

## **KTQ-QUALITÄTSBERICHT**

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

**Krankenhaus:** Klinikum Nordschwarzwald  
**Institutionskennzeichen:** 260820978  
**Anschrift:** Im Lützenhardter Hof  
75365 Calw-Hirsau

**Ist zertifiziert nach KTQ®  
mit der Zertifikatnummer:** 2015-0099 KH  
**durch die von der KTQ-GmbH  
zugelassene Zertifizierungsstelle:** WIESO CERT GmbH, Köln

**Gültig vom:** 05.12.2015  
**bis:** 04.12.2018  
**Zertifiziert seit:** 13.02.2007

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>7</b>
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	12
3 Sicherheit	14
4 Informations- und Kommunikationswesen	17
5 Führung	19
6 Qualitätsmanagement	21

## 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, alternative Wohnformen und Rettungsdiensteinrichtungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR) und die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>. 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 Kriterien, die sich auf die

- Patientenorientierung,
  - die Mitarbeiterorientierung,
  - die Sicherheit,
  - das Informationswesen,
  - die Führung des Krankenhauses 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 Bereiche der Einrichtung überprüft.

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

---

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009.

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 aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **Klinikum Nordschwarzwald** 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 <http://www.ktq.de/> abrufbar.

**Dr. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**S. Wöhrmann**

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

**Dr. med. B. Metzinger, MPH**

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

Seit 2002 sind Methoden des systematischen Qualitätsmanagements ein wesentlicher Bestandteil der Unternehmensphilosophie des Klinikums Nordschwarzwald. Die erfolgreichen Zertifizierungen nach der KTQ-Systematik stellen die konsequente Fortführung unserer Qualitätspolitik dar.

### Unser Klinikum heute

Das Klinikum Nordschwarzwald liegt von Wäldern umgeben nahe der historischen Kreisstadt Calw.

In den 40 Jahren seines Bestehens hat das Klinikum Nordschwarzwald stets seine stationären, tagesklinischen und ambulanten Versorgungs- und Behandlungsstrukturen im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie weiterentwickelt. Damit wurde unserem Anspruch an eine zeitgemäße psychiatrische Versorgung Rechnung getragen. Heute ist das Klinikum Nordschwarzwald eine moderne Fachklinik mit 437 Betten, 100 Behandlungsplätzen für forensische Psychiatrie und 130 tagesklinischen Plätzen.



Im Rahmen des Krankenhausplans Baden-Württemberg gewährleistet das Klinikum die klinischpsychiatrische Vollversorgung des Großraums zwischen Karlsruhe und Stuttgart. Dies umfasst einen Pflichtversorgungsauftrag für über eine Million Einwohner.

Zur Optimierung der Patientenversorgung wurde 2015 eine zentrale Patientenaufnahme eröffnet. Um die Behandlung effektiver gestalten zu können, änderte sich das Konzept der allgemeinspsychiatrischen Stationen, von der regionalisierten hin zur störungsspezifischen Zuordnung.

Die gemeindenahere Versorgung wird vom Klinikum durch das Betreiben von Tageskliniken und Satellitenstationen gewährleistet. Im Jahr 2009 eröffnete das Klinikum Nordschwarzwald im Krankenhaus Leonberg\* (Klinikverbund Südwest) eine Satellitenstation für psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie erweiterte 2013 ihr vollstationäres Angebot durch die Eröffnung von zwei Stationen am Krankenhaus Böblingen\*. Für die teilstationäre psychiatrische Versorgung stehen Tageskliniken in Böblingen und in Pforzheim-Eutingen zur Verfügung.

Seit 2004 verfügt das Klinikum Nordschwarzwald im Bereich der ambulanten Versorgung über eine psychiatrische Institutsambulanz (PIA). Über die PIA beteiligt sich das Klinikum aktiv am Ausbau der gemeindepsychiatrischen Verbünde und unterstützt eine nachhaltige Vernetzung der differenzierten psychiatrischen Versorgungsangebote sowie den Aufbau gemeindepsychiatrischer Zentren.

Zum Klinikum gehört ein zertifiziertes Schlaflabor mit modernster technischer Ausstattung. Abgeklärt werden Schlafstörungen unterschiedlichster Ursachen. Angegliedert ist eine Ermächtigungsambulanz des zuständigen Chefarztes.

In der Gerontopsychiatrie werden Störungen des höheren Lebensalters behandelt. Es stehen zwei Stationen zur Versorgung schwerst Demenzkranker, sowie eine offene Depressionsstation zur Verfügung.

Die Klinik für Suchtmedizin gliedert sich in einen Bereich Alkohol- und Medikamentenentzug sowie einen Bereich für den spezialisierten Entzug von Cannabis und Designerdrogen. 2015 wurde die Klinik für Suchtmedizin um eine Akut- und Doppel-diagnosenstation erweitert. Angegliedert an das neue psychiatrische Behandlungszentrum in Böblingen, ist seit 2013 eine Tagesklinik für Suchtmedizin. Eine weitere Tagesklinik für Suchtmedizin wurde im selben Jahr in Pforzheim eröffnet.

In der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie werden alle schweren Störungen vom vierten bis zum achtzehnten Lebensjahr behandelt. Die an die Abteilung angebundene staatliche Klinikschule stellt auch bei längeren Behandlungen den notwendigen Unterricht in allen Schulformen sicher. Seit April 2008 betreibt das Klinikum Nordschwarzwald eine Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Böblingen. Eine psychiatrische Institutsambulanz eröffnete 2014 in Weil der Stadt.

Zum 01.01.2008 wurde eine Suchtforensik mit einer Kapazität von 100 Betten in Betrieb genommen. 2014 wurde ergänzend zum stationären Bereich, eine Wohngruppe „Lützenhardter Hof“ eröffnet.

Das Klinikum Nordschwarzwald betreibt auf seinem Gelände eine Gesundheits- und Krankenpflegeschule mit 80 zugelassenen Ausbildungsplätzen. Ausländische Fachkräfte können ihre Anerkennungspraktika sowie die Kenntnisprüfung zur Feststellung der Gleichwertigkeit ablegen (staatliche Anerkennung).

\* nicht Bestandteil dieser KTQ-Zertifizierung

# Die KTQ-Kategorien

## 1 Patientenorientierung

### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Klinikum erfüllt seinen Vollversorgungsauftrag über spezialisierte Fachabteilungen und störungsspezifische Stationen. Im Vorfeld der Aufnahme halten wir engen Kontakt mit den einweisenden Ärzten und vereinbaren für Patienten kurzfristige Aufnahmetermine auf den geeigneten Stationen. Hierzu steht rund um die Uhr ein ärztlicher Ansprechpartner zur Verfügung. Das Klinikum ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar. Über die Homepage ([www.klinikum-nordschwarzwald.de](http://www.klinikum-nordschwarzwald.de)) können sich Interessierte umfassend über unsere Angebote informieren.

