



Fachklinik für Psychiatrie  
und Psychotherapie  
der MARIENBORN gGmbH



# Strukturierter Qualitätsbericht

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



Luxemburger Straße 1  
53909 Zülpich  
Telefon 02252 530  
Telefax 02252 53211  
[www.marienborn-psychiatrie.de](http://www.marienborn-psychiatrie.de)

eine Gesellschaft der





### Inhaltsverzeichnis:

Einleitung	4	
<b>A</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses</b>	<b>5</b>
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	5
A-2	Institutionskennzeichen des Krankenhauses	5
A-3	Standort(nummer)	5
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-6	Organisationsstruktur des Krankenhauses	6
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	8
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses	8
	Sonstige krankenhausindividuelle Versorgungsschwerpunkte	8
A-9	Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-10	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses	9
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses	10
A-12	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)	10
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses	10
A-14	Personal des Krankenhauses	11
<b>B</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen</b>	<b>12</b>
B-1	Allgemeine Psychiatrie (2900)	12
B-1.1	Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	12
B-1.2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung - B-1.2 Psychiatrie	12
B-1.3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	13
B-1.4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	13
	- B-1.4 Räumlichkeiten	13
	- B-1.4 Ausstattung der Patientenzimmer	13
	- B-1.4 Verpflegung	13
	- B-1.4 Ausstattung/ Besondere Serviceangebote des Krankenhauses	13
	- B-1.4 Persönliche Betreuung	13





B-1.5	Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	13
B-1.6	Hauptdiagnosen nach ICD	14
B-1.7	Prozeduren nach OPS	14
B-1.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	14
B-1.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	15
B-1.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	15
B-1.11	Apparative Ausstattung	16
B-1.12	Personelle Ausstattung	16
B-1.12.1	Ärzte	16
B-1.12.11	Ärzte (Fachexpertise Qualifikationen)	16
B-1.12.12	Ärzte (Fachexpertise Zusatzweiterbildung)	16
B-1.12.13	Zusatzweiterbildung	17
B-1.12.2	Pflegepersonal	17
B-1.12.22	Fachweiterbildung	17
B-1.12.23	Zusatzqualifikationen	18
B-1.12.3	Spezielles therapeutisches Personal	18
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung</b>	<b>19</b>
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)	19
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	20
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management- Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	21
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	21
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	21
C-6	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung) (nicht zutreffend)	21
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement</b>	<b>22</b>
D-1	Qualitätspolitik	22
D-2	Qualitätsziele	24
D-3	Aufbau des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements	26
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	30
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	31
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	32





## Gesetzlicher Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2006 Einleitung

Die Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der MARIENBORN gGmbH ist eine gemeinnützige, katholische Einrichtung, die seit über 120 Jahren unter der Trägerschaft der Cellitinnen steht. Sie versorgt regional und auch überregional psychisch kranke Menschen im Erwachsenenalter.

Als Vertragskrankenhaus gem. § 109 SGB V erstreckt sich der regionale Versorgungsauftrag auf die Stadt Zülpich, den südlichen Erftkreis und für die gerontopsychiatrische Mitversorgung auf den Kreis Euskirchen. In jedem Jahr werden in unserer Fachklinik und in der Tagesklinik Hürth ca. 2800 Patienten stationär und teilstationär versorgt.

Die MARIENBORN gGmbH ist der größte Arbeitgeber der Stadt Zülpich. Die Fachklinik bietet in überwiegend Ein- und Zweibettzimmern für 165 Patientinnen und Patienten eine umfassende diagnostische, therapeutische und fachpflegerische Betreuung im integrativ arbeitenden multiprofessionellen Team. Die hausinternen diagnostischen Möglichkeiten sind breit gefächert. Sie werden bedarfsweise durch spezifische externe Untersuchungen ergänzt.

Die im Oktober 2007 eröffnete Tagesklinik Hürth verfügt über 15 Plätze und rundet durch seine Lage im südlichen Erftkreis unser Leistungsspektrum im teilstationären Bereich ab.

Für die drei Versorgungsschwerpunkte (Allgemeinpsychiatrie - Gerontopsychiatrie - Sucht) besteht auf neun Stationen ein konzeptionell abgestimmtes differenziertes voll- und teilstationäres Behandlungsangebot.

Ab Juli 2006 haben wir die Ermächtigung zum Betreiben einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V erhalten.

Die Fachklinik steht in enger Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, umliegenden Krankenhäusern und den komplementären Einrichtungen der Wiedereingliederungs- und Altenhilfe.

Wir sind seit Mai 2007 im Rahmen von KTQ erfolgreich im Qualitätsmanagement zertifiziert.

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Geschäftsführer Dieter Kesper und Geschäftsführer Joachim Klein, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.





## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der MARIENBORN gGmbH

Hausanschrift:  
Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der MARIENBORN gGmbH  
Luxemburger Strasse 1  
53909 Zülpich

Telefon / Fax  
Telefon: 02252 53-0  
Fax: 02252 53-211

Internet  
Homepage: [www.marienborn-psychiatrie.de/](http://www.marienborn-psychiatrie.de/)

