

Strukturierter Qualitätsbericht  
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V  
für das Berichtsjahr 2008

Walter Picard Klinik Psychiatrie

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ  
auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 25.08.2009 um 14:57 Uhr erstellt.

DKTIG: <http://www.dktig.de>

ProMaTo: <http://www.netfutura.de>

# Inhaltsverzeichnis

	Einleitung
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses
A-2	Institutionskennzeichen des Krankenhauses
A-3	Standort(nummer)
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus
A-6	Organisationsstruktur des Krankenhauses
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses
A-9	Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses
A-10	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses
A-12	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses
A-14	Personal des Krankenhauses
B-[1]	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
B-[1].1	Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung
B-[1].6	Diagnosen nach ICD
B-[1].7	Prozeduren nach OPS
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-[1].11	Apparative Ausstattung
B-[1].12	Personelle Ausstattung
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden

## Qualitätssicherung

- C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V
- C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] ("Strukturqualitätsvereinbarung")
- D-1 Qualitätspolitik
- D-2 Qualitätsziele
- D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements
- D-5 Qualitätsmanagement-Projekte
- D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

# Einleitung



Abbildung: Blick auf die Pforte der Walter-Picard-Klinik, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

## Verantwortlich:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Dipl. Kaufmann Siegfried Hüttenberger	Geschäftsführer	06158 183-203	06158 183-277	siegfried.huettenberger@vitos-riedstadt.de

## Ansprechpartner:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Dipl.-Betriebswirt (FH) Michael Spallek	Qualitätsmanagementkoordinator	06158 183-206	06158 183-277	michael.spallek@vitos-riedstadt.de

## Links:

[www.vitos-riedstadt.de](http://www.vitos-riedstadt.de)

## Sonstiges:

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Siegfried Hüttenberger, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.