Die Gebäude des Klinikums befinden sich in einem weiträumigen Parkgelände. Im Eingangsbereich des Zentralgebäudes befindet sich eine 24 Stunden besetzte Informationszentrale. Dort erhalten Patienten und Besucher kompetent Auskunft und einen Orientierungsplan, der in Verbindung mit der einheitlichen Beschilderung innerhalb des Geländes eine gute Orientierung ermöglicht. Im Bedarfsfall kann mit dem PKW oder Krankentransportwagen vor die Station gefahren werden.

Seit dem zweiten Halbjahr 2015 besteht eine zentrale Patientenaufnahme, in der sowohl die administrative als auch die pflegerische und ärztliche Aufnahme durch kompetentes Fachpersonal erfolgt. Von dort werden die Patienten auf die geeigneten Stationen (indikationsabhängig) geleitet. Auf der Station werden sie von dem pflegerischen und therapeutischen Personal begrüßt und mit den Abläufen der Station vertraut gemacht. Dieses Aufnahmekonzept vermeidet unnötige Wartezeiten, Fehlbelegungen und verhindert doppelte Diagnostik.

### 1.1.2 Leitlinien

Im ärztlich-therapeutischen Dienst finden die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde in der Diagnostik, Behandlungsplanung und -durchführung Anwendung. Eine Verfahrensanweisung regelt die Verbindlichkeit der Anwendung, die Vorgehensweise der Veröffentlichung und Aktualisierung, die Überprüfung der Anwendung und die Fortbildung und Information der Ärzte und Psychologen. Die Leitlinien sind diagnoseorientiert und besitzen in allen Funktionsbereichen Gültigkeit. Im Pflegedienst finden Expertenstandards des DNQP (Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) und weitere phänomenologisch orientierte psychiatrische Pflegestandards Anwendung. Hausinterne Leitlinien und Standards orientieren sich am aktuellen Stand des Wissens. Pflegestandards werden fortlaufend erarbeitet und weiterentwickelt.

### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Unser Ziel ist durch den Aufbau einer tragfähigen, vertrauensvollen therapeutischen Beziehung und durch die verständliche Vermittlung therapeutischer Konzepte den Patienten als Partner zu gewinnen. Im Bedarfsfall werden Informationen durch fremdsprachenkundige Mitarbeiter für ausländische Patienten übersetzt. Eine Liste der Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen ist im Intranet für die Mitarbeiter abrufbar. Bei Bedarf kann ein vereidigter Dolmetscher, oder ein Gebärdendolmetscher hinzugezogen werden.

Stehen Patienten einer Therapie trotz intensiver Aufklärung ablehnend gegenüber, wird dies akzeptiert, solange es keine akute Gefährdung darstellt. In jedem Fall werden die Persönlichkeitsrechte des Patienten unter Beachtung gesetzlicher Vorgaben gewahrt.

In den Visiten werden Patienten über diagnostische Maßnahmen und Behandlung, etc. aufgeklärt und in die Behandlungsplanung einbezogen. Patientenverfügungen bzw. Vorsorgevollmachten werden im Rahmen der Aufnahme erfasst. Aufnahme- und Therapiegespräche finden in separaten Räumen statt. Bei den Visiten werden Unbeteiligte immer gebeten, den Raum zu verlassen. Angehörige werden auf Wunsch des Patienten in den Behandlungsprozess einbezogen und aufgeklärt (z.B. Angehörigengruppen, psychoedukative Gruppen).



#### **1.1.4 Service, Essen und Trinken**

Auf den Stationen sind Speise- und Aufenthaltsräume (mit Fernsehgeräten) eingerichtet. Es stehen den Patienten und Besuchern ein Café, eine Boutique, ein Waldlädle sowie ein Friseur zur Verfügung. Jeder Patient soll das von ihm ausgewählte Essen zur vereinbarten Uhrzeit in hoher Qualität erhalten. Bei der Pflegeanamnese werden bestimmte Vorlieben der Ernährung erfragt. Im Rahmen pflegerischer oder ergotherapeutischer Koch- und Backgruppen werden Mahlzeiten gemeinsam von Patienten und Mitarbeiter zubereitet. Auf kulturelle und religiöse Essgewohnheiten wird Rücksicht genommen. Bei Bedarf werden nach ärztlicher Anordnung Diätpläne erstellt, Lebensmittelallergien erfragt und bei der Zubereitung berücksichtigt.

#### **1.1.5 Kooperationen**

Die internistischen Konsile werden durch klinikeigene Fachärzte für Innere Medizin durchgeführt. Für Konsile anderer Fachrichtungen stehen Facharztpraxen bzw. Krankenhäuser in der Umgebung zur Verfügung. Im Gemeindepsychiatrischen Verbund findet die Abstimmung zur psychiatrischen Versorgung in der Region statt. In den Arbeitsgruppen sind Vertreter aus unserem Haus beteiligt. Es bestehen vielfältige Kooperationsverträge unter anderem mit Krankenhäusern und Nachsorgeeinrichtungen. Neue ambulante Weiterbetreuungsangebote wurden seit Einführung der Psychiatrischen Institutsambulanz und Gemeindepsychiatrischer Zentren ermöglicht. Der gute Kontakt zu psychiatrischen Versorgungsnetzwerken (Gemeindepsychiatrische Zentren, Beratungsstellen, Sozialpsychiatrischer Dienst, Selbsthilfegruppen) ergänzt das Behandlungsangebot.

#### **1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Bei Notfallaufnahmen wird eine schnelle Erstdiagnostik und Erstversorgung durch die zentrale Patientenaufnahme bzw. dem Arzt vom Dienst gewährleistet. Notfallaufnahmen werden immer - auch außerhalb der Dienstzeiten - durch einen Arzt und einen Mitarbeiter des Pflegedienstes durchgeführt. Nach klinischer Diagnostik wird die Behandlung entsprechend den Leitlinien vom Therapeuten geplant. Werden Patienten vom Rettungsdienst gebracht, erfolgt die Übernahme durch einen Arzt oder Mitarbeiter des Pflegedienstes der Station. Aufgrund der Aufnahmeverpflichtung werden stets freie Betten vorgehalten.

#### **1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung**

Die ambulante Versorgung erfolgt im Rahmen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA der Allgemein-, Geronto- und Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der psychosomatischen Medizin). Diese sind eng mit den Behandlungsstationen verzahnt, was eine Kontinuität der Behandlungspartner und eine hohe fachliche Kompetenz garantiert. In Notfallsituationen steht rund um die Uhr ein Arzt vom Dienst zur Verfügung. Die PIA hält enge Kontakte zu komplementären Einrichtungen (Beratungsstellen, Patiententreffs, Wohngruppen, Sozialpsychiatrischer Dienst) und arbeitet mit gemeindepsychiatrischen Zentren an zehn Standorten zusammen.

