



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Zentrum für Psychiatrie Reichenau
Institutionskennzeichen:	260831469
Anschrift:	Feursteinstraße 55 78479 Reichenau
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2016-0057 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	WIESO CERT GmbH, Köln
Gültig vom:	10.11.2016
bis:	09.11.2019
Zertifiziert seit:	18.04.2005

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	11
1 Patientenorientierung	12
2 Mitarbeiterorientierung	17
3 Sicherheit	19
4 Informations- und Kommunikationswesen	22
5 Führung	24
6 Qualitätsmanagement	27

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 und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). 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,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Unternehmensführung 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.

Während 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

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

Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2.

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen 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 die **Zentrum für Psychiatrie Reichenau** 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 Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

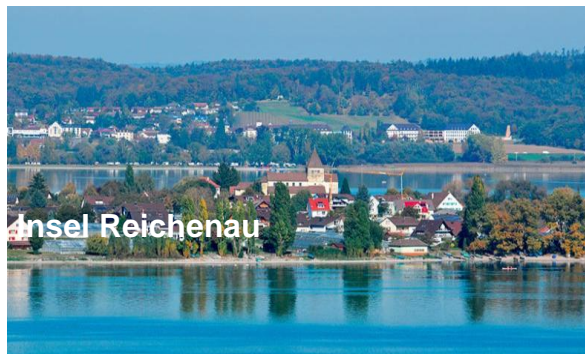
Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Das Zentrum für Psychiatrie Reichenau (ZfP) liegt nahe der Insel Reichenau und der Stadt Konstanz am Bodensee.



Der klinisch-psychiatrische Versorgungsauftrag für die voll- und teilstationäre Behandlung der psychisch Kranken umfasst die Landkreise

- Konstanz, Waldshut
- Teile des Landkreises Tuttlingen

Das Versorgungsgebiet umfasst insgesamt 450.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Kurzer geschichtlicher Rückblick

Das ZfP wurde 1913 als „badische Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz“ gegründet. Der von 1924 bis 1933 amtierende Direktor Dr. Maximilian Thumm führte die aktive Therapie (Arbeitstherapie), Frühentlassung und ambulante Nachsorge ein. In den siebziger und achtziger Jahren folgten die Gründung spezialisierter Stationen mit überregionalem Ruf (Suchtstationen, Depressionsstation, Psychotherapiestation, Weiterbehandlungsstation für an Schizophrenie erkrankte Menschen).



ZfP Parkanlage mit Station

In den neunziger Jahren wurden die allgemeinspsychiatrischen Aufnahmestationen grundlegend reformiert.

Zum 01. Januar 1996

wurde das Psychiatrische Landeskrankenhaus Reichenau in eine rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts umgewandelt. Seit dem Jahr 2000 ist das ZfP Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Konstanz.

Das Zentrum für Psychiatrie Reichenau ist ein Unternehmen der ZfP-Gruppe Baden-Württemberg.

Die ZfP-Gruppe hat in den vergangenen Jahren aus zentralen psychiatrischen Fachkrankenhäusern ein regionales Versorgungsnetz von Behandlungs- und Versorgungseinrichtungen entwickelt. Ziel war und ist es, eine gemeindenahere, für die Patienten erreichbare Versorgungsstruktur zu entwickeln, die alle notwendigen psychiatrischen Hilfsangebote - umfassend, vernetzt, in hoher Qualität und auf aktuellem wissenschaftlichen Stand - vorhält. Nach diesen Vorgaben soll ein differenziertes System von Einrichtungen und Institutionen etabliert werden, das die Versorgungsqualität in den Regionen erheblich verbessert. Das Versorgungssystem wird mit dem Ziel weiterentwickelt, dem einzelnen Betroffenen individuell das optimal auf seinen Bedarf und seine Bedürfnisse ausgerichtete Behandlungs- und Versorgungsangebot machen zu können.

Die **Geschäftsbereiche** mit den dazugehörigen Geschäftsfeldern bilden sich in der Aufbauorganisation des Zentrums für Psychiatrie Reichenau wie folgt ab:

Direktion Krankenhaus
<ul style="list-style-type: none"> • Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tagesklinik Singen ▪ Tagesklinik Bad Säckingen (in reiner Betreiberschaft)
• Psychiatrisches Behandlungszentrum Waldshut
• Klinik für Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie
• Klinik für Alterspsychiatrie
• Klinik für Suchtmedizin <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tagesklinik Sucht
• Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)
• Therapie und Kultur

Im psychiatrischen Fachkrankenhaus wurden im Jahr 2015 stationär 3.928 und ambulant 4.330 Patientinnen und Patienten behandelt.

Direktion Maßregelvollzug
<ul style="list-style-type: none"> • Klinik für Forensische Psychiatrie u. Psychotherapie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Forensische Ambulanz ▪ Prozessoptimierung u. Qualitätsmanagement Maßregelvollzug (PQM)

Die Einrichtung des Maßregelvollzuges hat aktuell 90 vereinbarte Plätze.

Heim
• Gerontopsychiatrisches Pflegeheim*
• Psychiatrische Pflegeheim*
• Wiedereingliederungsheim*

Der Heimbereich wurde im Jahr 1996 als Folge einer Umstrukturierung innerhalb des Zentrums, bei Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes, gegründet. Alle Häuser des Heimes stehen in dem sehr schönen, parkähnlichen Gelände des Zentrums.

* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

¹ (Anmerkung: Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung und der besseren Lesbarkeit wird im nachfolgenden Text bei Personennennungen lediglich die männliche Sprachform verwandt; sie soll für beide Geschlechter gleichrangig Gültigkeit haben)

Die Weiterentwicklung der medizinisch-therapeutischen sowie ökonomischen Strukturen

Geschäftsführung

Der Geschäftsführer des ZfP Reichenau ist in Personalunion Geschäftsführer des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg.

Aus der gemeinsamen Geschäftsführung heraus haben sich synergetische Strukturen und eine klinikübergreifende Zusammenarbeit in medizinisch-therapeutischen sowie organisatorisch-personellen Bereichen entwickelt.

Psychiatrische Tagesklinik Singen

Die Tagesklinik Singen ist allgemeinspsychiatrisch und sozialpsychiatrisch orientiert und bietet mit 20 Plätzen für Patientinnen und Patienten aus dem westlichen Teil des Landkreises Konstanz die Möglichkeit einer wohnortnahen psychiatrischen Krankenhausbehandlung.

In Zusammenarbeit mit den ambulant tätigen Ärzten und Therapeuten möchte die Tagesklinik eine möglichst frühzeitige psychiatrische Behandlung für viele Patientinnen und Patienten attraktiver gestalten.

