspsychologischen Analysen, monatliche Supervision der multidisziplinären Teams und die AG Gesundheit, sowie verschiedene Begehungen sorgen für eine geringe Personalausfallquote. Das neue Arbeitszeitmodell im Pflegedienst garantiert eine optimale Personalpräsenz.

2.2 Personalentwicklung

Die Personalentwicklung des Krankenhauses orientiert sich an den Bedürfnissen des Hauses und der Mitarbeiter.

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Die Ziele unserer systematischen Personalentwicklung ist die Mitarbeiter befähigen, unter geeigneten Rahmenbedingungen, eine hochwertige patientenzentrierte, störungsspezifische Behandlung durchzuführen. Als Maßnahmen werden neben Fortbildungen, Supervisionen, Fachtagungen und internen sowie externen Trainings, intern moderierte Teamentwicklungskonzepte und ein internes Coaching durch das Qualitätsmanagement angewandt.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

Das Krankenhaus stellt sicher, dass Wissensstand, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter den Anforderungen der Aufgabe (Verantwortlichkeiten) entsprechen.

Die Qualifikationen inkl. der Aufgaben, Anforderungen, der organisatorischen Einordnung und Kompetenzen sind in den Stellenbeschreibungen festgelegt. Diese bilden die Grundlage der systematischen Personalentwicklung. Qualifizierungsbedarfe werden aus Arbeitsanalysen, strukturierten Mitarbeitergesprächen und Teamentwicklungsprozessen abgeleitet und in Maßnahmen umgesetzt. Für eine kontinuierliche Steigerung der Qualifikation sorgen Fallbesprechungen, Fortbildungen, supervisorische Begleitungen und die Pflegestrukturerhebung .

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

Das Krankenhaus sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die sowohl an den Bedürfnissen der Mitarbeiter als auch des Krankenhauses ausgerichtet ist.

Systematisch geplante, regelmäßige Fortbildungen sind im pflegerischen Bereich die jährlich stattfindende Pflegefachtagung sowie die Klausurtagung der Stationsleitungen. Für den therapeutischen Bereich die monatliche externe und interne Fortbildung, sowie die zweimal im Monat stattfindende Fallkonferenz und eine Balintgruppe. Neben diesem Grundstock an Fortbildungen richtet sich die individuelle Bildungsplanung nach festgelegten Kriterien und basiert auf Erfassungsinstrumenten der systematischen Personal- und Organisationsentwicklung.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen werden die Mittel für Fort- und Weiterbildung festgelegt. Bei der Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel gilt, dass interne Fortbildungen, Supervisionen und Fortbildungen, die dringend betrieblich erforderlich oder erwünscht sind, voller Höhe von der Klinik übernommen werden. Für alle anderen Fortbildungen ist die Freistellung nach dem Arbeitnehmerweiterbildungsgesetz und eine Bezuschussung bei den Fortbildungskosten geregelt. Darüber hinaus bestehen verschiedene Fortbildungskooperationen.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

Für Mitarbeiter sind angemessene Fort- und Weiterbildungsmedien zeitlich uneingeschränkt verfügbar.

Im Konferenzraum der Klinik und in der Bibliothek steht eine notwendige Auswahl von Fachzeitschriften und Büchern sowie Fachvideos und DVDs bereit, die von jedem Mitarbeiter jederzeit eingesehen und ausgeliehen werden können. Ferner ist ein Internetzugang frei verfügbar. Jeder Mitarbeiter hat einen Zugang zum Intranet und eine Grundausstattung arbeitsplatzbezogener Literatur zur Verfügung. Für Veranstaltungen sind neben einer Anzahl von Gruppen-, Therapie- und Konferenzräumen im Krankenhaus, auch zwei weitere Konferenz- und drei Festssäle im Schloss Herten zu nutzen

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

Im Krankenhaus wird ein festgelegter und einheitlicher Führungsstil praktiziert, der die Bedürfnisse der Mitarbeiter berücksichtigt.