#### **1.3.2 Ambulante Operationen**

Die Klinik ist eine Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, in der keine ambulanten Operationen durchgeführt werden.

#### **1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**

Für eine hochwertige und patientenzentrierte Therapie hält das Klinikum ein umfassendes Angebot bereit, das aus medizinisch-psychiatrischen, psychotherapeutischen, gestaltungs- und körperorientierten sowie sozialpsychiatrischen Bausteinen besteht. Die Behandlung wird engmaschig fachärztlich überwacht und nach Standards und Leitlinien durchgeführt. Hierbei wird besonderes Augenmerk auf einen professionellen Umgang mit psychiatrischen Ausnahmesituationen, auf ein therapeutisches Milieu und eine moderne Medikamententherapie gelegt.

#### **1.4.2 Therapeutische Prozesse**

Diagnostische und therapeutische Behandlungsschritte werden durch die Bezugstherapeuten geplant und koordiniert. Die erforderlichen Informationen werden auf Standardformularen zur Verfügung gestellt und Befunde darauf festgehalten (Krankenhaus Informationssystem). Eine Neukonzeptionierung der Stationen der Psychiatrie und Psychotherapie, weg von der Regionalisierung, hin zur Störungsspezifikation, fand statt.

#### **1.4.3 Operative Verfahren**

Die Klinik ist eine Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, in der keine ambulanten Operationen durchgeführt werden. Daher entfällt das Kriterium.

#### **1.4.4 Visite**

Auf allen Stationen finden mindestens einmal pro Woche Visiten im multiprofessionellen Team unter Beteiligung des leitenden Arztes bzw. seines Vertreters statt. In die Visiten fließen die Informationen aus den Bereichen der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen ein. In intensiven Gesprächen wird mit dem Patienten die bisherige und weitere Behandlung besprochen. Neben den Visiten mit dem leitenden Arzt findet mindestens einmal pro Woche auf den Stationen eine Stationsarztvisite unter Einbeziehung der verantwortlichen Pflegekraft statt. Als Mindeststandard gilt eine tägliche Besprechung der Patienten durch den pflegerischen und den ärztlich/psychologischen Dienst.

#### **1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär**

Zur teilstationären Behandlung stehen zwei Tageskliniken (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie) in Pforzheim und Böblingen, eine Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Böblingen sowie zwei suchtmmedizinische Tageskliniken in Pforzheim und Böblingen zur Verfügung. Die Tageskliniken verfügen über die Möglichkeiten einer umfassenden Diagnostik einschließlich testpsychologischer Verfahren. Der Behandlungsplan wird durch den behandelnden Therapeuten gemeinsam mit der Pflege und dem Patienten erarbeitet. Die Therapie wird entsprechend der Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften festgelegt.

In verschiedenen Bereichen werden prästationär Vorgespräche geführt z. B. in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

#### **1.5.1 Entlassung**

Die Vorbereitungen zur Entlassung aus der stationären Behandlung beginnen frühzeitig und berücksichtigen vorrangig die Fortführung einer fachlichen Weiterbehandlung sowie die soziale Integration und Absicherung. In Absprache mit den Patienten werden Kontakte zu Angehörigen und Nachsorgeeinrichtungen aufgebaut. Vorzeitige Entlasswünsche oder Behandlungsabbrüche werden unter besonderer Beachtung von Gesundheit und Sicherheit der Patienten respektiert. Die Vorgehensweise ist standardisiert. Das Krankenhaus sorgt für eine umfassende Information der an der Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten Beteiligten.

Jeder Patient erhält bei geplanter Entlassung einen Kurarztbrief (ggf. mit Befundkopien) sowie Informationen zur Medikamenteneinnahme. Bei weiterer Pflegebedürftigkeit wird ein Pflegeüberleitungsbericht mitgegeben. Der ausführliche Arztbrief an den weiterbehandelnden Arzt, mit den Informationen zur Behandlung, soll 14 Tage nach Entlassung fertiggestellt sein. Vom Patienten wird dafür eine Entbindung von der Schweigepflicht eingeholt.

#### **1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung**

Die nachstationäre Betreuung wird federführend von den ärztlich-psychologischen Therapeuten sowie den Sozialberatungsmitarbeitern vorbereitet. Hierbei wird auf gute Kontakte in Netzwerken zurückgegriffen. Neue ambulante Weiterbetreuungsangebote wurden mit Etablierung der Psychiatrischen Institutsambulanz und der Gemeindepsychiatrischen Zentren geschaffen.

### **1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten**

Ein verbindlicher Leitfaden beschreibt Abläufe und Verantwortlichkeiten im Umgang mit sterbenden Patienten. Sterbende erhalten die besondere Aufmerksamkeit der Mitarbeiter, die ihnen in der Auseinandersetzung mit Leiden, Sterben und Tod beistehen und auf ihre Ängste eingehen. Angehörige und das soziale Umfeld werden je nach Wunsch des Sterbenden und der Familie eingebunden. Die seelsorgerische Betreuung ist sichergestellt. Sterbenden Patienten wird ein Einzelzimmer zur Verfügung gestellt, das nach den Bedürfnissen des Patienten und der Angehörigen ausgestattet wird. Das Krankenhaus vermittelt bei Bedarf und auf Wunsch den Kontakt mit einem Hospiz und organisiert die Überleitung.

### **1.6.2 Umgang mit Verstorbenen**

Abläufe in der Versorgung Verstorbener sind verbindlich geregelt. Die zuständigen Mitarbeiter des Pflege- und ärztlichen Dienstes stehen den Hinterbliebenen für die Trauerarbeit zur Verfügung. Die Feststellung des Todes erfolgt grundsätzlich durch einen Arzt, die Versorgung des Leichnams wird durch Mitarbeiter des Pflegedienstes durchgeführt. Im Prozess der Sterbebegleitung wie auch in der Versorgung der Verstorbenen wird Rücksicht auf die kulturellen und religiösen Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen genommen. Spezielle Rituale werden von den Mitarbeitern beachtet.

## 2 Mitarbeiterorientierung

### 2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Die Personalbedarfsplanung ist auf eine ausreichende und qualifizierte Personalausstattung in allen Bereichen des Klinikums ausgerichtet. Die Psychiatrie-Personalverordnung bildet, neben den Anhaltzahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die Grundlage zur Berechnung des Personalbedarfs im patientennahen Bereich. Personalkennzahlen werden mehrfach jährlich erhoben, so dass auf Ausfallsquoten und Fluktuation reagiert werden kann. Flexible Arbeitszeiten, Mitarbeitergespräche und Dienstvereinbarungen sollen eine niedrige Ausfallquote bewirken.

### 2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Das Personalentwicklungskonzept beruht auf folgenden Bausteinen:

Gezielte Bewerberauswahl, Einarbeitung, Mitarbeitergespräche, Mitarbeiterbeurteilungen, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie Führungskräfte-Training. In den Mitarbeitergesprächen werden Qualifizierungswünsche thematisiert. Diese werden im Rahmen des verfügbaren Personal- und Sachkostenbudgets sowie der Strategieplanung des Klinikums berücksichtigt.