In der Tagesklinik Singen werden weiterhin ambulante Behandlungen im Rahmen der Institutsambulanz durchgeführt.



Gruppenraum TK Singen

Die Psychiatrische Tagesklinik Bad Säckingen



Räume der TK im 2. OG

Unter der Trägerschaft des Hochrhein-Zentrums für Dienstleistung und Innovation GmbH Bad Säckingen betreibt das ZfP eine psychiatrische Tagesklinik mit 20 Behandlungsplätzen.

An fünf Tagen in der Woche bietet die Tagesklinik Menschen mit seelischen Problemen eine umfangreiche multidisziplinäre Behandlung. Die Patientinnen und Patienten verbleiben in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung.

Aufgenommen werden Menschen, die sich krankheitsbedingt in einer Krisensituation befinden und über ambulante Maßnahmen (beispielsweise das

Aufsuchen niedergelassener Therapeuten) nicht ausreichend aufgefangen werden können. Das tagesklinische Angebot versteht sich als Bestandteil einer wohnortnahen psychiatrischen Grundversorgung.

Auch in der Tagesklinik Bad Säckingen werden ambulante Behandlungen im Rahmen der Institutsambulanz durchgeführt.

Suchtmedizinische Tagesklinik Konstanz



Wandgestaltung Tagesklinik

Das ZfP bietet seit Juni 2004 eine entscheidende Verbesserung bei der Versorgung der alkohol- und medikamentenabhängigen Patientinnen und Patienten an.

Es ist das erste Psychiatrische Zentrum in Baden-Württemberg, das eine Tagesklinik zur Behandlung von Alkohol- und Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit an einem somatischen Krankenhaus, dem Klinikum Konstanz, betreibt. Die tagesklinische Behandlung eignet sich besonders für Patienten im Frühstadium einer Suchtentwicklung, die noch über ein weitgehend existierendes soziales Umfeld verfügen.

Mit den Fachabteilungen des Klinikums Konstanz wird auch in Form eines Konsiliar- bzw. Liaisondienstes eng zusammengearbeitet.

Mittlerweile existieren zwei wissenschaftliche Veröffentlichungen über die guten Behandlungsergebnisse und die sehr hohe Patientenzufriedenheit der suchtmedizinischen Tagesklinik.

Suchthilfeverbund Konstanz

Der Suchthilfeverbund (SHV) ist ein Zusammenschluss von Leistungserbringern in der akutmedizinischen, suchtmedizinischen, psychosozialen und rehabilitativen Versorgung Suchtkranker im Landkreis Konstanz und den Kostenträgern sowie Anbietern aus dem Bereich des bürgerschaftlichen Engagements. Die Mitglieder des Verbundes verfolgen das Ziel, gemeinsam die bedarfsgerechte Versorgung suchtkranker Menschen im Landkreis Konstanz sicherzustellen.

Der vom ZfP federführend aufgebaute SHV im Landkreis Konstanz war der erste im Land Baden-Württemberg. Ende 2008 waren in 42 der 44 Landkreise Baden-Württembergs Suchthilfenetzwerke nach dem Modell Konstanz und den Vorgaben des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren gegründet.

Integrierte Versorgung

Das ZfP bietet ein integriertes Versorgungsangebot (IV) für alkoholabhängige Patientinnen und Patienten aus dem Landkreis Konstanz an. Vertragspartner sind die AOK Baden-Württemberg, die DAK Baden-Württemberg sowie die BKK/IKK Baden-Württemberg. Auf Leistungsanbieterseite sind neben dem ZfP das Klinikum Konstanz, das Hegau-Hochrhein-Bodensee-Klinikum Singen, niedergelassene Haus- und Fachärzte des Landkreises sowie die Psychosozialen Beratungsstellen Vertragspartner. Unser IV-Projekt ist interdisziplinär und sektorenübergreifend und hat die qualifizierte ambulante Frühbehandlung von Alkoholmissbrauchern und Abhängigen zum Ziel. Auf der Tagung der DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und Neurologie) 2008 in Berlin wurden erste Behandlungsergebnisse der Fachöffentlichkeit vorgestellt. Sehr erfreulich ist, dass die beteiligten Krankenkassen unsere integrierte Behandlung auch nach Auslaufen der Modellfinanzierung Ende 2008 weiterfinanzieren.

Institutsambulanz der Klinik für Suchtmedizin

Die o.g. Klinik bietet an den Standorten ZfP Reichenau und Suchtmedizinische Tagesklinik ambulante Behandlungen bzw. Weiterbehandlungen nach stationären Aufenthalt in enger Kooperation mit den psychosozialen Beratungsstellen des Landkreises an. Am Klinikum Konstanz führen wir einen Konsiliar- und Liasondienst durch.

Gemeindepsychiatrische Zentren (GPZ)

Das ZfP hat in den Landkreisen Konstanz und Waldshut insgesamt drei gemeindepsychiatrische Zentren gegründet.

Das gemeindepsychiatrische Zentrum umfasst entsprechend der Vorgabe des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren in Baden-Württemberg eine vertraglich geregelte Zusammenarbeit zwischen den Trägern des sozialpsychiatrischen Dienstes, dem für die Versorgung zuständigen Zentrum für Psychiatrie und dem Träger des tagesstrukturierenden Angebotes für psychisch Kranke im jeweiligen Landkreis.

Das gemeindepsychiatrische Zentrum Konstanz unterscheidet sich von den GPZs in Singen und Waldshut dadurch, dass seit 1. Januar 2008 der sozialpsychiatrische Dienst in die Trägerschaft des ZfP übergegangen ist und das ZfP im GPZ Konstanz seine zentrale Institutsambulanz eingerichtet hat.

Seit Übernahme der Trägerschaft des sozialpsychiatrischen Dienstes Konstanz kann das ZfP betreutes Paar- und Einzelwohnen für psychisch Kranke anbieten.

Psychiatrische Institutsambulanz

Das ZfP betreibt seit 2002 eine psychiatrische Institutsambulanz. Die zentrale Institutsambulanz und der Sozialpsychiatrische Dienst befinden sich im Gemeinde Psychiatrischen Zentrum in unmittelbarer Nähe zum Klinikum Konstanz.

Das Behandlungsangebot der Institutsambulanz richtet sich an psychisch kranke Patienten, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung so sehr beeinträchtigt sind, dass sie nicht in der Lage sind, den Kontakt zu niedergelassenen Ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie aufzunehmen und/oder zu halten.