# Teil A - Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

## **A-1** Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

### **Hausanschrift:**

Walter Picard-Klinik. Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik

Philippusanlage 101

64560 Riedstadt

### **Postanschrift:**

Postfach 1362

64550 Riedstadt

### **Telefon:**

06158 / 183 - 0

### **Fax:**

06158 / 183 - 233

### **E-Mail:**

info@vitos-riedstadt.de

### **Internet:**

<http://www.vitos-riedstadt.de>

## **A-2** Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260610770

## **A-3** Standort(nummer)

00

## **A-4** Name und Art des Krankenhausträgers

### **Name:**

Landeswohlfahrtsverband Hessen

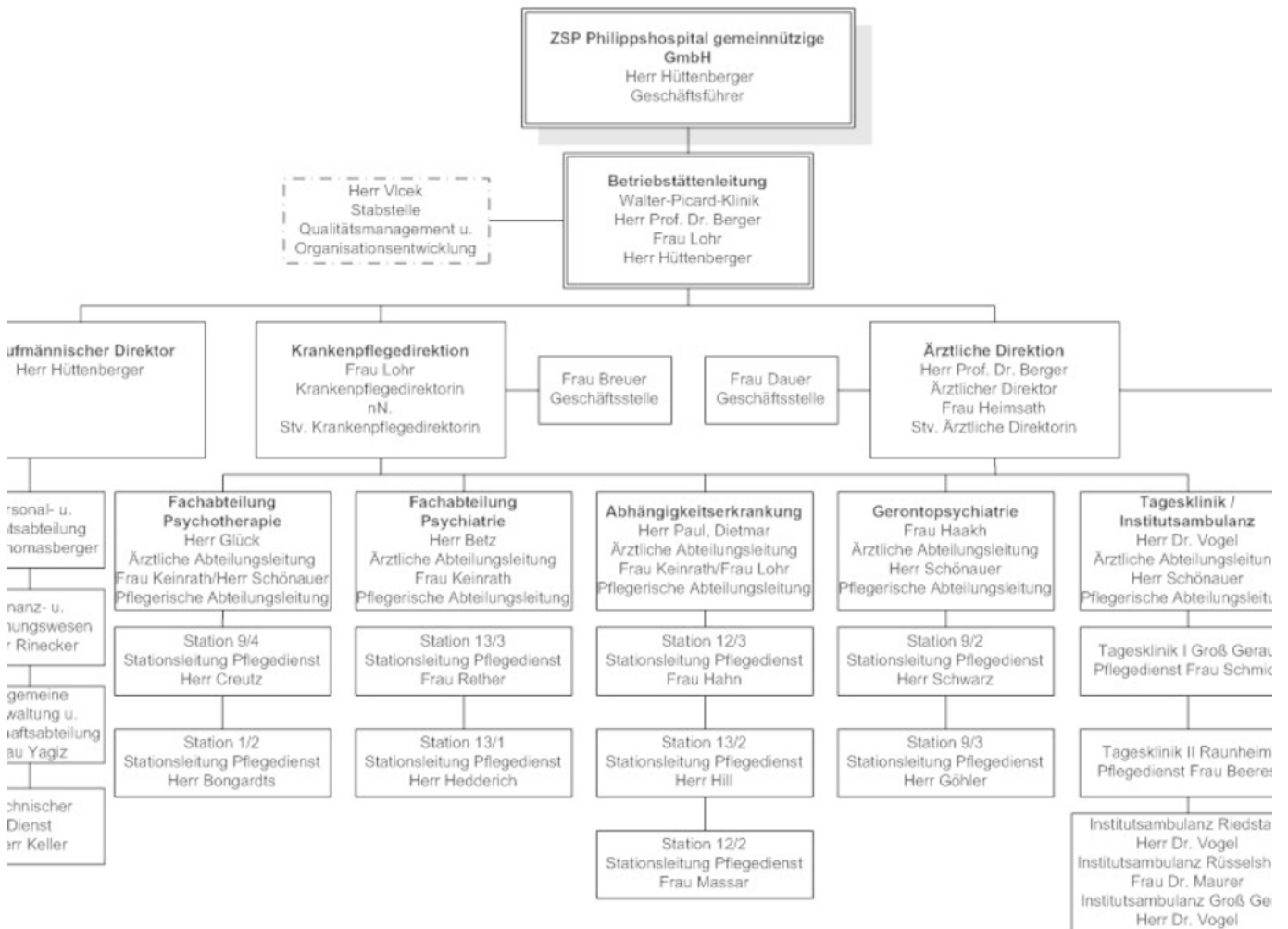
### **Art:**

öffentlich

## **A-5** Akademisches Lehrkrankenhaus

Nein

## A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



Organigramm: Das Organigramm stellt die Organisationsstruktur der Walter-Picard-Klinik dar.

## A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit einer psychiatrischen

Fachabteilung:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung ?

Ja

## A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Nr.	Fachabteilungsübergreifender Versorgungsschwerpunkt:	Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind:	Kommentar / Erläuterung:
VS00	Schwerpunktbehandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen	Abteilungen für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie	
VS00	Schwerpunktbehandlung von Doppeldiagnosen	Abteilung für Allgemeinpsychiatrie und Abhängigkeitskranke	

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

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP00	Akupunktur bei Drogenentzug	
MP00	Homöopathische Behandlung bei Drogenentzug	

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

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA12	Balkon/Terrasse	
SA55	Beschwerdemanagement	
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA44	Diät-/Ernährungsangebot	
SA04	Fernsehraum	
SA28	Kiosk/Einkaufsmöglichkeiten	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung	
SA31	Kulturelle Angebote	

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA33	Parkanlage	
SA56	Patientenfürsprache	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA42	Seelsorge	
SA57	Sozialdienst	
SA37	Spielplatz/Spielecke	

## **A-11** Forschung und Lehre des Krankenhauses

### **A-11.1** Forschungsschwerpunkte

- Evaluation von psychoedukativer Familienintervention bei schizophrenen Patienten gemeinsam mit der TU Darmstadt
- Frühintervention bei chronisch schizophrenen Patienten zur Verhütung von Zwangsbehandlungen gemeinsam mit dem ZI Mannheim
- Verhaltenstherapie versus medikamentöse Therapie bei Depressionen gemeinsam mit der Johann Wolfgang Goethe Universität
- Evaluation eines self assessment questionnaire zur Gesundheitsförderung in psychiatrischen Diensten gemeinsam mit der TU Darmstadt
- Entwicklung und Validierung neuropsychologischer Testverfahren für kognitive Störungen bei schizophrenen Psychosen im Rahmen der Beurteilung der Schuldfähigkeit gemeinsam mit der TU Darmstadt

### **A-11.2** Akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten:	Kommentar/Erläuterung:
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Psychiatrische Krankheitslehre und Psychopathologie an der TU Darmstadt

### **A-11.3** Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen:	Kommentar/Erläuterung:
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	