### 2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Ein Konzept zur Einführung neuer Mitarbeiter für alle Berufsgruppen und Bereiche verfolgt das Ziel, die Arbeitsaufnahme und Integration durch umfassende Informationen und kompetente Begleitung erfolgreich zu gestalten, so dass neue Mitarbeiter selbstständig und eigenverantwortlich im neuen Arbeitsfeld tätig werden können und die Arbeitszufriedenheit erhöht wird. Zweimal jährlich findet ein Einführungstag statt.

Die Zeit der Einarbeitung wird in allen Geschäftsbereichen durch Reflexionsgespräche begleitet. Zur Einführung neuer Mitarbeiter existieren in verschiedenen Bereichen zusätzlich individuelle Einarbeitungskonzepte.

### 2.2.3 Ausbildung

Die Gesundheits- und Krankenpflegeschule wird vom Klinikum Nordschwarzwald betrieben. Ziel ist die qualifizierte, den gesetzlichen Regelungen entsprechende Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege.

Das Modell der Gesundheitspflege ist zentraler Bestandteil des Curriculums. Es wird sowohl im theoretischen Unterricht, als auch im Handbuch für die Ausbildung erläutert. In Anleitungen der Auszubildenden durch die zentrale Praxisanleitung, Praxisanleiter und Lehrer wird der Theorie-Praxis-Transfer nach dem Modell der Gesundheitspflege geleistet. Im Klinikum sind auf jeder Station Praxisanleiter tätig. Im Handbuch für die Ausbildung sind Lernangebote für die praktische Ausbildung formuliert, die in Kooperation zwischen Schule und Praxisanleitern aktualisiert werden.

### 2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Durch systematische Fort- und Weiterbildung wird die persönliche und fachliche Kompetenz der Mitarbeiter kontinuierlich verbessert. Schwerpunkte sind die Weiterbildung zum Facharzt und der Erwerb von Zusatzqualifikationen im Pflegedienst (Stationsleitung, Praxisanleiter und Fachpflege). Darüber hinaus bietet das Klinikum ein akkreditiertes Fortbildungsprogramm an. Interne Pflichtfortbildungen im Bereich Hygiene, Brandschutz, Arbeitssicherheit, Reanimation, etc. werden den Mitarbeitern verbindlich vorgegeben.

Es gibt ein Fort- und Weiterbildungsbudget, welches jährlich zentral durch die Geschäftsleitung verabschiedet und auf die einzelnen Abteilungen verteilt wird. Ergänzend werden Mittel für Kongresse, Tagungen und externe Fortbildungen für jede Berufsgruppe vorgehalten. Die Genehmigung der Fortbildungsanträge erfolgt über den jeweiligen Abteilungsleiter. Der zielgerichtete Einsatz des Budgets wird durch das Controlling überwacht und den Abteilungsleitern zurückgemeldet.

### **2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil**

Der mitarbeiterorientierte Führungsstil ist im Leitbild sowie im Führungsleitbild des Klinikums verankert. Schwerpunkte der Mitarbeiterorientierung sind Mitarbeitergespräche, -befragungen, -vertretung und Dienstvereinbarungen. Bei strategischen Planungen werden Mitarbeiter in themenzentrierte Arbeitskreise eingebunden. Die Leitungskonferenzen sind turnusmäßig erweitert für gemeinsame Sitzungen mit anderen Berufsgruppen und Hierarchien. Großer Wert wird auf Mitarbeiterinformation gelegt. Dazu stehen mehrere Informationskanäle und -medien, wie z. B. die bestehende Konferenzstruktur, das Intranet, E-Mail-System, Mitarbeiter-Besprechungen, Newsletter, Mitarbeiterversammlungen und das betriebliche Vorschlagswesen zur Verfügung.

Das strukturierte Mitarbeitergespräch mit seinem Zielvereinbarungssystem wird jährlich von den Vorgesetzten durchgeführt. Neben einer Leistungsbeurteilung beinhaltet es zusätzliche Kriterien zur Beurteilung von Führungskräften. Auch in der Mitarbeiterbefragung wird das Führungsverhalten abgefragt.

### **2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit**

Die für die Mitarbeiter unter Beachtung gesetzlicher und tariflicher Vorschriften festgelegten Arbeitszeitregelungen sind in einem elektronischen Zeiterfassungssystem hinterlegt. Es gibt moderne, flexible Arbeitszeitmodelle mit Gleitzeit-, Teilzeit- und Dienstplanregelungen. Bei der Dienstplangestaltung werden Mitarbeiterwünsche berücksichtigt. Die Mitarbeiter können über die Erfassungsterminals jederzeit ihr Arbeitszeitkonto einsehen. Zur weiteren Flexibilisierung ist ein Arbeitszeitkonto mit einem Arbeitszeitkorridor von minus 15 Stunden bis plus 40 Stunden eingerichtet.

### **2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden**

Um Ideen, Kritik und Wünsche der Mitarbeiter systematisch zu erfassen und einzubeziehen, arbeiten verschiedene Gremien bzw. werden differenzierte Instrumente eingesetzt: betriebliches Vorschlagswesen mit Prämienzahlung, Beschwerdemanagement, Mitarbeitergespräche, Mitarbeiterbefragungen, Personalrat, Beauftragte für Chancengleichheit und Schwerbehindertenvertretung.

## 3 Sicherheit

### 3.1.1 Arbeitsschutz

Das Klinikum gewährleistet den Arbeitsschutz. Die Sicherheitsbeauftragten, die Fachkraft für Arbeitssicherheit, der Betriebsarzt und der Arbeitssicherheitsausschuss überwachen und bearbeiten verantwortungsvoll die Sicherheitsstandards und schlagen Verbesserungen vor. Regelmäßig finden Sicherheitsbegehungen statt. Ein strukturiertes Unfallmeldeverfahren sichert den Mitarbeitern eine kompetente Versorgung bei betrieblichen Unfällen zu. Sämtliche Anweisungen und Handlungsanleitungen finden sich für die Mitarbeiter zugänglich im Intranet.

### 3.1.2 Brandschutz

Um im Brandfall optimale Sicherheit für Patienten und Mitarbeiter zu gewährleisten, hält das Klinikum ein automatisiertes Brandmeldesystem vor. Es verfügt über eine eigene Werkfeuerwehr, hat in sämtlichen Gebäuden Rettungswege ausgewiesen, anforderungsgerecht Feuerlöscher angebracht und Alarmauslöser installiert. Es wurde ein differenzierter Brand- und Katastrophenschutzplan entwickelt. Eine jährliche Unterweisung mit praktischen Übungen in Brand- und Katastrophenschutz qualifiziert die Mitarbeiter für die Beherrschung des Ernstfalles. Die Schulungsintervalle werden dokumentiert.