Auftrag und Ziel einer Institutsambulanz ist:

- die gezielte und kontinuierlich fachpsychiatrische Behandlung und Begleitung von chronisch psychisch kranken Menschen, deren Krankheit zwangsläufig auch Auswirkungen auf ihr gesamtes soziales Leben und Umfeld hat
- in Krisenzeiten eine frühzeitige und individuell geeignete Intervention einzuleiten
- den Krankenhausaufenthalt nach Möglichkeit zu vermeiden bzw. zu verkürzen, da diese Aufenthalte den Menschen aus seinen sozialen Bezügen reißt und die Reintegration lange dauern kann
- eine Brücke zwischen dem stationären Aufenthalt und der ambulanten Versorgung zu schlagen

Institutsambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Um die o. g. Ziele erreichen zu können, arbeiten wir mit einem Team, bestehend aus Arzthelferinnen, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern, Fachpflegekräften, Psychologen und Ärzten, die gemeinsam versuchen, Krisen abzufangen bzw. ihre Entstehung zu verhindern.

Voraussetzung für die Arbeit ist ein guter Beziehungsaufbau und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den betroffenen Menschen, ihren Angehörigen und betreuenden Personen. Im Mittelpunkt unserer Arbeit steht die Lebenssituation, die Tagesstruktur, die Beschäftigungsmöglichkeiten, die Freizeitgestaltung und die sozialen Kontakte unserer Patienten.

Wir arbeiten deshalb eng mit Angehörigen, Kontaktpersonen, sozialpsychiatrischen Diensten, Tagesstätten, Werkstätten, Betreuern und Heimen zusammen.

Alterspsychiatrische Institutsambulanz - Memory-Klinik sowie GPZ

Bestandteil der Gerontopsychiatrischen Institutsambulanz ist die Memory-Klinik (Gedächtnissprechstunde) die der Abklärung verschiedener Erkrankungen des höheren Lebensalters, die mit Beschwerden wie Gedächtnisstörungen, Verlust alltagspraktischer Fähigkeiten oder Persönlichkeitsveränderungen einhergehen, dient. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Früherkennung und der Differentialdiagnose (z. B. Depression oder Demenz, Art der Demenzerkrankung).

Vor der Beratung von Betroffenen und Angehörigen zu Diagnose und Therapie werden Lebens- und Krankheitsgeschichte erfragt, körperliche und neuropsychologische Untersuchung durchgeführt, soziale und alltagspraktische Fähigkeiten getestet.

Weitere Informationen (Einrichtungen, Flyer, Lageplan, Kontaktdatenbank, etc.) über unser Zentrum finden Sie auf unserer Homepage:

www.zfp-reichenau.de

Anregungen können Sie gern persönlich ans uns richten oder diese über unsere Homepage unter dem Portal [Unsere Qualität - Ihre Meinung](#) formulieren.

Dr. Dieter Grupp
Geschäftsführer

Wolfgang Höcker
Med. Direktor Krankenhaus

Jochen Reutter
Betriebsdirektor

Prof. Dr. Klaus Hoffmann
Med. Direktor Maßregelvollzug

Angela Häusling
Pflegedirektorin

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das ZfP erfüllt seinen Vollversorgungsauftrag über allgemeinspsychiatrische Sektorstationen und spezialisierte Fachabteilungen. Im Vorfeld der Aufnahme wird enger Kontakt mit den einweisenden Ärzten gehalten und für Patienten kurzfristige Aufnahmetermine auf den geeigneten Stationen vereinbart. Hierzu steht durchgängig ein ärztlicher Ansprechpartner zur Verfügung. Das ZfP ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar. Über die Homepage können sich Interessierte umfassend über die Angebote informieren.

Die Gebäude des ZfP befinden sich in einem weiträumigen Parkgelände. Durch das Wegeleitsystem wird man zur zentralen Rezeption geleitet, die 24 Stunden besetzt ist. Dort erhalten Patienten und Besucher kompetente Auskunft und einen Wegeplan, der in Verbindung mit der einheitlichen Beschilderung des Geländes eine gute Orientierung ermöglicht. Im Bedarfsfall kann man mit dem eigenen PKW oder Krankentransport vor die Stationen fahren.

Patienten werden in der administrativen Aufnahme durch kompetentes Personal der Patientenverwaltung empfangen und können nach Erledigung der Formalitäten direkt in der für sie vorgesehenen Station aufgenommen werden. Soweit möglich wird bereits im Vorfeld der Aufnahme die geeignete Abteilung ermittelt. Auf der Station werden sie vom pflegerischen und therapeutischen Personal begrüßt und mit wesentlichen Abläufen der Station bekannt gemacht. Dieses Aufnahmekonzept vermeidet unnötige Wartezeiten.

Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen der psychiatrischen Institutsambulanz wird zentral koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.

1.1.2 Leitlinien

Im ärztlich-therapeutischen Dienst finden die "DGPPN-Leitlinien" in der Diagnostik, Behandlungsplanung und -durchführung Anwendung. Eine Verfahrensanweisung regelt die Verbindlichkeit der Anwendung, die Vorgehensweise der Veröffentlichung und Aktualisierung, Überprüfung der Anwendung und Fortbildung und Information der Ärzte und Psychologen. Die Leitlinien sind diagnoseorientiert und besitzen in allen Funktionsbereichen Gültigkeit. Im Pflegedienst finden Expertenstandards des DNQP und weitere phänomenologisch orientierte psychiatrische Pflegestandards Anwendung. Eine Verfahrensanweisung regelt verbindlich die Anwendung, Erstellungs-, Implementierungs- und Überprüfungsverfahren. Hausinterne Leitlinien und Standards orientieren sich immer am aktuellen Stand des Wissens. Pflegestandards werden fortlaufend erarbeitet und weiterentwickelt.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Unser Ziel ist es, durch den Aufbau einer tragfähigen, vertrauensvollen therapeutischen Beziehung und verständliche Vermittlung therapeutischer Konzepte den Patienten als Partner zu gewinnen. Im Bedarfsfall werden Informationen durch fremdsprachenkundige Mitarbeitende für ausländische Patienten übersetzt. Eine Liste der Mitarbeitenden mit Fremdsprachenkenntnissen sowie eine Liste mit vereidigten Dolmetschern ist im Intranet für alle Mitarbeitenden abrufbar.