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

189 Betten

## **A-13** Fallzahlen des Krankenhauses:

### **Vollstationäre Fallzahl:**

3185

## Ambulante Fallzahlen

Fallzählweise:

0

### A-14 Personal des Krankenhauses

#### A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	24 Vollkräfte	
<b>davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	24 Vollkräfte	
<b>Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)</b>	0 Personen	
<b>Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind</b>	0 Vollkräfte	

#### A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	135 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinn en</b>	135 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Altenpfleger und Altenpflegerinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen</b>	0 Vollkräfte	2 Jahre	
<b>Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinne n</b>	0 Vollkräfte	1 Jahr	
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
<b>Entbindungspfleger und Hebammen</b>	0 Personen	3 Jahre	

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
<b>Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	

# Teil B - Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

## B-[1] Fachabteilung Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

### **B-[1].1** Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

#### **Art der Abteilung:**

Hauptabteilung

#### **Fachabteilungsschlüssel:**

3791

#### **Hausanschrift:**

Philippsanlage 101

64560 Riedstadt

#### **Postanschrift:**

Postfach 1362

64550 Riedstadt

#### **Telefon:**

06158 / 183 - 0

#### **Fax:**

06158 / 183 - 233

#### **E-Mail:**

info@vitos-riedstadt.de

#### **Internet:**

<http://www.vitos-riedstadt.de>

#### **Chefärztinnen/-ärzte:**

Titel:	Name, Vorname:	Funktion:	Tel. Nr., Email:	Sekretariat:	Belegarzt / KH-Arzt:
Prof. Dr.	Berger, Hartmut	Ärztlicher Direktor	06158 183-0	06158 183-0	KH-Arzt

### **B-[1].2** Versorgungsschwerpunkte [Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie ]

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie :	Kommentar / Erläuterung:
VX00	Abteilung für Abhängigkeitserkrankte	
VX00	Abteilung für Allgemeinpsychiatrie und Krisenintervention	
VX00	Abteilung für Alterspsychiatrie	
VX00	Abteilung für Psychotherapie	
VX00	Institutsambulanz mit Außenstellen in Groß-Gerau und Rüsselsheim	

### **B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie ]**

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP00	Akupunktur bei Drogenentzug	
MP00	Homöopatische Behandlung bei Drogenentzug	

### **B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie ]**

trifft nicht zu / entfällt

### **B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

#### **Vollstationäre Fallzahl:**

3185

#### **Teilstationäre Fallzahl:**

86

Hinweis:

Eventuelle Unterschiede zwischen Gesamtfallzahl des Krankenhauses und der Summe der Fallzahlen der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen können im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung auf internen Verlegungen innerhalb der Psychiatrie/ Psychosomatik beruhen.

### **B-[1].6 Diagnosen nach ICD**

#### **B-[1].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10- Ziffer* (3-stellig):	Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	F10	894	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
2	F20	436	Schizophrenie
3	F19	322	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen
3	F33	322	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit
5	F11	272	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Substanzen, die mit Morphinum verwandt sind (Opioide)
6	F03	213	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz), vom Arzt nicht näher bezeichnet
7	F32	166	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
8	F25	91	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung
9	F60	77	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung
10	F31	70	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

## **B-[1].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen**

keine Angaben

## **B-[1].7 Prozeduren nach OPS**

trifft nicht zu / entfällt

### **B-[1].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

trifft nicht zu / entfällt

### **B-[1].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren**

trifft nicht zu / entfällt

## **B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Nr:	Art der Ambulanz:	Bezeichnung der Ambulanz:	Nr. / Leistung:	Kommentar / Erläuterung:
-----	-------------------	------------------------------	-----------------	--------------------------

Nr:	Art der Ambulanz:	Bezeichnung der Ambulanz:	Nr. / Leistung:	Kommentar / Erläuterung:
AM00	Institutsambulanz	Institutsambulanz mit Außenstellen in Groß-Gerau und Rüsselsheim		Diagnostik und Behandlung aller seelischer Störungen

### **B-[1].9** Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

### **B-[1].10** Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

### **B-[1].11** Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA03	Belastungs-EKG/Ergometrie	Belastungstest mit Herzstrommessung		
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein	
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsggerät		Nein	
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall	Nein	

### **B-[1].12** Personelle Ausstattung

#### **B-[1].12.1** Ärzte und Ärztinnen:

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	24 Vollkräfte	
<b>davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	24 Vollkräfte	