Die wichtigsten Führungsgrundsätze sind im Leitbild dargestellt und beschreiben einen teamorientierten Führungsstil. Als Führungsinstrumente werden die Führung nach Werten und Überzeugungen, die Führung nach Zielsetzung, die anlassbezogene und die kooperativ-integrierte Führung angewandt. Führung in unserer Klinik dient der Unterstützung der vertrauensvollen, effizienten, multiprofessionellen Teamarbeit und der Schaffung der größtmöglichen Handlungs- und Gestaltungsspielräume für die qualifizierten Mitarbeiter in unserem Haus.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Die Arbeitszeitregelungen orientieren sich an den gesetzlichen und tariflichen Bestimmungen, dem Versorgungsauftrag, den Erwartungen an die Qualität und Quantität unserer Leistungen sowie an der Zufriedenheit unserer Mitarbeiter. Der Pflegedienst arbeitet dabei im Schichtdienst in der 5-Tage-Woche im Modell der aufwandsorientierten Arbeitszeiten. Der therapeutische Dienst sowie der Wirtschafts- und Verwaltungsdienst nutzen ein Gleitzeitmodell. Die ärztlichen Mitarbeiter arbeiten im Regel- und Bereitschaftsdienst.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Zur Einarbeitung und als Nachschlagewerk liegt ein Organisationshandbuch vor, in welchem die wichtigsten Dienst- und Verfahrensanweisungen der Klinik sowie übergreifende Informationen abgedruckt sind. Spezielle Einarbeitungskonzepte sind für den Pflegedienst, den ärztlichen, sozialarbeiterischen sowie ergotherapeutischen Dienst erarbeitet. Diese beinhalten bspw. jedem neuen Mitarbeiter einen Ansprechpartner zur Seite zu stellen oder das Führen von Zwischen- und Probezeitgesprächen. Im Pflegedienst sind zusätzlich Mentoren und Praxisanleiter ausgebildet.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden.

Für die Erfassung und Umsetzung von Ideen und Beschwerden der Mitarbeiter existieren ein LWL-Ideenmanagement und der hausinterne Ideefix, welcher durch den Qualitätsmanager koordiniert wird. Jeder Mitarbeiter hat die Möglichkeit schriftlich, telefonisch oder auch mündlich Verbesserungsideen einzubringen. Auch dienen die regelmäßigen Mitarbeiterbefragungen mit den Themenbereichen der Zufriedenheit, Führung und dem Wohlbefinden als Erfassungsinstrument für Mitarbeiterbeschwerden. Ergänzt wird dies durch die Arbeit der zentralen Beschwerdekommision im LWL.

3 Sicherheit im Krankenhaus

3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung.

3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum Arbeitsschutz angewandt, das insbesondere Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, bei Mitarbeitern, im Umgang mit Gefahrstoffen und zum Strahlenschutz berücksichtigt.

Ein umfassender Arbeitsschutz ist gewährleistet. Die Sicherheitsfachkraft, die Betriebsärztin, die Hygienefachkraft und der Brandschutzbeauftragte sowie der Arbeitsschutzausschuss überwachen die Sicherheits- und Gesundheitsvorgaben und schlagen Veränderungen vor. Eingesetzten Instrumente sind Arbeitsplatzbeurteilungen, Begehungen, Befragungen sowie Arbeits- und Belastungsanalysen. Bei Arbeitsunfällen ist eine kompetente ärztliche, psychologische und administrative Versorgung und eine rascher Meldeweg geregelt.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Die Verfahren zum Brandschutz sind klar geregelt. Zur Planung und Umsetzung wurde ein Brandschutzbeauftragter benannt und ausgebildet. Für das gesamte Haus existiert ein Räumungsplan in welchem die Flucht- und Rettungswegpläne eingebunden sind. Dieser ist mit den Behörden abgestimmt. Die Überprüfung des Rettungsplanes erfolgt einmal jährlich und bei besonderen Anlässen, z.B. bei Umbauten. Regelmäßige Brandschutzbegehungen- und Unterweisungen werden durchgeführt. Die Klinik ist mit einer Brandmeldeanlage und Feuerlöschern ausgestattet.

3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz angewandt.

Räumungspläne mit Checklisten für alle Notfallsituationen liegen auf den Stationen vor und werden regelmäßig aktualisiert. Aufgabenverteilung und Informationswege sind darin klar geregelt. Eine Notrufsystem und eine Notrufnummer zur Pforte gewährleisten die rasche Meldung einer Notfallsituation. Für den Ausfall der Stromversorgung betreiben wir ein Notstromaggregat.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Die Verfahren zum klinischen Notfallmanagement regeln sowohl den Umgang mit psychiatrischen als auch somatischen Notfällen. Generell gilt, dass bei internen, nicht psychiatrischen Notfällen in jedem Fall Sofortmaßnahmen und eine Erstversorgung eingeleitet werden sowie der Rettungsdienst gerufen wird. Bei psychiatrischen Notfällen wird der Patient direkt auf die Intensiv- oder Akutstation verlegt und dort betreut. Ein Notfallfunksystem, Notfallkoffer und Defibrillatoren stehen in der Klinik zur Verfügung. Die Mitarbeiter werden regelmäßig darin unterwiesen.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

Für den Patienten wird eine sichere unmittelbare Umgebung gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt.