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 diagnostischen Maßnahmen und Behandlung, etc. aufgeklärt und in die Behandlungsplanung einbezogen. Das Vorliegen von Patientenverfü-

gungen bzw. Vorsorgevollmachten wird immer im Rahmen der Aufnahme erfasst. Aufnahme- und Therapiesprache werden in separaten Räumen geführt. 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. werden Angehörigengruppen und psychoedukative Gruppen angeboten.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Auf allen Stationen sind die Aufenthaltsräume mit TV ausgestattet, alle Stationen verfügen über Speiseräume für gemeinsame Mahlzeiten. Darüber hinaus steht für nicht geschlossene untergebrachte Patienten für das Mittagsmenue ein zentrales Casino zur Verfügung. Jeder Patient soll das von ihm ausgewählte Essen zur vereinbarten Uhrzeit in hoher Qualität erhalten. Auf dem Krankenhausgelände gibt es ein Café, einen Kiosk, einen Pat.-Treffpunkt, weitläufige Parkanlagen und diverse Ruhezone. Bei der Pflegeanamnese werden bestimmte Vorlieben bei der Ernährung abgeklärt. Im Rahmen pflegerischer oder ergotherapeutischer Koch-, Back- und Frühstücksgruppen werden Mahlzeiten gemeinsam von Patienten und Mitarbeitenden 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 Kooperation

Alle internistischen Konsile werden vom Internisten des Hauses kurzfristig wahrgenommen. Die Urlaubsvertretung nimmt ggf. ein niedergelassener Internist aus Konstanz wahr. Für Konsile anderer Fachrichtungen stehen Facharztpraxen in der Umgebung zur Verfügung. Im gemeindepsychiatrischen Verbund findet die Abstimmung zur psychiatrischen Versorgung in der Region statt. Jede Arbeitsgruppe wird durch einen Vertreter unseres Hauses repräsentiert. Es bestehen vielfältige Kooperationsverträge unter anderem mit Krankenhäusern und Nachsorgeeinrichtungen. Neue ambulante Weiterbetreuungsangebote wurden seit Einführung der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) und des Gemeindepsychiatrischen Zentrums (GPZ) ermöglicht. Der gute Kontakt zu psychiatrischen Versorgungsnetzwerken, (Gemeindepsychiatrische Zentren, Beratungsstellen, Sozialpsychiatrischer Dienst, Selbsthilfegruppen, Reha psychisch Kranker und Behinderter Kempten) ergänzen das Behandlungsangebot.

Darüber hinaus arbeitet das Haus mit einer externen Radiologie, einer Vertragsapothek und einem Labor zusammen.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Bei Notfallaufnahmen wird eine schnelle Erstdiagnostik und Erstversorgung gewährleistet. Notfallaufnahmen werden immer - auch außerhalb der Dienstzeiten - durch einen Arzt und Mitarbeitende des Pflegedienstes - durchgeführt. Nach klinischer Diagnostik wird die Behandlung entsprechend den Leitlinien vom Therapeuten geplant. Werden Patienten vom Rettungsdienst gebracht, erfolgt die Übernahme immer durch einen Arzt oder Mitarbeitenden 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 Institutsambulanz (PIA). Diese ist zentral organisiert und eng mit den Behandlungsstationen verzahnt, was eine Kontinuität der Behandlungspartner und eine hohe fachliche Kompetenz garantiert. In Notfall-

situationen stehen rund um die Uhr ein Arzt sowie das Pfllegeteam zur Verfügung. Die PIA hält enge Kontakte zu komplementären Einrichtungen (Beratungsstellen, Patiententreffs, Wohngruppen, SPDI u. a.).

1.3.2 Ambulante Operationen - trifft nicht zu

1.4.1 Stationäre Versorgung und Behandlungsplanung

Wir nehmen unsere Patienten der Indikation entsprechend direkt auf die passenden störungsspezifisch ausgerichteten Spezialstationen auf, um vom Beginn an eine Kontinuität von Aufnahme, Diagnostik und Behandlungsplanung zu gewährleisten. Zur Diagnostik und Therapieplanung gehören eine ausführliche Anamnese, die alle wichtigen Lebensumstände des Patienten berücksichtigt sowie die sorgfältige körperliche Untersuchung. Die Patienten und ggf. auch Angehörige werden über diagnostische Maßnahmen informiert und aktiv in die Behandlungsplanung einbezogen. Die Diagnostik und Behandlungssteuerung erfolgt auf der Basis von Leitlinien und Standards in den regelmäßig stattfindenden multiprofessionellen Visiten, Teambesprechungen und Fallkonferenzen unter fachärztlicher Leitung. Die interdisziplinäre Abstimmung wird auch durch unsere elektronische Krankenakte unterstützt.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Für eine hochwertige und patientenzentrierte Therapie hält das ZfP 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.

Diagnostische und therapeutische Behandlungsschritte werden durch die Bezugstherapeuten geplant und koordiniert. Die erforderlichen Informationen werden auf Standardformularen zur Verfügung gestellt und Befunde darauf festgehalten. Bei Bedarf können Patienten entsprechend ihrer physischen und psychischen Verfassung von kompetenten Mitarbeitenden zu den Untersuchungen begleitet werden.

1.4.3 Operative Verfahren - Operative Verfahren finden im ZfP nicht statt

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 allen Bereichen der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen ein. In intensiven Gesprächen werden mit dem Patienten die bisherige u. weitere Behandlung besprochen. Neben den Visiten mit dem Leitenden Arzt findet mindestens einmal pro Woche auf den Stationen eine Stationsarztvisite statt. Jede Visite wird grundsätzlich unter Einbeziehung der verantwortlichen Pflegekraft durchgeführt. Als Mindeststandard gilt eine tägliche Besprechung von pflegerischem und ärztlich/psychologischem Dienst für alle Patienten.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Zur teilstationären Behandlung stehen drei Tageskliniken mit zwei Behandlungsschwerpunkten zur Verfügung: die Tagesklinik der Abteilung Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie in Singen und Bad Säckingen sowie die Tagesklinik Sucht der Abteilung Suchtmedizin. Die Tageskliniken verfügen über die Möglichkeiten einer umfassenden Diagnostik einschließlich testpsychologischer Verfahren. Der Behandlungsplan wird durch den behandelnden Therapeuten gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet. Die Therapie wird entsprechend der Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften festgelegt. Der individuelle Pflegeplan wird von der Bezugspflegekraft erstellt, die die relevante Standards (Orientierung an Expertenstandards der DNQP) beachtet.

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 lückenlose Information der an der Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten Beteiligten.