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
<b>Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)</b>	0 Personen	

### **B-[1].12.2** Pflegepersonal:

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	135 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Altenpfleger und Altenpflegerinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	
<b>Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen</b>	0 Vollkräfte	2 Jahre	
<b>Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen</b>	0 Vollkräfte	1 Jahr	
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
<b>Entbindungspfleger und Hebammen</b>	0 Personen	3 Jahre	
<b>Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen</b>	0 Vollkräfte	3 Jahre	

### **B-[1].12.3** Spezielles therapeutisches Personal: Für die Organisationseinheit/Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP35	Diabetologe und Diabetologin/Diabetesassistent und Diabetesassistentin/Diabetesberater und Diabetesberaterin/Diabetesbeauftragter und Diabetesbeauftragte/Wundassistent und Wundassistentin DDG/Diabetesfachkraft Wundmanagement	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
SP00	Krankengymnastik	
SP13	Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin/Maltherapeut und Maltherapeutin/Gestaltungstherapeut und Gestaltungstherapeutin/ Bibliotheraapeut und Bibliotheraeputin	
SP16	Musiktherapeut und Musiktherapeutin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	
SP00	Tanz- und Yogatherapeutin	

# Teil C - Qualitätssicherung

**C-1** Teilnahme externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

**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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

# Teil D - Qualitätsmanagement

## D-1 Qualitätspolitik

### 2. Patientenorientierung

#### 2.1. Ganzheitliche Sichtweise

Diagnose und Therapie orientieren sich nicht mehr nur an dem Krankheitsmodell, sondern richten sich nach einer ganzheitlichen Sichtweise aus, die neben der Wahrnehmung krankhafter Anteile auch die gesunden Anteile erkennt und im Rahmen des Behandlungsprozesses nutzbar macht. Gemäß dieser Sichtweise sind seelisch kranke Menschen nicht nur krank, sondern verfügen neben der bzw. unabhängig von der Erkrankung über natürliche Ressourcen (Selbstheilungskräfte, berufliche und andere soziale Fertigkeiten, Unterstützung durch Familie und Freunde), die wahrzunehmen und bei der Behandlung zu berücksichtigen sind. Eine ganzheitliche Sichtweise schützt seelisch Kranke vor Stigmatisierung und Ausgrenzung und achtet ihre Menschenwürde. Sie versetzt zudem Patienten in die Lage, während und nach der Behandlung soweit als möglich über ihre eigenen Kräfte zu verfügen.

#### 2.2. Gesundheitsförderung

Die Behandlung ist darauf ausgerichtet, nicht nur Krankheiten zu erkennen, zu heilen, zu lindern und Verschlimmerungen zu verhüten, sondern vor allem auch darauf, für die Patienten einen höchstmöglichen Gesundheitsgewinn zu erzielen. Das Ziel der Behandlung ist also daraufhin zu überprüfen, welcher Gewinn für die Gesundheit und damit die Lebensqualität erzielt wird. Hierbei sind sowohl objektive als auch subjektive Kriterien zu berücksichtigen. Ferner soll eine gesunde Lebensweise gefördert werden durch Aufklärung, Bewegung und gesunde Ernährung sowie durch Schaffung der entsprechenden organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen in unserem Krankenhaus.

#### 2.3. Ausrichtung am Patienten

Die Behandlung soll sich nicht nur an den medizinischen Notwendigkeiten, sondern insbesondere an den subjektiven und objektiven Bedürfnissen der Patienten, ihrer Angehörigen und ihrem sozialen Umfeld orientieren. Dazu gehört eine ausführliche und sachgerechte Information ebenso wie ein partnerschaftliches Verhalten unsererseits sowie Hilfe zur Befähigung der Patienten und ihrer Angehörigen, ihr Handeln selbst zu bestimmen und das Ergebnis der Behandlung beurteilen zu können sowie Alternativen in die Behandlungsplanung einzubringen. Vertragliche Verabredungen (Behandlungsvereinbarungen, Patientenverfügungen) gehören ebenso hierzu wie kontinuierliche Aufklärung und Befähigung zur Selbsthilfe. Patienten sind Nutzer unserer Dienste und als solche berechtigt, das Angebot kritisch zu prüfen und erst nach einer eingehenden Aufklärung ihre Zustimmung zu erteilen. Dies gilt selbstverständlich *auch* für Patienten, die im Rahmen gesetzlicher Bestimmungen gegen ihren Willen in der Klinik untergebracht sind.