### 3.1.3 Umweltschutz

Für die Belange des Umweltschutzes sind im Klinikum ein Energie-, Immissionsschutz- und ein Abfallbeauftragter ernannt. In den letzten Jahren erfolgten hohe Investitionen zur Optimierung des Energieverbrauchs und zur Vermeidung beziehungsweise Recycling von Abfall. Die positiven Entwicklungen sind in jährlichen Abfall- und Energiebilanzen nachweisbar. Die Kennzahlen für Energie, Wasser und Abfall unterliegen einem zentrenübergreifenden Vergleich.

### 3.1.4 Katastrophenschutz

Ein ausführlicher Katastrophenschutzplan wurde entwickelt. Das Klinikum ist in den Katastrophenschutz auf Kreisebene eingebunden. In diesem sind differenzierte Evakuierungspläne und Ablaufregelungen für den Katastrophenfall eingearbeitet. Es finden unter Beteiligung der eigenen Werkfeuerwehr Evakuierungsübungen statt, an denen gegebenenfalls auch regionale Feuerwehren und Rettungsdienste beteiligt sind. Für die technischen Ausfälle existieren Vertragswerke mit externen Firmen zur Beseitigung der Störungen (z. B. Küche, EDV, Wärmzentrale).

### 3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Es gibt Anweisungen und Verantwortlichkeiten für nichtmedizinische Notfallsituationen. Hierzu zählen beispielsweise der hausinterne Alarmierungsplan für größere Schadensereignisse (z. B. Brand, Geiselnahmen) und die Anleitung für das arbeitsplatzbezogene Verhalten im Brandfall. Für die Bedienung der Personennotrufanlage wurde ein detaillierter Alarmablaufplan entwickelt, der auch bei technischen Störungen dieser Anlage die Alarmierung von hilfeleistendem Personal weitestgehend gewährleistet. Die Stationen und einige andere Arbeitsbereiche sind mit Personennotrufgeräten ausgestattet, so dass eine gegenseitige Hilfeleistung gegeben ist.

### 3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Die Patientensicherheit hat im Klinikum einen hohen Stellenwert. Für die Behandlung von eigen- oder fremdgefährdeten Patienten sind ausführliche Standards und Handlungsanweisungen erstellt (z. B. Deeskalation, Suizidalität, Sturzassessment, Wundmanagement, Ausgangsregelungen). Bei den Begehungen wird der Aspekt der Patientensicherheit mit beachtet. Alle Stationen sind rund um die Uhr personell besetzt. Moderne Personen-Ruf-Anlagen unterstützen die Gewährleistung der Sicherheit.



### **3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement**

Das Notfallmanagement im Klinikum beinhaltet somatische Notfälle (z. B. Herz-Kreislauf-Komplikationen) und insbesondere psychiatrische Notfallsituationen. Um rasch und effizient helfen zu können, sind im gesamten Klinikum Notfallkoffer und Frühdefibrillatoren vorhanden. Der Pflegedienst und der Arzt vom Dienst sind über ein Alarmierungssystem in das Notfallmanagement eingebunden. Die am Notfallmanagement beteiligten Mitarbeiter erhalten regelmäßige Unterweisungen in Reanimation, Defibrillation, Deeskalation und Erste Hilfe.

### **3.2.3 Hygienemanagement**

Die Organisation der Hygiene und die Umsetzung der hygienischen Anforderungen im Klinikum werden durch die hygienebeauftragten Ärzte, durch eine Hygienefachkraft sowie die Hygienekommission gewährleistet. Die letzte Verantwortung in allen hygienischen Belangen tragen die Medizinischen Direktoren der Kliniken aus Krankenhaus und Maßregelvollzug. Für alle Klinikbereiche sind Dienst- und Verfahrensweisungen vorhanden. Es finden regelmäßige Begehungen statt. In den relevanten Bereichen hängen Desinfektions- und Hautschutzpläne aus.

### **3.2.4 Hygienerrelevante Daten**

Gemäß dem Infektionsschutzgesetz werden dem Gesundheitsamt vom Klinikum alle auftretenden meldepflichtigen Erkrankungen gemeldet. Darüber hinaus werden katheterassoziierte Harnwegsinfektionen als Indikator für nosokomiale Keime systematisch erfasst. Der interne Meldeweg bei Infektionen ist für alle Mitarbeiter klar definiert.

### **3.2.5 Infektionsmanagement**

Bei jedem Auftreten von katheterassoziierten und allen anderen klinisch schwer verlaufenden Infektionen erfolgt eine Erreger- und Resistenzbestimmung. Zur Aufrechterhaltung eines hohen Hygienestandards ist das Wissen und die Motivation der Mitarbeiter eine entscheidende Voraussetzung. Regelmäßige Fortbildungen und Beratungen stellen daher wichtige Sicherungsmaßnahmen dar. Hygiene- und Desinfektionspläne in allen Bereichen des Klinikums unterstützen die Aufrechterhaltung eines hohen Hygienestandards. Die Weiterentwicklung und Überwachung des Hygienekonzeptes obliegt der Hygienekommission.

### **3.2.6 Arzneimittel**

Die Versorgung mit Arzneimitteln wird durch die krankenhauseigene Apotheke realisiert. In der Arzneimittelliste des Klinikums sind die Arzneimittel verzeichnet, die in der Regel in der Therapie zum Einsatz kommen. Die Liste ist tagesaktuell und steht den Ärzten und Stationen online zur Verfügung. Die Bestellung von gelisteten Arzneimitteln erfolgt elektronisch über ein Anforderungsprogramm, die Freigabe über einen Arzt. Die Belieferung erfolgt zweimal wöchentlich durch die Logistik. Außerhalb der Belieferungstage sind Arzneimittel während der Öffnungszeiten der Apotheke durch Abholung erhältlich. Zudem können in den abschließbaren Stationsfächern vor der Apotheke (jederzeit zugänglich) Arzneimittel bereitgelegt werden (außer Kühlware und Betäubungsmittel).

Um eine notfallmäßigen Versorgung außerhalb der Apothekenöffnungszeiten sicher zu stellen, existiert ein Notfalldepot auf einer der Akutstationen. Nichtgelistete Arzneimittel können über Sonderanforderungsformulare bestellt werden.

### **3.2.7 Blutkomponenten**

Dieses Kriterium trifft für das Klinikum nicht zu, da keine Blutkomponenten zum Einsatz kommen.