Jeder Patient erhält bei geplanter Entlassung einen Kurzarztbrief (ggf. mit Befundkopien) sowie Informationen zur Medikamenteneinnahme. Bei weiterer Pflegebedürftigkeit wird ein Pflegeüberleitungsbericht mitgegeben. Der ausführliche Arztbrief an den weiterbehandelnden Arzt, mit allen Informationen zur Behandlung, soll 14 Tage nach Entlassung fertig gestellt sein. Von 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 Sozialdienstmitarbeitern vorbereitet. Hierbei wird auf gute Kontakte in Netzwerken zurückgegriffen (Gemeindepsychiatrische Zentren, Beratungsstellen, Sozialpsychiatrischer Dienst, Selbsthilfegruppen, Reha psychisch Kranker und Behinderter Kempfen). Neue ambulante Weiterbetreuungsangebote wurden mit Etablierung der PIA und des GPZ 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 aller Mitarbeitenden, 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 über 24 Stunden sichergestellt. Sterbenden Patienten wird grundsätzlich ein Einzelzimmer zur Verfügung gestellt, das nach Wunsch 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 Mitarbeitenden des Pflege- u. ärztlichen Dienstes stehen den Hinterbliebenen für die Trauerar-

beit zur Verfügung. Die Feststellung des Todes erfolgt grundsätzlich durch einen Arzt, die Versorgung des Leichnams wird durch Mitarbeitende 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 Mitarbeitenden beachtet.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Ziel der Personalbedarfsplanung ist eine ausreichende und qualifizierte Personalausstattung in allen Bereichen des ZfP zu gewährleisten. Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) bildet, neben den Anhaltszahlen der Dt. 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 bewirken eine niedrige Ausfallquote.

2.2.1 Personalentwicklung / Qualifizierung

Das Personalentwicklungskonzept beruht auf folgenden Bausteinen: gezielte Bewerberauswahl, Einarbeitung, Mitarbeitergespräche, -beurteilungen, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Mitarbeiterbefragungen sowie Führungskräfte-Training. In den Mitarbeitergesprächen werden Qualifizierungswünsche und mögliche Karriereplanungen thematisiert und Wünsche der Mitarbeiter im Rahmen des verfügbaren Personal- und Sachkostenbudgets sowie der Strategieplanung des Zentrums 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 Mitarbeitende selbständig und eigenverantwortlich im neuen Arbeitsfeld tätig werden können und die Arbeitszufriedenheit erhöht wird. Die Zeit der Einarbeitung wird in allen Geschäftsbereichen durch Reflexionsgespräche begleitet. Zur Einführung neuer Mitarbeiter in den stationären Bereichen existieren zusätzliche individuelle Einarbeitungskonzepte.

2.2.3 Ausbildung

In Kooperation mit dem Klinikum Konstanz wurde das Bodensee Bildungszentrum gegründet. Den Schwerpunkt bildet die dreijährige Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger basierend auf dem Lehrgangsgesamtplan, dem Praxiskonzept, einem Ausbildungsleitfaden für die Praxis und einem eigenen Curriculum. Im Vordergrund steht hierbei die Kompetenzentwicklung in Theorie und Praxis, die über schriftliche, mündliche und praktische Leistungsnachweise überprüft wird. In der stationären und ambulanten Ausbildung wird ein hoher Praxisbezug hergestellt.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Ziel der systematischen Fort- und Weiterbildung ist die Facharzt- und Fachpflegeweiterbildung sowie die Verbesserung der ärztlichen, pflegerischen und soziotherapeutischen Qualifikationen und Kompetenzen zu gewährleisten. Die persönliche und fachliche Kompetenz der Mitarbeitenden wird hierdurch systematisch und kontinuierlich verbessert. Schwerpunkte sind die Weiterbildung zum Facharzt und der Erwerb von Zusatzqualifikationen im Pflegedienst (Stationsleitung, Mentoren und Fachpflege). Darüber hinaus bietet das ZfP ein jährliches, akkreditiertes Fortbildungsprogramm in Zusammenarbeit mit der Uni Konstanz. Interne Pflichtfortbildungen im Bereich Hygiene, Brandschutz und Arbeitssicherheit runden das Angebot ab.

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 Vorgesetzten. Der zielgerichtete Einsatz des Budgets wird durch das Zentrale Controlling überwacht.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Der mitarbeiterorientierte Führungsstil ist im Leitbild des Zentrums verankert. Schwerpunkte der Mitarbeiterorientierung sind Mitarbeitergespräche, -befragungen, -vertretung und Dienstvereinbarungen. Bei strategischen Planungen werden Mitarbeitende in themenzentrierte Arbeitskreise eingebunden (z. B. Facharbeitsgruppen). Die Leitungskonferenzen sind turnusmäßig für gemeinsame Sitzungen mit anderen Berufsgruppen und Hierarchien erweitert.

Großer Wert wird auf Mitarbeiterinformation gelegt. Dazu stehen mehrere Informationskanäle und -medien wie z. B. die bestehende Konferenzstruktur, das Intranet, Newsletter, Mitarbeiterversammlungen und das Betriebliche Vorschlagswesen zur Verfügung.

Das strukturierte Mitarbeitergespräch mit seinem Zielvereinbarungssystem umfasst neben der Umsetzung der Gespräche die entsprechende Schulung aller Führungskräfte und enthält formulierte Führungsgrundsätze für das Krankenhaus. Einmal im Jahr werden Gespräche mit allen Mitarbeitenden durchgeführt, die neben einer Leistungsbeurteilung zusätzliche Kriterien der Beurteilung von Führungskräften beinhalten. Dadurch erfolgt in jedem Zielvereinbarungsgespräch mit einer Führungskraft eine Einschätzung zum Führungsverhalten.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die für die Mitarbeitende 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 ausdrücklich berücksichtigt. Mitarbeitende können über die Erfassungsterminals jederzeit ihr Arbeitszeitkonto einsehen.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Um Ideen, Kritik und Wünsche der Mitarbeitenden 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 ZfP gewährleistet einen umfassenden Arbeitsschutz. Die Sicherheitsbeauftragten, die - fachkraft, der Betriebsarzt und der Arbeitssicherheitsausschuss überwachen und bearbeiten verantwortungsvoll die Sicherheitsstandards und schlagen Verbesserungen vor. Regelmäßig finden Sicherheitsbegehungen statt. Ein strukturiertes Unfallmeldeverfahren sichert Mitarbeitenden eine kompetente Versorgung bei betrieblichen Unfällen zu. Sämtliche Anweisungen und Handlungsanleitungen finden sich für alle Mitarbeitenden zugänglich im Intranet.

3.1.2 Brandschutz

Um im Brandfall optimale Sicherheit für Patienten und Mitarbeitende zu gewährleisten, hält das Zentrum 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. Jährliche Unterweisungen mit praktischen Übungen in Brand- und Katastrophenschutz qualifizieren die Mitarbeitenden für die Beherrschung des Ernstfalles. Die Schulungsintervalle werden dokumentiert.