Auf der Basis der gesetzlichen Bestimmungen wurden verschiedene Verfahren bei Selbst- und Fremdgefährdung erarbeitet. Die räumliche Gestaltung der Stationen entspricht der allgemeinen und kognitiven Ergonomie und verschiedene Checklisten, Prophylaxen sowie drei geschützte Stationen sorgen für die Sicherheit besonders gefährdeter Patienten. Regelmäßige Schulungen in Deeskalation sowie eine hohe Mitarbeiterqualifikation gewährleisten einen professionellen Umgang mit akuten Krisensituationen unserer Patienten.

3.2 Hygiene

Im Krankenhaus wird ein systematisches, krankenhausesweit umgesetztes Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt.

3.2.1 Organisation der Hygiene

Für die Belange der Hygiene ist sowohl die personelle Verantwortung als auch das Verfahren der Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen krankenhausesweit geregelt.

Für die Hygiene sind die erforderlichen Strukturen geschaffen. Für die Planung und Umsetzungskontrolle sind zwei hygieneverantwortliche Oberärztinnen und eine pflegerische Hygienefachkraft benannt. Im Krankenhaus ist eine Hygienekommission eingesetzt, welche regelmäßig tagt. Durch regelmäßige Umgebungsuntersuchungen, Lebensmittelrückstellproben und Begehungen wird die Umsetzung des umfassenden Hygieneplanes gewährleistet. Ein fortlaufend aktualisierter Hygieneplan mit Handlungsanweisungen liegt im Intranet vor.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausesweit hygienerelevante Daten erfasst.

Hygienerelevante Daten werden strukturiert erfasst und ausgewertet. Zugrunde liegt ein interner Infektionserfassungsbogen und das Ausbruchmanagement der Klinik. Dieses Konzept beinhaltet neben den wichtigen Ansprechpartnern und Erfassungsbögen, einen verbindlichen Ablaufplan zum Umgang mit nosokomialen Infektionen inkl. der Hygiene- und Schutzmaßnahmen sowie die Meldewege. Die monatlichen Infektionsstatistiken werden erhoben und dokumentiert. Mit dem Gesundheitsamt wird regelmäßig zusammengearbeitet.

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Die hygienesichernden Maßnahmen werden von der Hygienekommission umfassend geplant und deren Umsetzung durch die hygienebeauftragten Ärzte und die Hygienefachkraft verfolgt. Ein umfassender Hygieneplan mit verschiedenen Themenfeldern und Vorgaben steht im Intranet zur Verfügung. Regelmäßige Begehungen und Untersuchungen werden systematisch geplant und von verschiedenen Akteuren durchgeführt. Empfehlungen und Veränderungen der Vorgaben werden direkt in den Hygieneplan eingearbeitet und auftretende Mängel behoben.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Alle relevanten Empfehlungen und Richtlinien sind im Hygieneplan eingebunden. Der Hygieneplan ist im Intranet vorhanden. Es werden jährliche Hygienevisiten durch die Hygienefachkraft auf den Stationen, sowie regelmäßige Umgebungsuntersuchungen und die turnusmäßigen Begehungen des Gesundheitsamtes durchgeführt. Bei hygienerelevanten Erfordernissen wird der Hygieneplan und die daraus folgenden Standards überarbeitet und angepasst. Die Küche arbeitet nach dem HACCP-Konzept.

3.3 Bereitstellung von Materialien

Vom Krankenhaus werden die für die Patientenversorgung benötigten Materialien auch unter Beachtung ökologischer Aspekte bereitgestellt.

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregelter Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.