### A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses Institutionskennzeichen: 260530944

### A-3 Standort(nummer) Standort(nummer): 00

### A-4 Name und Art des Krankenhausträgers Träger: MARIENBORN gGmbH Kartäuserhof 45 50678 Köln

Art: freigemeinnützig

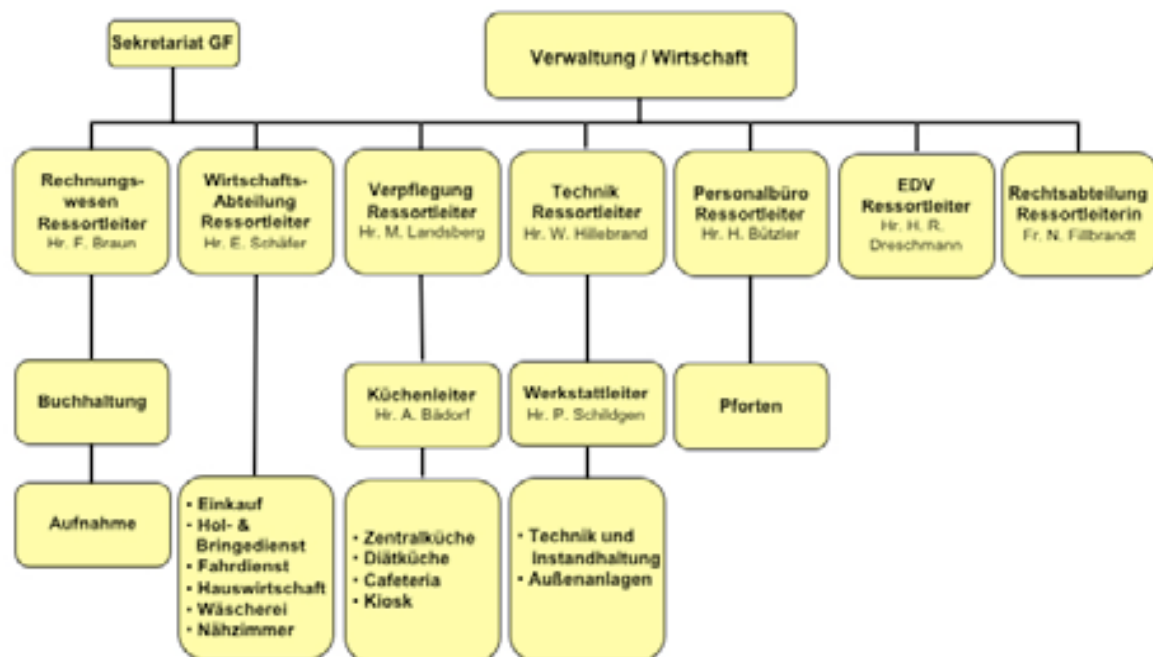
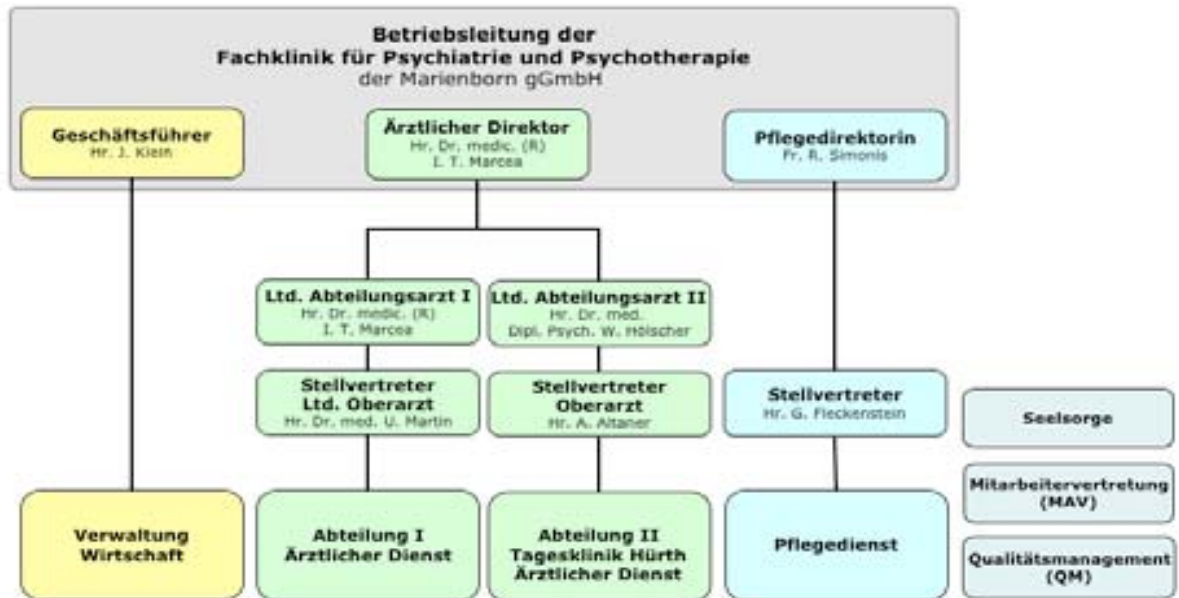
### A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus Das Krankenhaus ist kein akademisches Lehrkrankenhaus.

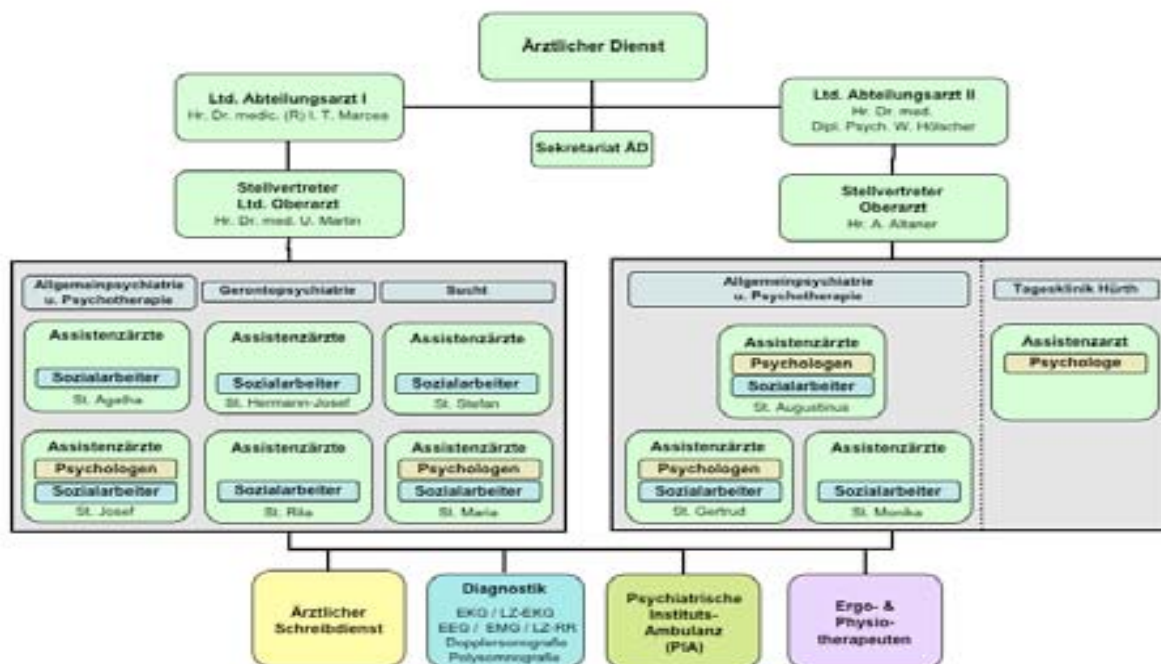


# MARIENBORN gGmbH

Fachklinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie Zülpich

## Qualitätsbericht 2008







### A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Für das Krankenhaus besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung.