3.1.3 Umweltschutz

Für die Belange des Umweltschutzes sind im Zentrum ein Energie- und ein Abfallbeauftragter ernannt. In den letzten Jahren erfolgten hohe Investitionen zur Optimierung des Energieverbrauchs und zur Vermeidung / Recycling von Abfall. Die positiven Entwicklungen sind in jährlichen Abfall- und Energiebilanzen nachweisbar. Auch für die Zukunft werden mit Unterstützung externer Berater weitere Einsparkonzepte erarbeitet (z.B. Nutzung von Solarenergie). Die Kennzahlen für Energie, Wasser und Abfall unterliegen einem zentrenübergreifenden Benchmark.

3.1.4 Katastrophenschutz

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

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Es gibt klare Anweisungen und Verantwortlichkeiten für nichtmedizinische Notfallsituationen. Hierzu zählen z. B. der hausinterne Alarmierungsplan für größere Schadensereignisse (z.B. Brand, Bombendrohung, 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 Hilfe leistendem Personal weitestgehend gewährleistet. Alle 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 Zentrum einen hohen Stellenwert. Für die Behandlung von eigen- oder fremdgefährdeten Patienten sind ausführliche Standards und Handlungsanweisungen erstellt (z.B. Intensivbetreuung, Deeskalation, Suizidalität, Sturzassessment, Wundmanagement, Ausgangsregelungen). Bei allen Begehungen wird der Aspekt der Patientensicherheit 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 ZfP berücksichtigt somatische Notfälle (z.B. Herz-Kreislauf-Komplikationen) und insbesondere psychiatrische Notfallsituationen. Um rasch und effizient helfen zu können, sind im gesamten Klinikbereich Notfallkoffer und Frühdefibrillatoren vorhanden. Der Pflegedienst und der Arzt vom Dienst sind über ein Alarmierungssystem in das Notfallmanagement eingebunden. Alle am Notfallmanagement beteiligten Mitarbeitenden erhalten regelmäßige Unterweisungen in Reanimation, Defibrillation, Deeskalation und Erste Hilfe.

3.2.3 Hygienemanagement

Die Organisation der Hygieneabteilung und die Umsetzung der hygienischen Anforderungen im ZfP werden durch den Hygienebeauftragten, durch eine externe Hygienefachkraft sowie die Hygienekommission gewährleistet. Die letzte Verantwortung in allen hygienischen Belangen trägt der Ärztliche Direktor. Für alle Klinikbereiche sind Dienst- und Verfahrens-anweisungen vorhanden, zusätzlich finden Begehungen statt. In allen relevanten Bereichen hängen Desinfektions- und Hautschutzpläne aus.

3.2.4 Hygienerelevante Daten

Gemäß dem Infektionsschutzgesetz werden dem Gesundheitsamt vom ZfP alle auftretenden meldepflichtigen Erkrankungen berichtet. Darüber hinaus werden katheterassoziierte Harnwegsinfektionen als Indikator für nosokomiale Keime systematisch erfasst.

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 Mitarbeitenden die entscheidende Voraussetzung. Regelmäßige Fortbildungen und Beratungen stellen daher wichtige Sicherungsmaßnahmen dar. Hygiene- und Desinfektionspläne in allen Bereichen des Zentrums unterstützen die Aufrechterhaltung eines hohen Hygienestandards. Die Weiterentwicklung und Überwachung des Hygienekonzeptes obliegt der Hygienekommission.

3.2.6 Arzneimittel

Die Arzneimittelversorgung ist über eine Kooperation des ZfP mit der Zentralapotheke des Klinikums Konstanz geregelt (elektronisches Bestellwesen). Die regelmäßig tagende Arzneimittelkommission legt anhand medizinischer Anforderungen und ökonomischer Gesichtspunkte die notwendigen Medikamente fest

Über Versorgungsvertrag mit der Zentralapotheke des Klinikums Konstanz werden alle Arzneimittelbelange und Fragen der Arzneimittelsicherheit geregelt (Belieferung, Überwachung, Bevorratung, Information, Beratung). Mitarbeitenden stehen vielfältige Informationsquellen über Wirkungen und Nebenwirkungen der Arzneimittel zur Verfügung. Unter

Berücksichtigung medizinischer Anforderungen und wirtschaftlicher Aspekte liegen Therapieempfehlungen für bestimmte Substanzklassen vor, welche von zentrenübergreifenden Facharbeitsgruppen erarbeitet wurden.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivaten

Im ZfP findet ausdrücklich keine Anwendung von Blut und Blutprodukten statt.

3.2.8 Medizinprodukte

Für die Koordination und Durchführung der Vorschriften des Medizinprodukte-Gesetzes (MPG) ist eine externe Fachkraft bestellt. Die Versorgung mit Medizinprodukten erfolgt über den Zentraleinkauf unter Einbeziehung der Pflegekräfte und des Medizintechnikers. Alle eingeführten Produkte müssen der "GS- und CE-Norm" entsprechen; ökologische Anforderungen werden berücksichtigt. Eine Dienstanweisung regelt die Aufgaben der Verantwortlichen, der Beauftragten und der Anwender. Die Einweisungen und Schulungen der Mitarbeitenden werden in einem persönlichen Gerätepass dokumentiert. Im Intranet sind alle Medizingeräte, sowie die Gesetzestexte (MPG, MedGBetrV) für alle einsehbar hinterlegt.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Das ZfP investiert seit Jahren in hochwertige Informationstechnologie. Das gesamte Zentrum ist flächendeckend digital vernetzt. Die im Einsatz befindlichen EDV-Systeme (SAP-ISH, SES-Taris, Bensing, Orgacard, QlikView, Nexus-Curator, Nexus-Medicare, MS-Office 2010 u.a.) unterstützen Mitarbeitende in ihrer täglichen Arbeit und stellen ein kompetentes Informations- und Qualitätssicherungssystem dar. Eine IT-Hotline 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 psychiatrie-spezifischen Dokumentationssystem hinterlegt, welches im Laufe der letzten Jahre sukzessive verbessert wurde. Für die Dokumentation sind Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten klar geregelt. Die Unterlagen werden nach Abschluss der Behandlung im Zentralarchiv aufbewahrt. Arztbriefe stehen nach den Richtlinien des Datenschutzes auch elektronisch zur Verfügung. Seit 2005 wird stufenweise eine umfassende elektronische Krankenakte eingeführt.