### **3.2.8 Medizinprodukte**

Für die Koordination und Durchführung der Vorschriften des Medizinprodukte-Gesetzes ist eine externe Fachkraft bestellt. Die Versorgung mit Medizinprodukten erfolgt über den Zentraleinkauf unter Einbeziehung der Pflegekräfte und des Medizintechnikers. Alle eingeführten Produkte müssen den vorgegebenen Normen entsprechen; ökologische Anforderungen werden berücksichtigt. Eine Dienstanweisung regelt die Aufgaben der Verantwortlichen, der Be-

auftragten und der Anwender. Die Einweisungen und Schulungen der Mitarbeiter werden in einem persönlichen Nachweisheft dokumentiert. Im Intranet sind die Medizingeräte, die Gesetzestexte (MPG, MedGBetrV) sowie die Beauftragen und Verantwortlichen für alle einsehbar hinterlegt.



## 4 Informations- und Kommunikationswesen

### 4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Das Klinikum investiert seit Jahren in hochwertige Informationstechnologie. Das gesamte Klinikum ist flächendeckend digital vernetzt. Die im Einsatz befindlichen EDV-Systeme unterstützen Mitarbeiter in ihrer täglichen Arbeit und stellen ein kompetentes Informations- und Qualitätssicherungssystem dar. Ein Service Desk sowie IT- Bereitschaftsdienste garantieren rasche Hilfe bei Anwenderproblemen.

### 4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Sämtliche Patientendaten werden während der Behandlung in einem psychiatriespezifischen Dokumentationssystem hinterlegt, welches im Laufe der letzten Jahre sukzessive verbessert wurde. Für die Dokumentation sind Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten geregelt. Die Unterlagen werden nach Abschluss der Behandlung im Krankenblattarchiv aufbewahrt. Arztbriefe stehen nach den Richtlinien des Datenschutzes auch elektronisch zur Verfügung. Seit dem Jahr 2005 wird stufenweise eine umfassende elektronische Krankenakte eingeführt. Die zur Behandlung relevanten Maßnahmen und Ergebnisse werden im Dokumentationssystem auf speziellen Formularen erfasst. Hausinterne Regelungen beschreiben die geforderte Frequenz der Eintragungen. Die an der Dokumentation beteiligten Personen sind über Namenskürzel (hinterlegt in Listen) erkennbar.

### 4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Während der Behandlung haben alle berechtigten Mitarbeiter zeitlich unbegrenzt Zugriff auf die laufende Dokumentation und das Archiv. Im Krankenblattarchiv werden die Krankenakten aufbewahrt und stehen bei Wiederaufnahme umgehend zur Verfügung. Ausgaben müssen mit Datum und Unterschrift nachvollziehbar dokumentiert werden. Arztbriefe stehen seit dem Jahr 2001 auch digital zur Verfügung.

### 4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Die Krankenhausleitung erhält monatlich Auswertungen über die wichtigsten Kennzahlen (z. B. Fallzahlen, Diagnosen, Verweildauer, Personalbestands- und betriebswirtschaftliche Daten). Daneben existiert ein standardisiertes Meldewesen für besondere Vorkommnisse oder kritische Entwicklungen. Dieses Rückmeldesystem ermöglicht es der Krankenhausleitung, zeitnah auf riskante Betriebsentwicklungen zu reagieren.

Eine umfassende Kommunikation zwischen den Mitarbeitern wird durch ein strukturiertes Konferenz- und Besprechungswesen sichergestellt. Die verfügbaren technischen Medien werden genutzt (Mailsystem, Intranet, Internet, Telefon, Fax, Postumlauf). Die Kommunikation patientenbezogener Daten erfolgt durch das von den Berufsgruppen genutzte Dokumentationssystem sowie durch die im Aufbau befindliche elektronische Krankenakte.

### 4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Die eingesetzte Informationsplattform im Klinikum ist der Nexus Curator. Über Informationstools können sich die Mitarbeiter intern wie extern über News, Verfahrensanweisungen, Abteilungsstrukturen, Telefonregister, Neuigkeiten aus der Partnerklinik etc. informieren. Meldetools ermöglichen schnelle und strukturierte Meldungen von Vorkommnissen, kritischen Ereignissen (Critical Incident Reporting System) und Beschwerden an vorprogrammierte Adressverteiler.

Schriftlich festgelegte Kommunikationsstrukturen im Rahmen der Gremienarbeit für die verschiedenen Geschäftsbereiche stellen die rechtzeitige und verständliche Weiterleitung von Informationen an betroffene Mitarbeiter sicher. Alle Printmedien und die externe Kommunikation werden zentral von der Stabsstelle Unternehmenskommunikation und Öffentlichkeitsarbeit koordiniert und erstellt. Die Inhalte werden mit den entsprechenden Geschäftsbereichen abgestimmt. Die Kommunikation mit den niedergelassenen Ärzten wird durch den Medizinischen Direktor Krankenhaus gesteuert.

#### **4.4.1 Organisation und Service**

Die Informationszentrale ist die zentrale Auskunftsstelle und kann qualifiziert Auskünfte geben und Informationen unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten weiterleiten. Die Tätigkeiten, Aufgaben und Verhaltensregeln der Mitarbeiter sind in einer Dienstanweisung festgelegt. Die Besetzung der Informationszentrale ist über 24 Stunden gewährleistet. Die Kommunikationswege zu den einzelnen Abteilungen und Sekretariaten sind geregelt. Die Mitarbeiter der Informationszentrale, Patientenaufnahme und Sekretariate nehmen an einer Fortbildung bezüglich Telefontrainings teil.

#### **4.5.1 Regelungen zum Datenschutz**

Eine zentrale Stabsstelle ist für den Datenschutz zuständig. Dieser Beauftragte stellt durch Schulungen und Beratungen in datenschutzrechtlichen Fragen sicher, dass sowohl digitale als auch schriftliche Daten nach geltendem Recht gesichert werden und schützenswerte mündliche Informationen gesetzeskonform weitergegeben werden.

Es existieren Dienstanweisungen zu unterschiedlichen datenschutzrelevanten Themen. Der EDV-Zugriff ist über ein differenziertes Benutzer- und Berechtigungssystem geregelt. Zusätzlich wird das EDV-System durch bauliche Maßnahmen und eine umfassende Firewall geschützt.

## 5 Führung

### 5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Ein erstes Leitbild wurde im Jahr 1996 im Auftrag des Aufsichtsrates und im Rahmen einer multiprofessionellen und hierarchieübergreifenden Arbeitsgruppe entwickelt. Im Jahre 2004 erfolgte im Rahmen des Projektes "Zukunftswerkstatt" die Überprüfung und Anpassung des Leitbildes auf die sich verändernden Rahmenbedingungen. 2011 wurde das von der ZfP-Gruppe erarbeitete Rahmenleitbild vom Klinikum übernommen. Das Leitbild hängt in Posterform in den Gebäuden aus und ist im Internet und Intranet einzusehen.