### A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

#### Sonstige krankenhausesindividuelle Versorgungsschwerpunkte

- VS00 Vertragskrankenhaus gem. § 109 SGB V für die Versorgungsschwerpunkte Allgemeinpsychiatrie - Gerontopsychiatrie - Sucht

Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind:

- 2900 - Allgemeine Psychiatrie

**Erläuterungen:** Als Vertragskrankenhaus gem. § 109 SGB V erstreckt sich der regionale Versorgungsauftrag der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie auf die Stadt Zülpich, den südlichen Erftkreis und für die gerontopsychiatrische Mitversorgung auf den Kreis Euskirchen. Für die drei Versorgungsschwerpunkte (Allgemeinpsychiatrie - Gerontopsychiatrie-Sucht) besteht auf neun Stationen ein konzeptionell abgestimmtes voll- und teilstationäres Behandlungsangebot. Patienten, die außerhalb unseres Versorgungsgebietes wohnen, werden ebenfalls behandelt.

### A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

<i>Nr.</i>	<i>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</i>	<i>Kommentar/Erläuterungen</i>
MP03	Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare	
MP53	Aromapflege/ -therapie	
MP56	Belastungstraining/ -therapie/ Arbeitserprobung	
MP07	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiter	
MP09	Besondere Formen/ Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP10	Bewegungsbad/ Wassergymnastik	
MP11	Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/ oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassungsmanagement/ Brückenpflege/ Überleitungspflege	





<b>Nr.</b>	<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
MP16	Ergotherapie/ Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/ Case Management/ Primary Nursing/ Bezugspflege	
MP22	Kontinenztraining/ Inkontinenzberatung	
MP23	Kreativtherapie/ Kunsttherapie/ Theatertherapie/ Bibliotherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP27	Musiktherapie	
MP31	Physikalische Therapie/ Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik als Einzel- und/ oder Gruppentherapie	
MP34	Psychologisches/ psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	
MP35	Rückenschule/ Haltungsschulung/ Wirbelsäulengymnastik	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP48	Wärme- u. Kälteanwendungen	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

### A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

<b>Nr.</b>	<b>Serviceangebot</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
SA01	Aufenthaltsräume	
SA02	Ein-Bett-Zimmer	
SA04	Fernsehraum	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA08	Teeküche für Patienten	
SA09	Unterbringung Begleitperson	
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	





<b>Nr.</b>	<b>Serviceangebot</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA18	Telefon	
SA19	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (z.B. Mineralwasser)	
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA24	Faxempfang für Patienten	
SA25	Fitnessraum	
SA26	Friseursalon	
SA28	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	
SA31	Kulturelle Angebote	
SA33	Parkanlage	
SA36	Schwimmbad/ Bewegungsbad	
SA38	Wäscheservice	
SA41	Dolmetscherdienste	
SA42	Seelsorge	

Tabelle A-10: Fachabteilungsübergreifende nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

### A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

Da wir kein Akademisches Lehrkrankenhaus sind, trifft dieser Punkt bei uns nicht zu.

### A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

Anzahl Betten / Plätze : 180

### A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Stationäre Patienten:  
Fallzahl: 2600  
Teilstationäre Patienten:  
Fallzahl: 178  
Ambulante Patienten:  
Fallzählweise: 5393





### A-14 Personal des Krankenhauses

#### A-14.1 Ärzte

	<i>Anzahl</i>	<i>Kommentar/Erläuterungen</i>
<b>Ärztinnen/Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)</b>	19 Vollkräfte	
<b>- davon Fachärztinnen/-ärzte</b>	12 Vollkräfte	
<b>Belegärztinnen/-ärzte (nach §121 SGB V)</b>	0 Personen	
<b>Ärztinnen/Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind</b>	0 Vollkräfte	

#### A-14.2 Pflegepersonal

	<i>Anzahl</i>	<i>Kommentar/Erläuterungen</i>
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)</b>	75 Vollkräfte	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)</b>	0 Vollkräfte	
<b>Altenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)</b>	5 Vollkräfte	
<b>Pflegeassistenten/-assistentinnen (Zweijährige Ausbildung)</b>	5 Vollkräfte	
<b>Krankenpflegehelfer/-innen (Einjährige Ausbildung)</b>	10 Vollkräfte	
<b>Pflegehelfer/-innen (ab 200 Stunden Basiskurs)</b>	5 Vollkräfte	
<b>Hebammen/Entbindungspfleger (Dreijährige Ausbildung)</b>	0 Personen	
<b>Operationstechnische Assistenz (Dreijährige Ausbildung)</b>	0 Vollkräfte	





## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-1 Allgemeine Psychiatrie (2900)

#### B-1.1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Name: Allgemeine Psychiatrie  
Ansprechpartner: Herr Chefarzt Dr. Marcea  
Abteilungsart: Hauptabteilung  
Hausanschrift: Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der MARIENBORN gGmbH  
Allgemeine Psychiatrie  
Luxemburger Strasse 1  
53909 Zülpich

Telefon / Fax

Telefon: 02252 53-0  
Fax: 02252 53-211

Internet

Homepage: [www.marienborn-psychiatrie.de](http://www.marienborn-psychiatrie.de)

#### B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung Psychiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt im Bereich 1	Kommentar/Erläuterungen
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	





Nr.	Versorgungsschwerpunkt im Bereich 1	Kommentar/Erläuterungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	

### B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

Es existieren keine fachabteilungsspezifischen Leistungsangebote. Fachabteilungsübergreifende Leistungsangebote sind bei A-9 aufgeführt.

### B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

Es existieren keine fachabteilungsspezifischen Serviceangebote. Fachabteilungsübergreifende Serviceangebote sind bei A-10 aufgeführt.

### B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung

#### B-1.5.1 Vollstationäre Fallzahl

2600

#### B-1.5.2 Teilstationäre Fallzahl

178





### B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

ICD-10 Nummer	Fallzahl	Umgangssprachliche Beschreibung
F10	774	Psychische und/oder Verhaltensstörungen durch Alkohol
F32	554	Depressive Episode
F20	399	Schizophrenie
F33	226	Rezidivierende depressive Störung
F05	225	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F43	96	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F19	81	Psychische- und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch
F60	80	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F31	73	bipolare affektive Störungen
F25	48	Schizoaffektive Störungen

### B-1.7 Prozeduren nach OPS

Es wurden keine Prozeduren nach OPS erstellt.