Alle zur Behandlung relevanten Maßnahmen und Ergebnisse werden in schriftlicher Form im Dokumentationssystem auf speziellen Formularen erfasst. Hausinterne Regelungen beschreiben die geforderte Frequenz der Eintragungen. Die an der Dokumentation beteiligten Personen sind über Namenskürzel erkennbar.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Während der Behandlung haben alle berechtigten Mitarbeitenden (z. B. AvD) zeitlich unbegrenzt Zugriff auf die laufende Dokumentation und das Archiv. Im Zentralarchiv des ZfP werden die Krankenakten aufbewahrt und stehen bei Wiederaufnahme umgehend zur Verfügung. Ausleihen müssen mit Datum und Unterschrift nachvollziehbar dokumentiert werden. Arztbriefe stehen seit 2003 auch digital zur Verfügung.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Die Krankenhausleitung erhält täglich, wöchentlich und monatlich Auswertungen über die wichtigsten Kennzahlen (z.B. Fallzahl, Diagnose, 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 Mitarbeitenden wird durch ein strukturiertes Konferenz- und Besprechungswesen sichergestellt. Alle verfügbaren (technischen) Medien werden genutzt: z.B.: Mailsystem, Intranet, Internet. Die Kommunikation patientenbezogener Daten erfolgt durch das von allen Berufsgruppen genutzte elektronische Dokumentationssystem Medicare.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern / extern)

Das Intranet als Informationsplattform dient der effektiven Informationsverteilung. Relevante Informationen und organisationsbezogene Daten des ZfP werden schnell verteilt und sind transparent für Mitarbeitende abrufbar. Das Intranet beinhaltet unter anderem fol-

gende Portale: News, Qualitätsmanagementhandbuch, Abteilungsstrukturen, Fort- und Weiterbildungsprogramme, Neuigkeiten aus den Partnerkliniken etc..

Das integrierte Meldewesen ermöglicht schnelle u. strukturierte Meldungen von Vorkommnissen, kritischen Ereignissen (CIRS), Beschwerden an vorprogrammierten Adressverteiler. Schriftlich festgelegte Kommunikationsstrukturen im Rahmen der Gremienarbeit für die verschiedenen Geschäftsbereiche stellen die rechtzeitige und verständliche Weiterleitung von Informationen an betroffene Mitarbeitende sicher. Alle Printmedien und die externe Kommunikation werden zentral von der Stabsstelle Öffentlichkeitsarbeit koordiniert und erstellt. Die Inhalte werden mit den entsprechenden Geschäftsbereichen abgestimmt. Die Kommunikation mit den niedergelassen Ärzten wird durch den Ärztlichen Direktor gesteuert. Ein Handbuch Kommunikation mit verbindlichen Gestaltungsrichtlinien wird durch das Krankenhaus umgesetzt.

4.4.1 Organisation und Service

Die Rezeption ist die zentrale Auskunftsstelle und kann qualifiziert Auskünfte geben und Informationen unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten weiterleiten. Die Tätigkeiten, Aufgaben und Verhaltensregeln der Mitarbeitenden in der Information sind in einer Dienstanweisung festgelegt. Die Besetzung der Rezeption ist über 24 Stunden gewährleistet. Die Kommunikationswege zu den einzelnen Abteilungen und Sekretariaten sind geregelt. Die Mitarbeitenden der Information haben an Fortbildungen wie Telefontraining und Deeskalationstraining teilgenommen. Der gesamte Eingangsbereich liegt im Sichtbereich der Mitarbeitenden, die für die Ordnung und Sicherheit diesem Bereich zuständig sind.

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, schützenswerte mündliche Informationen gesetzeskonform weitergegeben werden.

Zusätzlich 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

Die Vision des ZfP Reichenau basiert auf Zielen, die u. a. bereits in der Psychiatrie-Enquête 1975 formuliert wurden, und beschreibt die gemeindenahе, umfassende, vernetzte, qualitativ hochwertige Behandlung und Versorgung aller betroffenen Menschen mit psychischen Störungen. Abgeleitet aus dem Errichtungsgesetz wurde vom Aufsichtsrat eine Satzung verabschiedet, die die Aufgaben des Unternehmens (Mission) klar beschreibt. Aus der öffentlich-rechtlichen Trägerschaft leiten sich die zentralen Unternehmenswerte (Core Values) ab.

Die in der Strategie Baden-Württembergs und des ZfP Reichenau formulierten Mission, Vision, Core Values und Leitbild wurden nach Erarbeitung vom Aufsichtsrat der ZfP genehmigt und damit zur verbindlichen Grundlage für Entscheidungsträger in der Unternehmenssteuerung der ZfP.

Das Leitbild hängt in Posterform in allen Gebäuden aus und ist im Internet und Intranet einzusehen. Wesentliche strategische Weiterentwicklungen finden in einer erneuten Überarbeitung Berücksichtigung.

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 Zentrum. Ergänzend werden Supervisionen und Trauma-Nachsorge bei Patientenübergriffen angeboten und Mitarbeitergespräche sowie Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Der Geschäftsführer informiert alle Mitarbeitenden in einer jährlichen Informationsveranstaltung über strategische Ziele, deren Erreichung sowie aktuelle Entwicklungen. Zweimal jährlich lädt die Personalvertretung zu Personalvollversammlungen ein, auf denen die Mitarbeiter über betriebliche Entwicklungen informiert werden.

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, Sturzgefährdung, Zwang und Gewalt). Das Ethikkomitee befasst sich mit ethischen Fragen aus der Alltagsarbeit und organisiert regelmäßig Fortbildungen für Mitarbeiter. Als unabhängige Organe für Probleme und Beschwerden von Patienten gibt es den 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 Klausurtagungen wird die Zielplanung alle zwei Jahre von der Krankenhausleitung gemeinsam mit den Chefärzten der Abteilungen und weiteren Führungskräften konkretisiert und in die Abteilungsentwicklung aufgenommen. Die strategischen Ziele des Krankenhauses werden in Kennzahlen operationalisiert, erhoben und ausgewertet.

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 KH gefördert und / oder selbst durchgeführt. So werden auf dem Gelände des Krankenhauses sowie durch das Krankenhaus vielfältige kulturelle und soziale Veranstaltungen angeboten, z. B. Ausstellungen der Kunsttherapie, Veranstaltungen des Treffpunkts (z.B. Theater-Maskenprojekt, kulturelle Veranstaltungen im Festsaal des ZfP, "Tag der offenen Türe").