Das Verfahren ist klar geregelt und die Bereitstellung der Arzneimittel erfolgt zentral von der Krankenhausapotheke der Westf. Klinik Dortmund. Dort werden die Beschlüsse der Arzneimittelkommission des LWL-PsychiatrieVerbundes voll umgesetzt. Das Bestellwesen ist in der Klinik einheitlich geregelt und ein fester Bestandteil in den pflegerischen Einarbeitungskonzepten. Neben den Übersichtslisten für Medikation und anderen Medizinprodukten nehmen die Mitarbeiter des Einkaufs regelmäßig beratend und klärend an den Stationsleitungskonferenzen teil.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregelter Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Die Regelungen der Anwendung von Arzneimitteln basieren auf den gesetzlichen Grundlagen. Zur Vermeidung von Bereitstellungsfehlern ist das vier Augenprinzip eingeführt. Zur Vermeidung von Komplikationen wird die Arzneimitteltherapie leitlinien- und evidenzbasiert durchgeführt. Erstmedikationen werden immer von einem Facharzt kontrolliert um Inkompatibilitäten und Überdosierungen zu vermeiden. Die sachgerechte Lagerung wird regelmäßig durch den Krankenhausapotheker kontrolliert.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregelter Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Die Zuständigkeiten für die eingesetzten Medizinprodukte sind auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben geregelt. Es liegen verschiedene Dienstanweisungen für den Umgang mit technischen und nicht-technischen Medizinprodukten und Arbeitsmitteln vor. Der Umgang mit Sterilgut ist lediglich in Bezug auf die Lagerung und dem Verfall von Einmalartikeln geregelt, da nur diese zur Anwendung kommen. Unterweisungen erfolgen nach den von den Herstellern gewünschten Vorgaben und nur qualifizierte Firmen sind mit der Montage und Reparatur der Geräte beauftragt.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Die Umweltziele des Hauses sind einen Beitrag zum Erhalt des Naherholungsgebietes rund um das Schloss Herten zu leisten, heimische Tierarten und Lebensräume zu schützen und Abfälle zu reduzieren. Neben der Umsetzung eines Abwasser- und Energieeinsparkonzeptes, z.B. bei Spül- und Waschmaschinen und einem Gebäudeleitsystem, wird ein freiwilliges Abfallwirtschaftskonzept verfolgt. Die Klinik beteiligt sich am Projekt "Route des Regenwassers".

4 Informationswesen

4.1 Umgang mit Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die Erfassung, Dokumentation und Verfügbarkeit von Patientendaten sicherstellt.

4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Eine hausinterne Regelung zur Führung und Dokumentation von Patientendaten liegt vor und findet Berücksichtigung.

Umfassende Regelungen zur Dokumentation im ärztlich-therapeutischen Dienst und im Pflegedienst inkl. Prozesshinweise sind in schriftlicher und teilweise in elektronischer Form vorhanden. Der Datenschutz ist dabei voll gewährleistet. Neben der elektronischen Dokumentation werden papierene Anteile eingesetzt. Eine gemeinsame Patientendokumentation wird vom ärztlichen und psychologischen Dienst, von der Sozialarbeit und dem Pflegedienst genutzt. Während der Einarbeitung werden alle Mitarbeiter mit der Dokumentation und ihrer Handhabung vertraut gemacht.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

Vom Krankenhaus wird eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Patientendaten gewährleistet.

Die multidisziplinäre Dokumentationen der Behandlung in der Papierakte findet nach klaren Vorgaben statt. Eine zeitnahe, umfassende Dokumentation ist geregelt. Ärztlich-therapeutisch wird mindestens dreimal in der Woche der Verlauf evaluiert und die pflegerische Dokumentation findet schichtweise statt. Eine gemeinsame Behandlungs- und Pflegeplanung nach anerkannten Standards ist eingeführt und wird für jeden Patienten entwickelt.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren, um den zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientendokumentation zu gewährleisten.

Der zeitlich uneingeschränkte Zugriff ist durch das Vorhandensein der elektronischen Patientendokumentation und der Papierdokumentation im Dienstzimmer der Station sichergestellt. Die Akten aus Voraufenthalten können direkt vom aufnehmenden Arzt angefordert oder aus dem Archiv geholt werden. Die Erfassung der Entnahme erfolgt schriftlich beim ärztlichen Schreibdienst. Der Aufnahmebericht und der Arztbrief sind im EDV-Netz der Klinik abgelegt. Seit 2008 werden die elektronischen Anteile der Akte auch mit Direktzugriff im KIS archiviert.