## **2.4. Einbeziehung der Angehörigen**

Angehörige und enge Vertraute (Lebensgefährten) sollen aktiv in den Behandlungsprozess einbezogen werden. Ein partnerschaftlicher Umgang mit ihnen ist ebenso selbstverständlich wie Aufklärung, Mitsprache bei wichtigen Behandlungsentscheidungen und Befähigung zur Selbsthilfe durch Vermittlung entsprechender Techniken u.a. zur Krisenprävention. Sie bedürfen wie die Patienten der verständnisvollen Zuwendung und Unterstützung und sind berechtigt, den Behandlungsprozess kritisch zu begleiten bzw. alternative Vorschläge einzubringen.

## **2.5. Ausrichtung am Bedarf**

Die Behandlung und die Struktur der Klinik sowie ihrer Dienste orientieren sich konsequent an dem objektiven Bedarf und den subjektiven Bedürfnissen der Patienten. Die Angebote der Klinik sind an der Nachfrage auszurichten. Hierzu dienen unter anderem Fragebögen für Patienten und andere Nutzer (niedergelassene Ärzte und andere Fachdienste), deren Ergebnisse bei der Ausrichtung des Angebotes an der Nachfrage berücksichtigt werden.

## **2.6. Ausrichtung an der Gesellschaft**

Die Angebote der Klinik sind über den Bedürfnissen der Patienten hinaus an den gesellschaftlichen Anforderungen

auszurichten. Hierzu sind die Nutzer (Vertreter der Gemeinden, Landkreise, Öffentlichkeit) regelmäßig zu befragen und deren Interessen zu berücksichtigen. Die Angebote der Klinik sollen gut erreichbar und *allen* seelisch Kranken der Versorgungsregion zugänglich sein. Wo dies in der Versorgungsregion nicht gewährleistet ist, ist die Schaffung entsprechender bedarfsorientierter Angebote (z.B. Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Tageskliniken, Außenstellen der Institutsambulanz, Liaisondienste) anzustreben. Ebenso sollen nichtprofessionelle Ressourcen in den Gemeinden (Kirchengemeinden, Kultur- und Sportvereine) erschlossen und zur Kooperation ermutigt werden. Hierzu dienlich sind öffentliche Veranstaltungen, die der Information und der Aufklärung dienen. Auch soll hierdurch die Stigmatisierung seelisch Kranker und deren Ausgrenzung so gering als möglich gehalten werden. Zur Realisierung dieser Ziele ist es hilfreich, sich mit anderen Einrichtungen auszutauschen, wie dies beispielsweise durch die Mitgliedschaft in dem Internationalen Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser der WHO und durch die Partnerschaft mit Kliniken in Auschwitz und Bielsko-Biala geschieht.

**Ziele:**

- **Erhöhung der Patientenzufriedenheit**
- **Hoher Anteil an psychoedukativen Gruppenangeboten**
- **Erhöhung der Einweiserzufriedenheit**

### **3. Qualität / Qualitätsverbesserung**

Die Klinik verbessert sich hinsichtlich ihrer organisatorischen Struktur und der Qualität ihrer Dienstleistungen ständig lernt hierfür aus ihrem Alltag. Dies ist nur erreichbar, wenn dieses Ziel im Bewußtsein der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verankert ist und in der täglichen Praxis eines Qualitätsmanagements gemäß der Normenfamilien nach DIN ISO 9001 gelebt wird. Ziel ist die Zertifizierung der Klinik. Dies wird erreicht durch eine entsprechende Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ferner die Einführung einer Struktur zur Realisierung des Qualitätsmanagements in Gestalt von Qualitätsbeauftragten, einer Steuerungsgruppe und prozeßorientierten Qualitätszirkeln. Qualitätsmanagement beschreibt die Gesamtheit der Arbeitsprozesse und dient der fortlaufenden Überprüfung und Optimierung der Arbeitsabläufe.