### B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr. der Ambulanz	Art der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angebote Leistungen
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel
		VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
		VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
		VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
		VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren





Nr. der Ambulanz	Art der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angeborene Leistungen
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
		VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
		VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
		VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
		VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
		VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter

### B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Es wurden keine Prozeduren nach OPS erstellt.

### B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

#### B-1.10.1 Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Vorhanden     Nicht vorhanden

#### B-1.10.2 Stationäre BG-Zulassung

Vorhanden     Nicht vorhanden





### B-1.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h- Notfall-verfügbarkeit
AA03	Belastungs-EKG/ Ergometrie	Belastungstest mit Herzstrommessung	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	<input checked="" type="checkbox"/>
AA11	Elektromyographie (EMG)/ Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit	Messung feinsten elektrischer Ströme im Muskel	
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/ Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/ mit Nutzung des Dopplereffekts/ farbkodierter Ultraschall	<input checked="" type="checkbox"/>

### B-1.12 Personelle Ausstattung

#### B-1.12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar/Erläuterungen
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	19 Vollkräfte	Drei Ärzte besitzen eine Weiterbildungsbefugnis
...davon Fachärztinnen/Fachärzte	12 Vollkräfte	

#### B-1.12.1.2 Ärztliche Fachexpertise

Nr.	Facharztbezeichnung	Kommentar/Erläuterungen
AQ42	Neurologie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	





### B-1.12.1.3 Zusatzweiterbildungen

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)	Kommentar/Erläuterungen
ZF09	Geriatric	
ZF22	Labordiagnostik	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF35	Psychoanalyse	
ZF36	Psychotherapie	
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	

### B-1.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar/Erläuterungen
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	75 Vollkräfte	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Altenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	5 Vollkräfte	
Pflegeassistenten/-assistentinnen (Zweijährige Ausbildung)	5 Vollkräfte	
Krankenpflegehelfer/-innen (Einjährige Ausbildung)	10 Vollkräfte	
Pflegehelfer/-innen (ab 200 Stunden Basiskurs)	5 Vollkräfte	
Hebammen/Entbindungspfleger (Dreijährige Ausbildung)	0 Personen	
Operationstechnische Assistenz (Dreijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	

### B-1.12.2.2 Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar/Erläuterungen
PQ03	Hygienefachkraft	
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ10	Psychiatrische Pflege	





### B-1.12.2.3 Zusatzqualifikationen

<b>Nr.</b>	<b>Zusatzqualifikation</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
ZP02	Bobath	
ZP03	Diabetes	
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP07	Geriatric	
ZP09	Kontinenzberatung	

### B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

<b>Nr.</b>	<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
SP06	Erzieher und Erzieherin	
SP13	Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin/Maltherapeut und Maltherapeutin/Gestaltungstherapeut und Gestaltungstherapeutin/Bibliotherapeut und Bibliotherapeutin	
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	
SP16	Musiktherapeut und Musiktherapeutin	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP23	Psychologin und Psychologin	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	





**C Qualitätssicherung**

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

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Dokumentationsrate (%)</b>	<b>Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses</b>
Ambulant erworbene Pneumonie			
Aortenklappenchirurgie, isoliert			
Cholezystektomie			
Dekubitusprophylaxe	2	100	
Geburtshilfe			
Gynäkologische Operationen			
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel			
Herzschrittmacher-Implantation			
Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation			
Herztransplantation			
Hüft-Endoprothesen- Erstimplantation			
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel			
Hüftgelenknahe Femurfraktur			
Karotis-Rekonstruktion			
Knie-Totalendoprothesen- Erstimplantation			
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel			
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie			





<b>Leistungsbereich</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Dokumentationsrate (%)</b>	<b>Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses</b>
Koronarangiographie und perkutane Koronarintervention (PCI)			
Koronarchirurgie, isoliert			
Mammachirurgie			
Lebertransplantation			
Leberlebendspende			
Nieren- und Pankreas-(Nieren-)transplantation			
Nierenlebendspende			
Lungen- und Herz-Lungentransplantation			

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

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI)	Kennzahlbezeichnung	Bewertung durch Strukt. Dialog	Vertrauensbereich	Ergebnis (Einheit)	Zähler/ Nenner	Referenzbereich (bundesweit)	Kommentar/ Erläuterung der BQS/LQS	Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses
LB 1: QI 1								
LB 1: QI 2								
LB 2: QI 1								
LB 2: QI 2								
...								

**C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V**

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart





### C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

DMP	Kommentar/Erläuterungen
-----	-------------------------

	Das Krankenhaus nimmt an keinen DMP teil!
--	---

### C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

- Winnenden Studie
- Krankenhauszwecksverbandsinterne Auswertungen nach:
  - Fallzahlen/Verweildauern nach ICD 10-Katalog
  - Durchschnittliche Personalkosten je nach Dienstart
  - Personalausfallzeiten
  - Fallkosten
  - Pflegesatzvergleiche
  - Arzneimittelpreisvergleiche
- Krankenhauszweckverbandsinterne Auswertungen durch Austausch von betriebswirtschaftlichen Kennzahlen für die nach BpflV abrechnenden Häuser.
- Umfragen und Auswertungen des Diözesan-Caritas-Verbandes

### C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Ausnahmetatbestand	Kommentar/Erläuterungen
------------------	--------------	-----------------	--------------------	-------------------------

Das Krankenhaus erbringt in keinem für die Mindestmengenvereinbarung relevanten Leistungsbereich Leistungen!				
--	--	--	--	--

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

Nr.	Vereinbarung	Kommentar/Erläuterungen
-----	--------------	-------------------------

Das Krankenhaus setzt keine Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung um!		
---	--	--





## D Qualitätsmanagement

### D-1 Qualitätspolitik

#### Das Leitbild der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Dem Leitbildprozess in der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Marienborn gGmbH sind ausführliche Auseinandersetzungen mit der Philosophie unserer Stiftung sowie den Leitbildgestaltungen zweier unserer Kölner Krankenhäuser und vor allem der Altenheime der gGmbH vorausgegangen.