4.2 Informationsweiterleitung

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die adäquate Weiterleitung von Informationen gewährleistet.

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Krankenhausbereichen.

Die Kommunikation wird durch ein strukturiertes Besprechungswesen sichergestellt. Die Informationsweitergabe in der ärztlichen Leitungsrunde, der pflegerische Stations- und Montagskonferenz, der Abteilungsleiterkonferenz, der Klinikkonferenz und in Personalversammlungen wird durch die Nutzung von eMails, Rundschreiben und das Intranet komplettiert. Strukturierte, stationsbezogene, meist wöchentliche Teamsprechungen gewährleisten eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit. Patientenbezogene Informationen werden täglich ausgetauscht.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

Zentrale Auskunftsstellen im Krankenhaus werden mit Hilfe einer geregelten Informationsweiterleitung kontinuierlich auf einem aktuellen Informationsstand gehalten.

Die zentrale Auskunftsstelle der Klinik ist die Pforte/Information. Die Mitarbeiterinnen dort sind zuständig für die Vermittlung von Anrufen und geben Auskünfte über die Leistungen und Ansprechpartner des Hauses. In den Zeiten der Nichtbesetzung übernehmen die Mitarbeiter einer Station den Telefondienst und die Klingelanlage. Die aktuelle Patientenbelegung steht im KIS zur Verfügung. Das aktuelle Telefonverzeichnis ist im Intranet eingepflegt und wird kontinuierlich aktualisiert.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Seit 2006 sichert die Stabsstelle der Öffentlichkeitsbeauftragten eine systematische Information der Öffentlichkeit. Unsere Homepage wurde überarbeitet und wird regelmäßig aktualisiert. Ein Imagefilm, verschiedene Flyer und Broschüren, die Klinikzeitung "Einblick" und die Tagespresse sowie verschiedene Fachveranstaltungen, ärztliche Fortbildungen, Fachtagungen informieren über die Angebote und Leistungen unseres Hauses. Die Artikel in der Presse über uns werden zusammengestellt und dienen als "Spiegel" für die Wahrnehmung der Klinik in der Öffentlichkeit.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt. Vgl. entsprechende landesrechtliche Regelungen (Regelungen zum Datenschutz finden sich in den Landeskrankenhausgesetzen von Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Thüringen), in: Krankenhausrecht - Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, 5. Auflage 1998; Ärztliche Berufsordnung.

Verantwortlich für die Einhaltung des Datenschutzes sind die Mitarbeiter des Hauses. Dies wird durch eine Schweigepflichtserklärung bereits bei Einstellung vereinbart. Im LWL sind ein Datenschutzbeauftragter und Gesundheitsdatenschutzbeauftragter sowie lokaler Ansprechpartner für Datenschutzfragen benannt. Externe haben auf die Daten des Krankenhauses keinen Zugriff. Eine Ausnahme wird nur durch die Entbindung von der Schweigepflicht seitens des Patienten möglich. Über den Umgang und Schutz mit ihren Daten werden die Patienten von Beginn an aufgeklärt.

4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

Im Rahmen der Patientenversorgung wird Informationstechnologie eingesetzt, um die Effektivität und Effizienz zu erhöhen.

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

Die Voraussetzung für eine umfassende und effektive Nutzung der unterstützenden Informationstechnologie wurde geschaffen.

Seit Mai 2006 ist der LWL.IT zentral für die Informationstechnologie im LWL und somit auch in unserer Klinik verantwortlich. Die Klinik verfügt über eine eigenen Haupt- und einen Sicherungsserver. Auf allen Stationen sowie in allen Therapeutenzimmern und Büros sind Computerarbeitsplätze eingerichtet. Zur Grundausstattung gehört ein Intranetzugang und der Zugang auf das Krankenhausinformationssystem. Für Wartungsarbeiten wird eine zentrale Hotline mit Fernzugriff betrieben.

5 Krankenhausführung

5.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

Das Leitbild beschreibt den patientenzentrierten, störungsspezifischen Ansatz, gegliedert nach Selbstverständnis, Patientenbild, der Behandlung, der multidisziplinären Zusammenarbeit und Kooperation sowie der Qualität und dem Wandel. Das Leitbild wurde in verschiedenen Arbeitsgruppen entwickelt, auf einem "Marktplatz" in der Kliniköffentlichkeit diskutiert, verändert und veröffentlicht. Es ist in die Stations- und Therapiekonzepte eingearbeitet und bildet die Grundlage unserer Arbeit. Es wird übertitelt mit dem Leitsatz "Verantwortung für seelische Gesundheit".