**Ziel:**

- **Hohe Anzahl an Verbesserungsvorschlägen der Mitarbeiter/innen**

## **4. Ausrichtung an den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern**

### **4.1. Mitarbeiterführung und innerbetriebliche Kommunikation**

Die Klinik hat in Übereinstimmung mit den Homburger Leitlinien des deutschen Netzes gesundheitsfördernder Krankenhäuser, den Leitlinien der Task Force HPPS und der Budapester Erklärung nicht nur den Gesundheitsgewinn der Patienten im Blick, sondern auch die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Der Arbeitsplatz soll so gestaltet sein, daß die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einer gesunden Umgebung arbeiten und gesund bleiben können. Hierzu dienen ausreichende und umfassende Informationen aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, eine durchgängige Transparenz der Entscheidungswege, Förderung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch Instrumente der Personalentwicklung und der Organisationsentwicklung, die Befähigung und Ermächtigung zu selbstbestimmtem Handeln, die Optimierung der Kommunikation und Kooperation und eine aktive Gesundheitsfürsorge.

### **4.2. Aus-, Fort- und Weiterbildung**

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie ihr Wissen sind unser wertvollstes Kapital. Im Bereich der ärztlichen und psychologischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist dies gewährleistet durch die volle Weiterbildungsermächtigung des ärztlichen Direktors zur Weiterbildung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie. Im Rahmen dieser Ermächtigung ist eine Arbeitsgruppe verantwortlich für die Umsetzung eines vierjährigen Lehrplans, der zweiwöchentliche Weiterbildungsveranstaltungen sowie eine monatliche Weiterbildungsveranstaltung im Weiterbildungsverbund aller südhessischen psychiatrischen Kliniken umfasst ebenso wie ein einmal im Monat stattfindendes Seminar zu aktuellen Fragen der Psychiatrie, zu dem externe Referenten eingeladen werden. Alle genannten Weiterbildungsveranstaltungen stehen allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller übrigen therapeutischen und pflegerischen Berufsgruppen offen. Sie

werden hierüber rechtzeitig und umfassend informiert.

Den pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller übrigen therapeutischen Berufsgruppen steht jedes Jahr ein aktuelles, professionell gestaltetes innerbetriebliches Fortbildungsprogramm zur Verfügung. Die pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen darüber hinaus im Rahmen der Personalentwicklung gezielt gefördert und gefordert werden. Die erzielten Kompetenzerweiterungen sollen einerseits eine ständige Verbesserung der Behandlungsqualität erzielen, andererseits soll dadurch die Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit steigen.

**Ziele:**

- **Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit**
- **Erhöhung der Mitarbeiterqualifikation**

## **5. Wirtschaftliche Betriebsführung**

Die Klinik überprüft fortlaufend die Angemessenheit, Nützlichkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen in allen Abteilungen. Hierbei ist wirtschaftliches Denken bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu fördern, ebenso eine weitgehende Transparenz der Kosten auf allen Ebenen. Die Klinik entwickelt Instrumente zur Überprüfung der Ablaufoptimierung und zur Standardisierung der angewandten Verfahren um eine Vergleichbarkeit der Dienstleistungen zu erreichen. Weiterhin wird eine qualitätsorientierte Zusammenarbeit mit Lieferanten und Kunden (z.B. Kommunen, Firmen, niedergelassenen Ärzten und anderen Fachdiensten) angestrebt.

## 6. Umwelt, Mitwelt

Die Klinik verpflichtet sich, ihren Beitrag zur Gesunderhaltung des Lebensraums zu leisten. Hierzu zählen unter anderem die Schonung der natürlichen Ressourcen, die Vermeidung von Verschmutzungen und Müll, dessen sachgerechte Entsorgung und eine naturgerechte Pflege der Parkanlagen.

Ziel:

- Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben „rauchfreies Krankenhaus“

## D-2 Qualitätsziele

siehe D 1 Qualitätspolitik.

Die Ziele sind bereits in der Qualitätspolitik benannt.

## D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement-System der Vitos Riedstadt gemeinnützige GmbH und seiner Betriebsstätten soll unter aktiver Beteiligung aller Mitarbeiter entwickelt und fortgeschrieben werden. Dieser Grundsatz ist handlungsleitend für das Qualitätsmanagement-System.

Die Zentrale Steuerungsgruppe (ZSG) koordiniert den Gesamtprozess der Entwicklung und Fortschreibung und stellt die

Vernetzung des Qualitätsmanagement-Systems zwischen allen Arbeitsbereichen und Betriebsstätten des ZSP sicher. Der ZSG gehören an: Der Geschäftsführer, der Qualitätsmanagement-Koordinator (QMK) und die Mitglieder der Betriebsstättenleitungen der Walter-Picard-Klinik (WPK), der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJP), der Heilpädagogischen Einrichtung (HPE), des Wohn- und Pflegeheims für Menschen mit seelischer Behinderung (WPH) und die Schulleiterin der Gesundheits- und Krankenpflegeschule (GKPS).