Das Leitbild der Klinik orientiert sich - wie das Leitbild der Stiftung der Cellitinnen e.V. - an der Solidarität mit allen Menschen, die in den Leidenserfahrungen

Jesu ihren deutlichsten Ausdruck findet. Leiden, unvermeidbar dem menschlichen Leben zugehörig, bezeichnet die persönliche Seite der Krankheit. Leiden ist über die Erfahrung von Körperschmerzen und körperlicher Einschränkung hinaus auch ein Ausdruck der in Gefahr geratenen Sinnhaftigkeit des Lebens und der damit verbundenen Ängste und Zweifel. Die Einfühlung in das Leiden der Patienten ermöglicht die Entdeckung von Gemeinsamkeiten im Menschsein als Grundlage für eine Solidarität jenseits aller Glaubensrichtungen und Ideologien.

Voraussetzung für die Entwicklung einer Sinnhaftigkeit des Lebens ist die Fähigkeit des Menschen zur Selbstbestimmung. Der Mensch ist sein eigener Sinngestalter, indem er ständig eine Wahl zwischen vielfältigen Möglichkeiten treffen können muss, seien es lebenspraktische, seine mitmenschlichen Beziehungen, seine Weltanschauung oder seinen Glauben betreffende. Durch diese ständigen Wahlen verwirklicht sich ein Muster, eine Bedeutungslinie, die seine Lebensgeschichte durchwirkt und ihr Kontinuität und den Charakter eines individuellen Sinngefüges verleiht.

Selbstbestimmung ist eine Fähigkeit, die sich lebenslang entwickelt und sich ständig zahlreicher Infragestellungen erwehren können muss. Die Voraussetzungen für die Entwicklung und den Erhalt der Fähigkeit zur

Selbstbestimmung können unter anderem auch durch Krankheiten eingeschränkt werden.

Selbstbestimmt handeln zu können setzt voraus, dass der Mensch in der Lage ist, die Notwendigkeiten des Zusammenlebens mit anderen





Menschen zu erkennen, zu verinnerlichen und zum Maßstab seines Handelns werden zu lassen. Gelingt das nicht, so wirken diese äußeren Notwendigkeiten als Fremdbestimmung mit den entsprechenden Folgen für das Selbstgefühl des Betroffenen.

Körperliche Einschränkungen, die zum Beispiel bedingt sind durch motorische Störungen, Störungen der Sinnesgebiete oder Störungen der inneren Organe, schränken die Freizügigkeit, die Spielräume für äußere Bewegung ein, wirken aber nicht zwangsläufig im Sinne einer Einschränkung der Selbstbestimmung.

Die Entwicklungsvoraussetzungen für selbstbestimmtes Verhalten werden vor allem durch die in das Fachgebiet der Psychiatrie fallenden Krankheiten und Störungen zum Teil erheblich beeinträchtigt, da diese gewissermaßen die „Organe“ der Selbstbestimmung, die Kritik- und Urteilsfähigkeit selbst betreffen. Daran wird deutlich, dass Fragen der Selbstbestimmtheit ausgesprochen und unausgesprochen in unserem Alltag mit den Patienten einer psychiatrischen Klinik berührt werden.

Ganz offenkundig ist das der Fall, wenn im Rahmen der Behandlung eines Patienten freiheitseinschränkende Maßnahmen erforderlich sind. Aber auch im Bereich des subjektiven Erlebens wirken sich die Symptome der psychiatrischen Erkrankungen im Sinne einer Einschränkung der Selbstbestimmung aus, eingängig nachvollziehbar beispielsweise bei den Abhängigkeitserkrankungen.

Die Beachtung der Selbstbestimmung unserer Patienten ist Grundlage unserer Arbeit. Dies bedeutet, dass wir professionell und einfühlsam Sorge dafür zu tragen haben, dass unsere Patienten durch Überwindung von Krankheitsmerkmalen ein Höchstmaß an Selbstbestimmung und sozialer Kompetenz erlangen.

Die Umsetzung des Leitbildes der Psychiatrischen Klinik Marienborn orientiert sich an den Verhaltens- und Handlungsrichtlinien, die uns als „Kennzeichen und Standards des katholischen Krankenhauses in den Krankenhäusern der Stiftung der Cellitinnen e.V.“ in Schriftform vorliegen. Diese Kennzeichen und Standards sind als Operationalisierungen des Leitbildes zu verstehen. Sie gehen über die von den MitarbeiterInnen geforderte Fachlichkeit ihres Handelns hinaus und beschreiben konkrete Qualitäts- und Prozessziele zu allen wesentlichen Aspekten des mitmenschlichen Umgangs im Rahmen des Verhältnisses zu Patienten oder im Rahmen der Verhältnisse innerhalb der Dienstgemeinschaft im Krankenhaus.

Dieses Leitbild, in dem unsere obersten und globalsten Ziele genannt sind, ist die Grundlage unserer Qualitätszielplanung.





### D-2 Qualitätsziele

#### Qualitätszielplanung

Dem Leitbildprozess in der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Marienborn gGmbH sind ausführliche Auseinandersetzungen mit der Philosophie unserer Stiftung sowie den Leitbildgestaltungen zweier unserer Kölner Krankenhäuser und vor allem der Altenheime der gGmbH vorausgegangen.

#### Wirtschaftliche Ziele

Unsere wirtschaftlichen Ziele werden jährlich von der Betriebsleitung festgelegt und lauten u.a. folgendermaßen:

- Einhaltung aller Planzahlen der internen Budgetierung (Kosten und Erlöse).
- Einhaltung der vereinbarten Investitions- und Instandhaltungspläne.

#### Arbeitsbezogene Qualitätsziele - Prozessziele

Die arbeitsbezogenen Qualitätsziele sind formuliert für unsere identifizierten klinischen Kernprozesse „Aufnahme“, „Ambulanz“, „Diagnostik“, „Behandlung“, „Entlassung“, „Betreuungskonzepte“ und „Tagesklinik“ sowie die unterstützenden Kernprozesse „Leitung“, „Mitarbeiter“, „Kommunikationswesen“, „Verwaltung“, „Technik“, „Verpflegung“, „Beschaffung, Bereitstellung und Entsorgung“ und „Sicherheit“.