5.2 Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und steuert die Umsetzung der festgelegten Ziele.

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen.

Die Entwicklungsdiskussionen werden auf dem jährlichen Strategieworkshop des Hauses geführt und notwendige Maßnahmen daraus abgeleitet. An diesem Strategieworkshop nehmen die Leitungskräfte des Hauses teil. Die Überprüfung und Nachsteuerung erfolgt daneben im EFQM-Management-Review der ca. sechs Monate nach dem Strategieworkshop durchgeführt wird. Diese Zielvorgaben und unser Leitbild sind untrennbar miteinander verknüpft, da es die Grundsätze der Behandlung, Führung, Zusammenarbeit und Qualität und damit die strategische Ausrichtung der Klinik beschreibt.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die aktuelle Organisationsstruktur des Krankenhauses ist festgelegt unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.

Unsere Klinik ist in einer schlanken Organisationsstruktur aufgebaut, welche es ermöglicht, die Ressourcen in der Patientenversorgung zu bündeln und die Klinik zu einem "modernen" Dienstleister zu gestalten. Es liegt ein aktuelles Organigramm vor, aus dem Aufbauorganisation und die Funktionen deutlich werden. Im klinischen Bereich ist das Prinzip der dualen Leitung verankert. Es wurde eine "flache Hierarchie" mit Drei-Ebenen-Aufbau und der größtmöglichen Übertragung von Verantwortlichkeiten an die Beschäftigten eingeführt.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Die Krankenhausleitung entwickelt einen Finanz- und Investitionsplan und übernimmt die Verantwortung für dessen Umsetzung.

Alle wirtschaftlichen Daten werden geplant, mit den Beteiligten abgestimmt und fortlaufend überprüft. Es wird ein Fünfjahresinvestitionsplan erstellt, welcher in einem mit dem Träger abgestimmten jährlichen Rahmenplan konkretisiert wird. Die Steuerung erfolgt in der Betriebsleitung auf Basis der vierteljährlich erhobenen Kosten-, Erlös- und Belegungsdaten. Das Personalbudget wird nach der Psychiatriepersonalverordnung und den Vorjahren und das Sachkostenbudget nach Sollbetten ermittelt. Die Kosten-Erlösdaten werden dabei täglich zur Verfügung gestellt.

5.3 Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung

Das Krankenhaus wird effektiv und effizient geführt mit dem Ziel der Sicherstellung der Patientenversorgung.

5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Geschäftsordnungen, definierte Kompetenzen und die Reduktion der Besprechungen auf ein überschaubares Maß bilden die Grundlage der Gremienarbeit in unserem Haus. Die klare themen- oder bereichsbezogene Ausrichtung der verschiedenen Gremien mit der Betriebsleitungssitzung, den Abteilungsleiter-, Oberarzt- und Stationsleitungskonferenzen im mittleren Management, bis schließlich zur Montags- und Klinikkonferenz für die Themen und Probleme des Alltags, spiegeln in diesem Aufbau die Organisationsstruktur wieder. Querschnittskommissionen komplettieren das Bild.

5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Die vierzehntägigen Betriebsleitungssitzung ist der Kernbestandteil der gemeinsamen Krankenhausführung. Dort werden die strategischen und operativen Zielsetzungen und Maßnahmen diskutiert. Die Beschlüsse werden im Intranet veröffentlicht. An jeder 2. Sitzung nimmt der Qualitätsmanager teil, um das Thema Qualität und Organisationsentwicklung gemeinsam zu gestalten. Im jährlichen EFQM-Management-Review wird das Handeln und die Arbeit innerhalb der Betriebsleitung reflektiert und Veränderungen vorgenommen. Im Strategieworkshop wird die Zielsetzung diskutiert.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

Die Krankenhausleitung wird regelmäßig über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus informiert und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen.

Die Betriebsleitung informiert sich auf vielfältiger Weise im direkten Kontakt mit den Mitarbeitern, z.B. durch die monatliche Klinikkonferenz oder durch Stationsbesuche. Eine systematische Information erfolgt über die Leitungsgremien, die Hygienekommission, den Arbeitsschutzausschuss, sowie den Qualitätszirkel "AG Gesundheit". Weitere Informationen werden im Rahmen des klinischen Risiko- und des Qualitätsmanagements, des Controllings sowie der Pflegestrukturerhebung weitergegeben.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

Die Krankenhausführung fördert durch geeignete Maßnahmen das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt gegenüber allen Mitarbeitern.