Ferner gehören der ZSG alle Stabsstellen QM der einzelnen Betriebsstätten an. Die Geschäftsführung der ZSG wird ab dem 01.01.2009 vom QMK übernommen.

Die ZSG-Geschäftsführung koordiniert die Arbeit der ZSG und ist Ansprechpartner für die von der ZSG beauftragten Projektgruppen. Sie identifiziert übergreifende, für das gesamte ZSP gültige Prozesse, Standards und Regelungen und beauftragt Projektgruppen mit deren Entwicklung und Verbesserung. Die Arbeitsergebnisse der Projektgruppen werden in der ZSG vorgestellt und abschließend von dieser im Hinblick auf ihre Eignung zur Sicherung und Verbesserung angestrebter Qualitätsziele beurteilt und verabschiedet. Die durch die ZSG verabschiedeten Prozesse, Standards und Regelungen werden, unter Berücksichtigung der geltenden Regelungen und gesetzlichen Forderungen, den jeweils zu beteiligenden Gremien (QMK, Personal- und Rechtsabteilung (PRA) und Betriebsrat BR)) zur Unterrichtung bzw. Mitbestimmung vorgelegt. Nach Abschluss dieses Verfahrens werden sie durch den Geschäftsführer freigegeben.

Prozesse, Standards und Regelungen werden durch Mitarbeiter aller Ebenen in Projektgruppen und im Rahmen bestehender Besprechungsstrukturen erarbeitet. Hierdurch wird eine breite Mitarbeiterbeteiligung sicher gestellt. Mit der Leitung von Projektgruppen werden vorzugsweise ausgebildete Qualitätsmanagementbeauftragte und Qualitätsmoderatoren beauftragt. Projektgruppen bestehen aus maximal 6 beauftragten Mitgliedern. Der BR wird über die Bildung neuer Projektgruppen im ZSP und seiner Betriebsstätten vor deren Konstituierung unterrichtet. Er kann alsdann entscheiden, ob er ein Betriebsratsmitglied als Vertreter in die Projektgruppe schickt, insbesondere dann, wenn die in der Projektgruppe zu erarbeitenden Prozesse möglicherweise spätere Beteiligungspflichten des BR berühren. Erforderliche Beteiligungsverfahren nach dem Betriebsverfassungsgesetz werden hierdurch nicht ersetzt.

Betriebsstättensteuerungsgruppen (BSSG) koordinieren den Prozess der Entwicklung und Fortschreibung sowie die Vernetzung der betriebsstättenspezifischen Teile des Qualitätsmanagement-Systems. Sie identifizieren betriebsstättenspezifische Prozesse, Standards und Regelungen und beauftragen Projektgruppen mit deren Entwicklung und Verbesserung. Die Arbeitsergebnisse der Projektgruppen werden in den BSSG vorgestellt und abschließend von diesen im

Hinblick auf ihre Eignung zur Sicherung und Verbesserung angestrebter Qualitätsziele beurteilt und verabschiedet. Die durch die BSSG verabschiedeten Prozesse, Standards und Regelungen werden, unter Berücksichtigung der geltenden Regelungen und gesetzlichen Forderungen, den jeweils zu beteiligenden Gremien (QMK, PRA und BR) zur Unterrichtung bzw. Mitbestimmung vorgelegt. Nach Abschluss der Beteiligungsverfahren werden sie durch die gemäß Geschäftsordnung verantwortlichen Mitglieder der Betriebsstättenleitungen freigegeben. Die Mitglieder der BSSG werden durch die Betriebsstättenleitungen berufen. Die Moderation der BSSG wird durch die Qualitätsmanagementbeauftragten übernommen.

Analog der Betriebsstättensteuerungsgruppen wird für den Verwaltungs- und Versorgungsbereich (VWV) des ZSP (Finanz- und Rechnungswesen, Personal- und Rechtsabteilung, Allgemeine Verwaltung und Wirtschaftsabteilung und Technischer Dienst) eine Steuerungsgruppe durch den Geschäftsführer konstituiert. Diese Steuerungsgruppe identifiziert die für diesen Bereich spezifischen Prozesse, Standards und Regelungen. Sie organisiert ihre Arbeit analog der BSSG. Die durch die BSSG verabschiedeten Prozesse, Standards und Regelungen werden, unter Berücksichtigung der geltenden Regelungen und gesetzlichen Forderungen, den jeweils zu beteiligenden Gremien (QMK, PRA und BR) zur Unterrichtung bzw. Mitbestimmung vorgelegt. Die Freigabe der Prozesse, Standards und Regelungen obliegt dem Geschäftsführer.