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die Organisationsstruktur des Zentrums 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 ZfPs werden über Projektaufträge realisiert, ihre Umsetzung wird evaluiert. Veränderungen in der Organisation und in der Leitungsstruktur sind über den Aufsichtsrat zu genehmigen und werden den Mitarbeitenden über die vorhandenen Medien bekannt gemacht.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Im ZfP existiert eine präzise, aufeinander abgestimmte Gremienstruktur. Alle strategischen Entscheidungen im Geschäftsführerbereich werden in der Geschäftsleitungskonferenz beraten und entschieden. Alle operativen Entscheidungen für das Zentrum werden in der Chefarzt- und Pflegeleitungs- oder Führungskräftekonferenz (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 allen Mitarbeitenden 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, die Entgegennahme und Umsetzung von Innovationen in verschiedenen Gremien des Hauses realisiert. Darüber hinaus werden die Mitarbeitenden 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 Kommunikation 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. Zur Sicherstellung einer optimalen Kommunikation mit den Einweisern führt das ZfP regelmäßige Einweiserbefragungen durch. Die ZfP - Gruppe verfügt über einen einheitlichen Internetauftritt (www.ZfP-start.de), in dem sich jede

Einrichtung individuell präsentiert. Das Vorgehen bei Krisen im Krankenhaus ist festgelegt und schriftlich im Handbuch des Risikomanagements hinterlegt.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Das umfassende Risikomanagement ermöglicht es dem ZfP, 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 klinischen Risiken minimiert, die Behandlungsqualität durch die Best Practice-Methode verbessert und somit eine höhere Patientensicherheit erreicht.

Zur Einführung des CIRS wurde eine elektronische intranetbasierte Unterstützungssoftware eingeführt. Die Mitarbeitenden wurden bei Einführung des CIRS umfangreich geschult; Refreshs werden regelhaft angeboten.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation

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

Umfassendes Qualitätsmanagement (QM) bedeutet für uns, dass jeder Mitarbeitende in die Qualitätspolitik eingebunden ist. Um dies zu gewährleisten, bildet die Krankenhausleitung zusammen mit der Personalvertretung, der Beauftragten für Chancengleichheit sowie den QMB das oberste Qualitätsgremium (Q-Lenkungsausschuss). Es legt die Qualitätsziele des Hauses fest und beauftragt weitere Gremien oder Projektgruppen, an denen Mitarbeitende aus allen Bereichen mitwirken.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Ziel des Prozessmanagements ist es, die Prozesse in den Zentren mit ihren Schnittstellen zu erfassen und sie im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses zu optimieren und die Kundenanforderungen zu erfüllen.

Die Verantwortung des Prozessmanagements vor Ort (im ZfP, in den Kliniken / Abt., auf der Stat.) haben die jeweiligen Führungskräfte. Das Vorgehen bei der Prozessmodellierung, bei der Prozessbearbeitung und die Darstellungsform der Prozesse sind in einem Standard festgeschrieben.

Die Kernprozesse Patientenaufnahme, -behandlung und -entlassung bilden den Mittelpunkt unserer Prozesslandschaft und unterliegen damit der kontinuierlichen Verbesserung durch fortlaufende Überprüfungen und Optimierungen.

Viele unterstützende Prozesse sind berufsgruppenübergreifend und bereichsübergreifend definiert. An der Erarbeitung der Prozessbeschreibungen und an den Prozessoptimierungen sind immer Mitarbeitende der jeweiligen Berufsgruppen beteiligt.

6.2.1 Patientenbefragung

Befragungen werden vom ZfP zur systematischen Erfassung von in- und externen Kundenmeinungen durchgeführt. Das Management-Instrument der Befragung dient der Identifikation von Schwachstellen, Stärken u. Verbesserungspotenzial, dem in- und externen Benchmark, sowie der Verlaufsmessung von Veränderungsprozessen.

Grundlage der Befragungen ist ein im Jahre 2004 entwickeltes umfassendes Konzept, das von der Geschäftsleitung beauftragt wurde. Hier sind unter anderem Ziele, Methode, Frequenz und Publizierung von Befragungen verbindlich geregelt.

Die 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 ein valides Benchmark durchführen.

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

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Die Einweiser (Niedergelassene und Leiter externer Einrichtungen) werden alle drei Jahre per Fragebogen befragt. Das Befragungskonzept verfolgt verschiedene Ziele: 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 über die dezidierte Aufforderung zur Meinungsäußerung konkrete Verbesserungsvorschläge der Einweiser zu erhalten.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Die Mitarbeitenden werden alle drei Jahre per Fragebogen befragt. Die Mitarbeiterbefragung ist mit Befragungsdimensionen wie Arbeitsinhalt, Arbeitsbedingungen, Führungsstil und Vorgesetztenverhalten, Fort- und Weiterbildung so aufgebaut, dass 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 allen Mitarbeitenden zeitnah im Rahmen einer Präsentationsveranstaltung vorgestellt und im Anschluss im Intranet veröffentlicht. Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung werden in der Sitzung der Krankenhausleitung und in der Qualitätskommission bearbeitet.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Patientenwünsche und -beschwerden sind für das ZfP ein Gradmesser der Behandlungsqualität. Kritik und Anregungen sehen wir als Chance zur steten Weiterentwicklung und Verbesserung. Deshalb stehen den Patienten vielfältige Wege offen, Lob und Tadel zu äußern. Im Rahmen eines definierten Beschwerdemanagements werden Beschwerden zeitnah und systematisch bearbeitet. Ein Lob- und Kritikbogen liegt auf allen Stationen aus. Als unabhängiges Organ steht den Patienten ergänzend der Patientenfürsprecher zur Verfügung.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Die Erhebung und Nutzung qualitätsrelevanter Daten lässt verlässliche Aussagen zu QM-Themen 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. Routinedaten werden über die psychiatrische Basisdokumentation erfasst.

Pflegerische Qualitätsindikatoren wie Dekubiti und die Sturzrate werden kontinuierlich auf allen relevanten Stationen erfasst, ausgewertet und für die Funktionsbereiche betrachtet.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Als psychiatrisches Fachkrankenhaus nimmt das ZfP seit dem Jahr 2009 mit dem Leistungsbereich "Generalindikator Dekubitusprophylaxe" an der externen Qualitätssicherung teil. Seit 2011 werden wie gesetzlich vorgeschrieben für bestimmte Risikogruppen MRSA - Erhebungen durchgeführt. Schriftliche Anweisungen regeln die Umsetzung und den Umgang mit der externen Qualitätssicherung (z. B. Datenerhebung, -eingabe, -übermittlung, Kommunikation und Umgang mit Ergebnissen). Ziel ist es, valide Daten zeitnah und vollständig zu erheben, diese zeitgerecht an die externe Stelle zu übermitteln und die Ergebnisse für die Qualitätssicherung und -verbesserung zu nutzen.