Die vertrauensbildenden Maßnahmen entstehen auf der Grundlage des Klinikleitbildes. Einzelne Maßnahmen sind die monatlich stattfindende Klinikkonferenz, die Montagskonferenz der Pflege und die gemeinsamen Kasuistikkonferenzen im ärztlichen Dienst. Ebenso werden der Ideefix, die jährlichen Mitarbeitergesprächen sowie verschiedene Personalversammlungen angeboten. Auch die gemeinsamen Stationsbesuche und die PSE sind ein Baustein der systematischen Kommunikation. Ergänzt wird dies durch die Zusammenarbeit mit dem Personalrat und verschiedene Veranstaltungen.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

Rechte und Ansprüche von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen werden krankenhausweit respektiert und berücksichtigt.

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

In unserem Krankenhaus wird die Glaubens- und Gewissensfreiheit sowie die Privat- und Intimsphäre aller Patienten respektiert. Ethische Aspekte werden in unserem Selbstbild, welches im Klinikleitbild veröffentlicht ist, angesprochen und berücksichtigt. Durch die Implementierung einer beratenden Ethikkommission wird die Umsetzung gewährleistet. Diese diskutiert ethische Problemstellungen und gibt Handlungsempfehlungen an die Betriebsleitung. Als Ansprechpartner fungieren dabei die Krankenhauseelsorgerin und der Qualitätsmanager.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

Im Krankenhaus werden Bedürfnisse sterbender Patienten und ihrer Angehörigen systematisch berücksichtigt.

Sterbende Patienten stellen in unserer Klinik eine absolute Ausnahme da und wir haben den Anspruch einer würdigen Begleitung in der palliativen Versorgung. Dies ist verbunden mit Gesprächsangeboten von Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Pflegenden und unserer Seelsorgerin. Zur konkreten Versorgung wird der Pflegestandard zum Umgang mit Sterbenden in der Gerontopsychiatrie sowie die ärztlichen Leitlinien angewandt.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

Im Krankenhaus gibt es Regelungen zum adäquaten Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen.

Die Angehörigen werden zeitnah vom behandelnden Arzt bzw. der Bezugspflegekraft informiert und nach ihren Wünschen befragt. Nachdem der Verstorbene pflegerisch versorgt wurde, kann die Abschiednahme in dem Zimmer in dem der Patient behandelt wurde erfolgen. Bei der Trauerarbeit begleiten die Mitarbeiter der Klinik die Angehörigen soweit diese es möchten. Praktische Hilfen z.B. bei der Kontaktaufnahme zu Bestattungsunternehmen usw. werden angeboten.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung stellt sicher, dass alle Krankenhausbereiche in die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements eingebunden sind.

6.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

Die Betriebsleitung gewährleistet ein lebendiges Qualitätsmanagement. Sie lässt sich dabei von der Stabsstelle "Qualitätsmanagement und Organisationspsychologie" unterstützen. Kern ist die Arbeit in multidisziplinären Teams, die hierarchieübergreifend aufgebaut sind, so dass die Führungskräfte nicht nur eingebunden sind, sondern über die Entwicklung hinweg die Verantwortung für die Qualität übernehmen. Der Qualitätsmanager fungiert dabei als "interner Berater und Moderator".

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

Das Krankenhaus entwickelt, vermittelt und setzt Maßnahmen zur Erreichung von Qualitätszielen um.

Die Qualitätsziele wurden abgeleitet aus den im Leitbild beschriebenen Unternehmenszielen und orientieren sich immer an der Zufriedenheit unserer Patienten. Diese lauten "Erbringung der bestmöglichen Therapie für unsere Patienten durch eine auf die Persönlichkeit und Bedürfnisse des Patienten zugeschnittene Behandlung -im Sinne des patientenzentrierten, störungsspezifischen Ansatzes-," größtmögliche Zufriedenheit der Beschäftigten und "Erhaltung der wirtschaftlichen Effizienz". Eine Anzahl von Unterzielen, Projekten und Maßnahmen leiten sich daraus ab.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Die Verantwortung für die Qualität liegt bei der Betriebsleitung und den Führungskräften des Hauses. Die strategische Ausrichtung und die Verknüpfung mit den Unternehmenszielen ist Aufgabe der BL unter Mitarbeit des Qualitätsmanagers als QM-Steuerungsgruppe. Die operative Umsetzung des QM obliegt dem Qualitätsmanager und erfolgt in den multidisziplinären Behandlungsteams. Neben der Umsetzung und Überprüfung des Qualitätsmanagement sowie der Qualitätssicherung fällt das Ideenwesen und Teile des Gesundheitsmanagements in die Verantwortung des Qualitätsmanagements.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