„Aufnahme“ und „Entlassung“:	Verbesserung der Aufnahme- und Entlassungsorganisation
„Ambulanz“:	Ausbau und Optimierung der Arbeitsabläufe in der Institutsambulanz
„Diagnostik“:	Optimierung der Organisationsabläufe
„Behandlung“:	Effizienterer Einsatz der vorhandenen therapeutischen Ressourcen
„Betreuungskonzepte“:	Ausbau der vorhandenen Strukturen und Ressourcen
„Tagesklinik“:	Ausbau und Optimierung der tagesklinischen Behandlung
„Leitung“:	Qualitätssicherung, Projektmanagement
„Mitarbeiter“:	Weiterentwicklung der Mitarbeiter, Ressourcenausschöpfung





„ <b>Kommunikationswesen</b> “:	Verbesserung des Daten- und Informationsaustausches
„ <b>Verwaltung</b> “:	Optimierung von Arbeitsabläufen
„ <b>Technik</b> “:	Sicherstellung der Medizin- und Haustechnik
„ <b>Verpflegung</b> “:	Optimierung der Patienten- und Mitarbeiterversorgung
„ <b>Beschaffung, Bereitstellung und Entsorgung</b> “:	Verbesserung der Arbeitsabläufe
„ <b>Sicherheit</b> “:	Sicherstellung von Patienten- und Mitarbeitersicherheit

### Arbeitsbezogene Qualitätsziele - Einzelziele

Zu den Prozesszielen haben wir in unseren Ablauf- und Vorgehensbeschreibungen messbare, nachvollziehbare, relevante, angemessene und spezifische Einzelziele formuliert, welche je nach Prioritätsgrad, von unseren Mitarbeitern überprüft werden.

Einzelziele für die Ablaufbeschreibungen der Aufnahme lauten z. B.:

- Jeder Patient wird innerhalb der ersten 30 Minuten seines Aufenthaltes sowohl administrativ als auch ärztlich und pflegerisch aufgenommen.
- Ein Patient bekommt spätestens eine Stunde nach seinem Eintreffen im KH sein Zimmer zugewiesen.

Ein Einzelziel für die Ablaufbeschreibung der Entlassung lautet z. B.:

- Jeder Entlassungs-Arztbrief soll innerhalb von 14 Tagen beim einweisenden niedergelassenen Arzt vorliegen.

### Zielüberprüfung

Die Auswertung der Überprüfung bzw. die Neufestlegung dieser spezifischen Ziele ist wiederum Teil der jährlich stattfindenden Managementbewertung.

### Vision

Ausbau und Optimierung der vorhandenen gemeindenahen Strukturen, u. a. die ambulanten und tagesklinischen Angebote.





### Unternehmenskultur

Unser Ziel ist es, unsere Unternehmenskultur durch mehr Transparenz und eine kooperative Führungsweise innovativer und lebendiger zu gestalten.

Durch unseren Qualitätsmanagementansatz haben wir die Grundlagen für diese Unternehmensphilosophie gesetzt. Durch die Einbindung aller Mitarbeiter und vor allem durch die veränderte Informationspolitik hat sich ein anderes Bewusstsein bei vielen Mitarbeitern eingestellt. Durch informierte und motivierte Mitarbeiter, welche in Veränderungsprozesse aktiv eingebunden werden, können wir einen ständigen Verbesserungsprozess vorantreiben und eine hohe Identifikation der Mitarbeiter mit ihren Arbeitsplätzen und somit mit unserer Einrichtung erreichen.

## D-3 *Aufbau des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements*

Mit dem Aufbau eines strukturierten Qualitätsmanagementsystems beschäftigt sich unsere Einrichtung seit Frühjahr 2004. Als Orientierung wurden die Fragenkataloge nach KTQ und pCC genutzt. Strukturell haben wir unser QM-System folgendermaßen aufgebaut:

- Projektplanung
- Klärung der Personalien und der Zuständigkeiten
- Projektdurchführung
- Zertifizierung nach KTQ Juni 2007
- Projektcontrolling und Weiterführung des QM-Systems

### Projektplanung

Mit Unterstützung eines externen Unternehmens wurde das QM-System 2004 eingeführt und seitdem kontinuierlich verbessert und ausgebaut. Die eigentlichen Projektplanung erfolgte damals von externen Beratern und unser Projektplan sah ein auf die einrichtungsspezifischen Besonderheiten angepaßtes modulbezogenes Vorgehen vor (wird unter Projektdurchführung näher beschrieben), welches eine Zertifizierungsreife 2006/2007 zum Ziel hatte.

Nach der Zertifizierung im Mai 2007 wurde das QM-System fortgeführt und weiter ausgebaut. So wurden begonnene Projekte weitergeführt, neue Projekte initiiert und umgesetzt und interne Audits regelmäßig fortgeführt.

Im Herbst 2008 wurde von der Betriebsleitung beschlossen, die Rezertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 durchzuführen, welche nun für Herbst 2010 geplant ist.





### Klärung der Personalien und Zuständigkeiten

#### Steuerungsgruppe (STG)

QM ist eine Führungsaufgabe und somit war die Einbindung der Krankenhausbetriebsleitung eine Selbstverständlichkeit. Die Krankenhausbetriebsleitung und die Qualitätsmanagementbeauftragte bilden die sogenannte Steuerungsgruppe.

Für diese Steuerungsgruppe wurden folgende Aufgaben und Zuständigkeiten festgelegt:

- Die Krankenhausbetriebsleitung benennt den QMB und das QM-Zirkel.
- Die STG trägt die Verantwortung für die gesamte Projektplanung.
- Die STG leitet den Betrieb sukzessive unter den neuen QM-Gesichtspunkten.
- Die STG setzt die Rahmenbedingungen und Grundlagen des Qualitätsmanagements im Rahmen des normativen Managements (z. B. Leitbild, Ethik, Führung, usw.).
- Die STG zeichnet sich verantwortlich für das Ressourcenmanagement.
- Die STG gewährleistet eine zeitnahe Steuerung aller QM-Aktivitäten.
- Die STG erstellt die Qualitätsziele und erklärt ihre Gültigkeit.
- Die STG entscheidet über sämtliche QM-Ergebnisse.
- Die STG sorgt für ein Controlling der QM-Umsetzung an Hand der Qualitätsziele (QM-Berichte, Bewertungen, Audits).
- Die STG ist Vorbild und Vorreiter.

#### Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) und deren Stellvertreter

Die Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) und deren Stellvertreter sind hauptamtlich in der Einrichtung tätig. Im Organigramm sind sie als Stabstelle direkt unterhalb der Geschäftsführung angesiedelt. Folgende Aufgaben- und Kompetenzbeschreibung sind für die QMB und den Stellvertreter maßgeblich:

- Der QMB nimmt an allen Sitzungs-Terminen der Steuerungsgruppe und des QM-Zirkels teil.
- Der QMB ist Projekt-Leiter für die Einführung des QM-Systems und berichtet an die Krankenhausbetriebsleitung.
- Der QMB aktualisiert die Projektmanagement-Dokumentation (Projektsteuerung und Detail-Projektplan).
- Der QMB organisiert und leitet die regelmäßigen QM-Zirkel-Sitzungen.
- Der QMB führt das QM-Zirkel (Ansprechpartner für Fragen und Probleme).
- Der QMB erarbeitet gemeinsam mit Kollegen die Ablaufbeschreibungen.
- Der QMB organisiert alle Optimierungs-Workshops und die Selbstbewertung in der Einrichtung.





- Dem QMB obliegt die Lenkung der in der Klinik verwendeten Formulare und Dokumente (Bestand, Aktualität, Verfügbarkeit von Formularen).
- Dem QMB obliegt die Lenkung der Organisations-Handbücher (Bestand, Aktualität, Verfügbarkeit).

### Qualitätsmanagementteam (QM-Team)

Neben der Steuerungsgruppe gibt es eine weitere Mitarbeitergruppe - das sogenannte Qualitätsmanagementteam. Bei uns sind im QM-Zirkel derzeit zehn Mitarbeiter aus den Bereichen ärztlicher/psychologischer und pflegerischer Dienst sowie Mitarbeiter der Verwaltung, des Sozialdienstes, der Physiotherapie und des Hol- und Bringdienstes.

Ihre Aufgabenbeschreibung sieht wie folgt aus:

- Die Mitglieder des QM-Zirkels erarbeiten gemeinsam mit Kollegen die Ablauf-Beschreibungen inkl. der QM-Dokumente.
- Die Mitglieder des QM-Zirkels unterstützen die/den QMB bei der Erstellung des Organisationshandbuches.
- Die Mitglieder des QM-Zirkels nehmen an allen QM-Sitzungen und Workshops teil.
- Die Mitglieder des QM-Zirkels sind verantwortlich für ausgewählte Prozesse (Prozess-Paten).
- Die Mitglieder des QM-Zirkels motivieren ihre Kollegen dazu, sich aktiv an der Entwicklung des QM-Systems zu beteiligen.
- Die Mitglieder des QM-Zirkels verstehen sich als Multiplikatoren im Haus und informieren interessierte Mitarbeiter über Grundlagen des Qualitätsmanagementsystems.
- Die Mitglieder des QM-Zirkels nehmen an ausgewählten Optimierungs-Workshops teil.
- Weitere Mitarbeiter wurden prozessbezogen hierarchie- und professionsübergreifend in das laufende Projekt ressourcenbezogen integriert.

### Projektdurchführung

Das Projekt wurde modulbezogen aufgebaut.

### Stärken-/Schwächenprofil

Begonnen wurde die Einführung des QM-Systems 2004 mit einem sogenannten Kurzcheck. Bei diesem wurde anhand der 103 KTQ/pCC-Kriterien mit ca. 25 Mitarbeitern des Hauses (inkl. der Krankenhausbetriebsleitung) über zwei Tage ein Stärken- und Schwächenprofil erstellt.





### Mitarbeiterinformation

Im weiteren Verlauf wurden regelmäßig, u. a. auch ganztägig, Informationsveranstaltungen („Info-Märkte“) für alle Mitarbeiter bzgl. des QM-Projektes in Verbindung mit anderen mitarbeiterrelevanten Themen durchgeführt.

### Ist-Analyse

Von den Mitarbeitern des QMT wurden dann in Interviewform mit weiteren Kollegen Ablaufbeschreibungen zu ausgewählten Prozessen als Ist-Analyse erstellt, wobei es ein Ziel war, in diesen Beschreibungen die Schnittstellen mit darzustellen.

Diesen Ist-Analysen wurde eine Auflistung mit relevanten Problemen und Ideen zur Problemlösung beigefügt.

### Prozessoptimierung

Im Rahmen unsere Prozessoptimierungen wurden und werden diese Ist-Analysen fortlaufend prozessbezogen mit den beteiligten Mitarbeitern und den Entscheidungsträgern diskutiert, Änderungen beschlossen, Aufgaben abgeleitet und nach der Freigabe der Veränderungen durch die Krankenhausbetriebsleitung als verbindliche Vorgaben an alle Mitarbeiter im Organisationshandbuch abgebildet.

Diese kontinuierlichen Optimierungen sind der Kern unseren QM-Systems.

### Projektcontrolling/Weiterführung des QM-Systems nach der evtl. Zertifizierung

Uns ist bewusst, dass QM einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess darstellt und somit niemals beendet werden kann. Vor allen Dingen profitiert unser Unternehmen auch von den bisher erreichten Ergebnissen. Um diesen positiven Prozess auch nach Erhalt des KTQ-Zertifikates im Mai 2007 weiterführen zu können, wenden wir verschiedene Instrumente zur Qualitätsbewertung an und werten diese Ergebnisse im Rahmen von Leitungskonferenzen, Managementbewertungen und sonstigen Veranstaltungen aus. Zu diesen Instrumenten zählen auch regelmäßige Optimierungs-Workshops, interne Audits, Steuerungsgruppen- und QM-Team-Besprechungen sowie eine regelmäßige externe Beratung. Ziel ist es unser QM-System auszubauen, zu verbessern und zu ergänzen. So werden neben den vorhandenen Ablaufbeschreibungen neue Abläufe beschrieben, bestehende Prozesse verbessert und neue Projekte umgesetzt. Im Herbst 2008 wurde von der Betriebsleitung beschlossen, die Rezertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 durchzuführen, welche nun im Herbst 2010 geplant ist.





### **D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements**

#### **Instrumente des Qualitätsmanagements**

##### **Projektmanagement**

Bis Ende 2008 wurden im Rahmen des QM-Systems 20 Projektaufträge erstellt und weitestgehend abgearbeitet. Die Zielvereinbarungen der Projekte werden regelmäßig durch Zwischen- und Endergebnisse abgestimmt und geprüft.

##### **Managementbewertung**

Die erste Managementbewertung nach der KTQ-Zertifizierung im Mai 2007 erfolgte im September 2007.

Ziel ist es, jährlich eine Managementbewertung durchzuführen.

An diesen nehmen die Krankenhausbetriebsleitung, der MAV-Vorsitzende und die Qualitätsmanagementbeauftragte sowie der Stellvertreter teil.