### 5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Dienstvereinbarungen wie "Sucht am Arbeitsplatz", "Schutz vor sexueller Belästigung" und "betriebliches Vorschlagswesen" unterstützen die vertrauensvolle Zusammenarbeit im Klinikum. Ein betriebliches Eingliederungsmanagement unterstützt die Mitarbeiter bei der Aufnahme ihrer Arbeit nach längerer Krankheit. Bei Patientenübergriffen werden Supervisionen und Traumanachsorge angeboten. Zusätzlich stehen kollegiale Ansprechpartner zur Verfügung. Mitarbeitergespräche sowie Mitarbeiterbefragungen werden durchgeführt. Zweimal jährlich lädt die Personalvertretung zu Personalvollversammlungen ein, bei denen die Mitarbeiter über betriebliche Entwicklungen informiert werden und die Möglichkeit haben, diese mit der Leitung zu diskutieren. In 2013 wurde ein betriebliches Gesundheitsmanagement zur Prävention und Gesunderhaltung eingeführt.

### 5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

In Leitungsgremien werden ethische Fragestellungen situationsbezogen thematisiert (z. B. Behandlungsempfehlungen). In Arbeitsgruppen und Qualitätszirkeln werden längerfristige Problemfelder bearbeitet (z. B. Suizidalität, Gewaltprävention). Das Ethikkomitee befasst sich mit ethischen Fragen aus der Alltagsarbeit. Als unabhängige Organe für Probleme und Beschwerden von Patienten gibt es die Patientenfürsprecher und die Seelsorger.

### 5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die Zielplanung bezieht sich vor allem auf die Entwicklung und den Ausbau von Behandlungsangeboten entsprechend der Bedürfnisse der Bevölkerung, die Ausweitung des Dienstleistungsgedankens, die interne und externe Kundenorientierung sowie auf den Ausbau von Kooperationen. Im Rahmen von Geschäftsleitungssitzungen wird die Zielplanung von der Krankenhausleitung gemeinsam mit den Chefärzten der Kliniken und weiteren Führungskräften konkretisiert und in die Entwicklung der Kliniken aufgenommen. Die strategischen Ziele des Krankenhauses werden in Kennzahlen operationalisiert, erhoben und ausgewertet. Die Personen der zweiten Führungsebene und Personen mit Sonderfunktionen werden in die Strategieplanung und die Planung der Maßnahmen zur Umsetzung einbezogen.

### 5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Als regionales Zentrum für psychische Gesundheit erfüllt das Krankenhaus seine Aufgaben als kompetenter Partner im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie. Dabei ist die Vernetzung mit Partnern innerhalb und außerhalb der Region ein wichtiges Anliegen. Es gibt vielfältige Kooperationen. Soziale, kulturelle und ökologische Projekte werden vom Krankenhaus gefördert und/oder selbst durchgeführt. So werden auf dem Gelände des Krankenhauses sowie durch das Krankenhaus selbst vielfältige kulturelle und soziale Veranstaltungen angeboten, z. B. Ausstellungen der Kunsttherapie, Veranstaltungen im Cafino (z. B. Konzerte), "Rote Sofa" Gespräche.

### **5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur**

Die Organisationsstruktur des Klinikums ist klar geregelt und über ein Organigramm im Intranet und Internet dargestellt. Neben den klinischen Abteilungen mit ihren Leitungskräften und der Betriebsorganisation existieren Beauftragte, zentrale Dienste und Stabsstellen. Entwicklungsmaßnahmen des Klinikums werden über Projektaufträge realisiert, ihre Umsetzung evaluiert. Veränderungen in der Organisation und in der Leitungsstruktur sind über den Aufsichtsrat zu genehmigen und werden den Mitarbeitern über die vorhandenen Medien bekannt gemacht.

### **5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien**

Im Klinikum existiert eine aufeinander abgestimmte Gremienstruktur, diese ist in einer Besprechungsmatrix dokumentiert. Die strategischen Entscheidungen im Geschäftsführerbereich werden in der Geschäftsleitungskonferenz beraten und entschieden. Die operativen Entscheidungen für das Klinikum werden in den Chefarzt- und Pflegeleitungskonferenzen oder Führungskräftekonferenzen (wirtschaftlich-technische Themen) beraten und entschieden. Für die Sitzungen werden Tagesordnungen und Protokolle mit der Wiedervorlage offener Posten erstellt.

### **5.3.3 Innovation und Wissensmanagement**

Die Planung von Innovationen findet immer auf der Grundlage des Projektmanagements unter Hinzuziehung interner und bei Bedarf auch externer Experten und der betroffenen Mitarbeiter "vor Ort" statt. Fachliteratur und ein Internetzugang für die wissenschaftliche Recherche stehen den Mitarbeitern zur Verfügung. Darüber hinaus bestehen Online-Zugänge zu wissenschaftlichen Bibliotheken für einen umschriebenen Personenkreis. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse werden in unterschiedlichen Gremien vermittelt. Ein innovationsfreudiges Betriebsklima wird durch die Etablierung des betrieblichen Vorschlagswesens, die Ansprechbarkeit der Mitglieder der Krankenhausleitung und die Entgegennahme und Umsetzung von Innovationen in verschiedenen Gremien des Hauses realisiert. Darüber hinaus werden die Mitarbeiter bei der Umsetzung eigener Ideen unterstützt und für die Teilnahme an Projektgruppen, Arbeitskreisen und Qualitätszirkeln freigestellt.

### **5.4.1 Externe Kommunikation**

Es gibt ein Konzept für eine systematische Öffentlichkeitsarbeit. Die Stabsstelle für Unternehmenskommunikation und Öffentlichkeitsarbeit unterstützt und berät die Krankenhausleitung bei der Planung und Konzeption sowie bei der Besetzung neuer Themen für die Öffentlichkeitsarbeit. Sie koordiniert die Maßnahmen zur Information der Öffentlichkeit und ist für die Erstellung der Printmedien verantwortlich. Es wird jährlich ein Marketingzielplan erstellt und die Zielerreichung überprüft. Zur Sicherstellung einer optimalen Kommunikation mit den Einweisern führt das Klinikum regelmäßige Einweiserbefragungen durch. Die „Zentrum für Psychiatrie-Gruppe“ als Bindeglied über alle in Trägerschaft des Landes stehenden Zentren für Psychiatrie verfügt über einen einheitlichen Internetauftritt ([www.ZfP-start.de](http://www.ZfP-start.de)), in dem sich jede Einrichtung individuell präsentiert. Das Vorgehen bei Krisen im Krankenhaus ist festgelegt und schriftlich hinterlegt.

### **5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems**

Das umfassende Risikomanagement, welches in einem Risikomanagementhandbuch zusammengefasst ist, ermöglicht es dem Klinikum, Risiken zu erkennen, zu analysieren und Schäden zu vermeiden. Es wird zwischen klinischen und betriebswirtschaftlich-finanziellen Risiken unterschieden, diese unterliegen einem Risikofrüherkennungs- und Überwachungssystem. Somit werden klinische Risiken minimiert, die Behandlungsqualität durch die Vergleichsmethoden verbessert und eine höhere Patientensicherheit erreicht. Eine kontinuierliche Überprüfung erfolgt durch eine regelhafte Risikoeinschätzung auf Grundlage einer Risikobewertungsmatrix.