Im Krankenhaus werden regelmäßig und systematisch Methoden der internen Qualitätssicherung angewandt.

Die interne Qualitätssicherung wird von der Betriebsleitung gemeinsam mit dem Qualitätsmanager erarbeitet. Angewandt werden arbeitswissenschaftliche Tätigkeits- & Belastungsanalysen, Arbeits- & Prozessanalysen, Team- & Konzeptentwicklungen, Befragungen & Evaluationen, sowie Coaching- & Mediationskonzepte. Kern der Arbeit ist die Qualitätsverbesserung in den multidisziplinären Teams der Qualitätszirkel "AG Gesundheit" sowie anlassbezogene Arbeitsgruppen. Verknüpft ist dies mit den Methoden der Arbeits- & Organisationspsychologie und des Risikomanagements.

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben, analysiert und zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Über die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung hinaus werden qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und analysiert.

Das Ziel der systematischen Datensammlung ist es, der Klinikleitung auf der Basis von Zahlen und daraus abzuleitenden Empfehlungen die Möglichkeit zu geben, begründete Entscheidungen zu fällen und geeignete Maßnahmen zu initiieren. Die Datensammlung erfolgt durch den Qualitätsmanager, das (Personal-)Controlling und die Stabsstelle des Pflegedienstes. Für die Bewertung der quantitativ erhobenen Daten liegen Normierungen und Verfahren vor, die den Grad der Handlungsrelevanz beschreiben. Die Auswertung der Daten erfolgt regelmäßig, zeitnah und trennscharf.

6.3.2 Nutzung von Befragungen

Regelmäßig durchgeführte Patienten- und Mitarbeiterbefragungen sowie Befragungen niedergelassener Ärzte werden als Instrument zur Erfassung von Patienten- und Mitarbeiterbedürfnissen und zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt.

In der Klinik werden regelmäßig Patienten- und Mitarbeiterbefragungen mit allgemeinen und speziellen Inhalten durchgeführt. Auch wurden bereits Einweiser- und Besucherbefragungen initiiert. In den Befragungen werden nur erprobte Instrumente und Skalen eingesetzt, welche die klassischen Testgütekriterien aufweisen. Die Anonymität ist jederzeit gewährleistet. Die Ergebnisse werden immer in die Belegschaft zurückgemeldet und dort diskutiert. Handlungsempfehlungen werden umgesetzt. Verantwortlich für den Prozess ist das Qualitätsmanagement.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Seit 2003 existiert ein strukturelles Ideen- und Beschwerdemanagement mit dem Name "Ideefix", welches von Patienten, Angehörigen, Besuchern und Mitarbeitern genutzt wird. Die Ideen und Beschwerden werden wöchentlich systematisch bearbeitet und eine zeitnahe Rückmeldung ist garantiert. Zur Beschwerdeannahme stehen interne Beschwerdeformulare, die Ideefixkästen sowie die direkte Kontaktmöglichkeit zum QM zur Verfügung. Auch die Telefonnummer der LWL-Beschwerdekommision, welche eine klinikunabhängige Klärung garantiert, hängt auf allen Stationen aus.

6.4 Externe Qualitätssicherung nach §137 SGB V

Die Daten der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V werden systematisch erhoben und die Auswertungen zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.4.1 Beteiligung an der externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus beteiligt sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung.

Die LWL-Klinik Herten kommt ihrer Aufgabe bei der Beteiligung an der externen Qualitätssicherung voll nach. Als psychiatrisches Fachkrankenhaus wird der "Generalindikator Dekubitus" erfasst. Die Geschäftsstelle für Qualitätssicherung (qs-nrw) hat die Datenvalidität der Klinik in 2009 geprüft und mit „vollstens zufrieden“ bewertet.