##### **Beschwerdemanagement**

Neben der Erstellung eines Jahresberichts der gesetzlich vorgeschriebenen Patientenbeschwerdestelle werden seit 2006 Patientenbeschwerden zusätzlich über ein neu erstelltes „Formular zur Beschwerdeerfassung“ erfasst, gesammelt und fortlaufend ausgewertet. Ebenso werden klinikinterne besondere Vorkommnisse über ein gesondertes Formular erfasst.

##### **Vorschlagswesen**

Es erfolgte eine Ideenbörse für alle Mitarbeiter, bei welcher zu einem vorher abgestimmten Thema Ideen und Verbesserungsvorschläge gemacht werden konnten. Diese soll auch künftig jährlich stattfinden.

##### **Mitarbeiter-Befragungen**

Erstmals wurde Ende 2006 eine Mitarbeiter-Befragung durchgeführt, welche von einem externen Unternehmen organisiert wurde. Die Vorstellung der Ergebnisse erfolgte im Mai 2007 im Rahmen einer Mitarbeiterveranstaltung.

##### **Patienten-Befragungen**

Seit Mitte 2006 erfolgt die kontinuierliche Erfassung von Patientenwünschen, -verbesserungsvorschlägen und -kritik mittels eines Patientenfragebogens. Diese werden statistisch und inhaltlich ausgewertet und der Krankenhausbetriebsleitung vorgelegt.

Des Weiteren erfolgt seit Frühjahr 2009 eine Patienten-Befragung, welche von einem externen Unternehmen organisiert wird. Mit ersten Ergebnissen ist im Herbst 2009 zu rechnen.





### Freiwillige externe Qualitätsbewertungen

- Winnenden-Studie (PsychPV-Vergleich bundesweit)
- Krankenhauszweckverbandsinterne Auswertungen nach:
  - Fallzahlen/Verweildauern nach ICD 10-Katalog
  - Durchschnittliche Personalkosten je nach Dienstart
  - Personalausfallzeiten
  - Fallkosten
  - Pflegesatzvergleiche
  - Arzneimittelpreisvergleiche
- Umfragen und Auswertungen des Diözesan-Caritas-Verbandes

### Gesetzlich geregelte Qualitätsbewertungen

- Begehungen nach PsychKG (Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten)
- Begehungen durch das Gesundheitsamt
- Begehungen durch die Berufsgenossenschaft
- Begehungen durch den Regierungspräsidenten (Medizin-Produkte-Gesetz)
- Begehungen durch den TÜV
- Begehungen durch das Amt für Arbeitsschutz
- Begehungen durch die Feuerwehr

## D-5 Qualitätsmanagementprojekte

### Qualitätsmanagement-Projekte

Mit Beginn der Einführung des Qualitätsmanagementsystems im Jahr 2004 wurden bereits sehr kurzfristig Projekte initiiert, die sich mit der Optimierung von klinikinternen Abläufen und Erreichung von Qualitätszielen befassen.

Für diese Projekte wurde eine verbindliche Regelung des Projektmanagements gewählt und alle Projektideen zunächst von der Krankenhausbetriebsleitung bewertet und ggf. beauftragt. Als zentraler Projektkoordinator wurde der QMB ernannt und die einzelnen Projektphasen in Zielplanung, Vorplanung, Ausführungsplanung, Durchführung und Controlling unterteilt.

Unsere Regelung zum Projektmanagement beinhaltet ein festgelegtes Berichtswesen mit der Erstellung von Zwischen- und Endergebnissen und seit der Einführung des Qualitätsmanagements 2004 wurden über 20 Projekte bearbeitet.





Unter anderem wurden Projekte abgeschlossen zu den Themen:

- Interne Budgetierung
- Stellenbeschreibungen
- Struktur des diagnostischen und therapeutischen Prozesses
- Überarbeitung des Dokumentations-Handbuchs
- Klinikinternes Sicherheitskonzept zum Umgang mit Gewaltsituationen

In weiterer Bearbeitung befinden sich derzeit u. a. noch folgende fortlaufende Projekte:

- Optimierung der Ergo-, Physio-, Sport-, Musik- und Gartentherapie
- EDV- Konzept und Einführung eines Kommunikations-Information-Systems

Die meisten Projekte wurden bereits umgesetzt, andere Projekte, deren Planung, Strukturierung und Umsetzung einen größeren zeitlichen und inhaltlichen Rahmen benötigen, werden zur Zeit in fortlaufenden Projektgruppensitzungen erarbeitet.

Zu den im Jahr 2008 verabschiedeten und umgesetzten Projekten gehört z. B. das Projekt „Klinikinternes Sicherheitskonzept zum Umgang mit Gewaltsituationen“, im Rahmen dessen von verschiedenen Berufsgruppen Verbesserungsvorschläge und Ideen erarbeitet, in einem Optimierungs-Workshop diskutiert und anschließend umgesetzt wurden.

In der Projektgruppe „EDV-Konzept“ wurde nach langer Planungs- und Vorbereitungsphase zusammen mit der Betriebsleitung die Entscheidung für und Einführung eines elektronischen Dokumentationssystems (KIS) beschlossen, welches Anfang 2009 umgesetzt wurde und seitdem angewendet wird.

Darüber hinaus führen wir seit mehreren Jahren Projekte zur Informationsverbesserung sowohl klinikintern als auch mit den Überweisern bzw. Kollegen aus anderen Einrichtungen durch. Regelmäßig finden interne und externe Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen statt, z. B. zu den Themen Umgang mit Verhaltensstörungen, Psychoedukation, Ernährung, Psychopharmakologie, Hygiene, etc.

Darüber hinaus gibt es auf verschiedenen Ebenen eine Zusammenarbeit mit externen Fort- und Weiterbildungsinstituten.

## **D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements**

### **Bewertung des Qualitätsmanagements**

#### **KTQ-Zertifizierung**

Am 03.05.2007 wurde unser Haus nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) zertifiziert.





Die KTQ-Zertifizierung ist ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, welches den Krankenhäusern als Instrument dient, mit dem sie die Qualität ihrer Leistungen durch die Zertifizierung und den zu veröffentlichenden KTQ-Qualitätsbericht nach außen transparent darstellen können.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen und von Krankenhauspraktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit im Krankenhaus, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement 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 Visitoren gezielt hinterfragt und durch Begehungen einzelner Krankenhausbereiche überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Selbst- und Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen.