## 6 Qualitätsmanagement

### 6.1.1 Organisation

Im Klinikum existieren auf der Grundlage der KTQ-Systematik berufsgruppenübergreifende Gremien und Zirkel (Qualitätslenkungsausschuss und Qualitätskommission), welche auf oberster Leitungsebene die Umsetzung der Qualitätspolitik für das Krankenhaus koordinieren und überwachen. Neben einem hauptamtlichen Qualitätsmanagement Beauftragten unterstützen Qualitätspromotoren den Qualitätsmanagement-Prozess.

Umfassendes Qualitätsmanagement bedeutet für uns, dass die Mitarbeiter in die Qualitätspolitik eingebunden sind. Um dies zu gewährleisten, bildet die Krankenhausleitung zusammen mit der Personalvertretung, der Beauftragten für Chancengleichheit sowie dem Qualitätsmanagement Beauftragten das oberste Qualitätsgremium (Qualitätslenkungsausschuss). Es legt die Qualitätsziele des Hauses fest und beauftragt weitere Gremien (z. B. Qualitätskommission) oder Projektgruppen, an denen Mitarbeiter aus allen Bereichen mitwirken.

### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Ziel des Prozessmanagements ist es, Prozesse zu steuern, sie im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses zu optimieren und die Kundenanforderungen zu erfüllen. Im Rahmen eines Projektes wurde die Prozesslandschaft für das Klinikum neu definiert. Die Kernprozesse Patientenaufnahme, -behandlung und -entlassung bilden den Mittelpunkt unserer Prozesslandschaft und unterliegen damit der kontinuierlichen Verbesserung durch fortlaufende Überprüfungen und Optimierungen. Unterstützende Prozesse sind berufsgruppen- und bereichsübergreifend definiert. An der Erarbeitung der Prozessbeschreibungen und an den Prozessoptimierungen sind die Mitarbeiter der jeweiligen Berufsgruppen beteiligt. Für jeden Prozess ist ein Prozessverantwortlicher definiert.

### 6.2.1 Patientenbefragung

Die regelmäßig durchgeführten Patientenbefragungen (alle drei Jahre) werden durch einen multiprofessionell besetzten Befragungsausschuss geplant, vorbereitet und durchgeführt. Der Fragebogen basiert auf einem in mehreren Kliniken erprobten Fragenkatalog. Die Befragungsmethode ist durch das beauftragte externe Institut validiert.

Auswertung und Darstellung erfolgen nach statistisch verlässlichen Methoden. Datenschutz und Anonymität werden garantiert. Aufgrund der Daten aus weiteren psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland kann das Institut einen externen Vergleich durchführen.

Die Detailanalyse der Ergebnisse durch die Mitarbeiter bestätigt an bekannten Schwachstellen eine Sensitivität und Validität der Instrumente. Die Repräsentativität ist durch eine definierte Rücklaufquote gewährleistet.

### 6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Die Einweiser (Niedergelassene und Krankenhausärzte) werden alle drei Jahre per Fragebogen befragt. Das Befragungskonzept verfolgt verschiedene Ziele:

Eine Verbesserung der Zusammenarbeit und Erfassung der Aspekte, die bei der Entscheidung für eine Einweisung wichtig sind. Die Zufriedenheitsabfrage (Überleitung, Erreichbarkeit der Mitarbeiter, Art der Informationsweitergabe) sowie die dezidierte Aufforderung zur Meinungsäußerung erfolgt, um konkrete Verbesserungsvorschläge der Einweiser zu erhalten.

### 6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Die Mitarbeiter werden alle drei Jahre per Fragebogen befragt. Die Mitarbeiterbefragung ist mit Befragungsdimensionen wie Arbeitsinhalt, Arbeitsbedingungen, Führungsstil und Vorgesetztenverhalten, Fort- und Weiterbildung so aufgebaut, dass die Befragungsergebnisse Baustein für eine nachhaltige Personalpolitik und Teil der strategischen Zielsetzungen sind. Oberstes Prinzip bei der Durchführung der Befragungen sind Freiwilligkeit und die Gewährleistung der Anonymität. Die Gesamtergebnisse werden den Mitarbeitern zeitnah im Rahmen einer Mitarbeiterpräsentation und im Intranet dargeboten. Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung werden in der Sitzung der Gesamtleitung und in der Qualitätskommission bearbeitet.

### **6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden**

Wünsche und Beschwerden sind für das Klinikum ein Gradmesser der Behandlungsqualität. Kritik und Anregungen sehen wir als Chance zur steten Weiterentwicklung und Verbesserung. Deshalb stehen den Patienten und Angehörigen vielfältige Wege offen, Lob und Kritik zu äußern. Im Rahmen eines definierten Beschwerdemanagements werden Beschwerden systematisch bearbeitet. Ein Bewertungsbogen Lob- und Kritik liegt auf den Krankenhausstationen aus und ist auch für die Bereiche Tageskliniken und Psychiatrische Institutsambulanz angepasst verfügbar. Als unabhängiges Organ stehen den Patienten ergänzend die Patientenfürsprecher zur Verfügung.

### **6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten**

Die Erhebung und Nutzung qualitätsrelevanter Daten lässt verlässliche Aussagen zu Qualitätsmanagementthemen im Krankenhaus zu. Die Daten fließen in Form von Kennzahlen und Messgrößen ein. Für die Erhebung der einzelnen Daten sind Personen benannt und verantwortlich. Das Konzept zur Nutzung von Kennzahlen und Messgrößen umfasst die Beschreibung des Verfahrens zur Erhebung, Auswertung, Darstellung und Informationsweitergabe der Daten. Pflegerische Qualitätsindikatoren wie Dekubitus und die Sturzrate werden kontinuierlich auf allen relevanten Stationen erfasst und ausgewertet.

### **6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung**

Als psychiatrisches Fachkrankenhaus nimmt das Klinikum seit dem Jahr 2008 mit dem Leistungsbereich " Dekubitusprophylaxe" an der externen Qualitätssicherung teil. Seit 2010 wird die halbjährliche gesetzliche Meldung zu MRSA Infektionen durchgeführt.

Eine schriftliche Anweisung regelt die Umsetzung und den Umgang mit der externen Qualitätssicherung (z. B. Datenerhebung, Dateneingabe, Datenübermittlung, Kommunikation und Umgang mit Ergebnissen). Ziel ist es, valide Daten vollständig zu erheben, diese zeitgerecht an die externe Stelle zu übermitteln und die Ergebnisse für die Qualitätssicherung und -verbesserung zu nutzen. Die erhobenen Daten fließen in das hauseigene Kennzahlensystem ein und werden für die Erfolgskontrolle sowie für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess, z. B. Überarbeitung des Pflegestandards Dekubitusprophylaxe, genutzt.