In allen Betriebsstätten, der GKPS sowie VWV wird eine Stabsstelle zum Qualitätsmanagement direkt an der Betriebsstättenleitung bzw. Geschäftsführung eingerichtet. Diese kann auch in Personalunion mit einer anderen Tätigkeit innerhalb der Betriebsstätte ausgeübt werden. Für den Bereich VWV wird ein gemeinsamer Qualitätsmanagementbeauftragter benannt.

Der Qualitätsmanagement-Koordinator moderiert die ZSG, übernimmt die Koordination mit den diversen Zertifizierungsstellen und ist Ansprechpartner für übergreifende Prozesse. Ferner obliegt ihm die Auditplanung des allgemeinen, übergreifenden Handbuchs und das Führen der Originale der Qualitätsmanagementhandbücher aller Betriebsstätten, der GKPS und VWV.

Qualitätsmanagementbeauftragte koordinieren und moderieren die Arbeit der Steuerungsgruppen und übernehmen darüber hinaus insbesondere folgende Aufgaben: Schulung und Information der Mitarbeiter, Koordination und Beratung von

Projektgruppen, Information der Mitarbeiter und Führungskräfte zum Stand des Qualitätsmanagement-Systems, Überprüfung der Funktionsfähigkeit und Koordination des Qualitätsmanagement-Systems, Einführung, Koordination, Begleitung und Überprüfung qualitätsverbessernder Maßnahmen, Einleitung und Koordination von Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen bei Qualitätsmängeln, Erstellung und Aktualisierung des Qualitätsmanagement-Handbuchs, Vorbereitung und Auswertung von Audits, Vorbereitung der Managementbewertung. Die Qualitätsmanagementbeauftragten koordinieren und vernetzen ihre Tätigkeit in der Arbeitsgemeinschaft der Qualitätsbeauftragten (AG QB). Die Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft wird vom QMK übernommen.

Die Mitglieder der ZSG informieren die in ihrem Verantwortungsbereich tätigen Qualitätsmanagementbeauftragten zeitnah über Beschlüsse der ZSG. An den Sitzungen der Steuerungsgruppen können auf Einladung der Steuerungsgruppen auch Gäste teilnehmen.

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

**Interne Auditinstrumente zur Überprüfung der Umsetzungsqualität nationaler Expertenstandards (z. B. Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz):**

Die Pflege setzt verstärkt Expertenstandards ein.

**Beschwerdemanagement:**

Ist über den QMB auf den einzelnen Stationen implementiert worden und wird regelmäßig ausgewertet.

**Patienten-Befragungen:**

wird derzeit noch alle 3 Jahre durchgeführt. Eine permanente Befragung ist in Vorbereitung.

## **Mitarbeiter-Befragungen:**

Soll gemeinsam mit dem Träger im Jahr 2009 stattfinden.

## **D-5 Qualitätsmanagementprojekte**

Pflegevisite (begonnen), Ergotherapie, Formulare

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

### Zusammenfassende Bewertung:

#### **Patienten und weitere interessierte Parteien**

Im Jahr 2008 hat die 3 jährliche Patientenbefragung durch die Firma Metrik stattgefunden (Ergebnisse siehe Anhang). Aus den Ergebnissen der Patientenbefragung wurden bereits erste Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit abgeleitet. Die Befragung der Patienten soll zukünftig zusätzlich kontinuierlich erfolgen. Die Vorstellung der Ergebnisse erfolgt am 30.04.2009 durch die Forschungsgruppe Metrik.

Die Einweiserzufriedenheit soll im Jahr 2010, veranlasst durch die LWV Gesundheitsmanagement GmbH erhoben werden. Der Maßstab Anteil einweisender Fachärzte bezogen auf die Gesamtzahl aller Fachärzte im Versorgungsgebiet mit wurde im Jahr 2008 erhoben (82%).

2008 wurde der Prozess Beschwerdemanagement eingeführt. Über diesen Prozess soll die Rückmeldung von Patienten, Angehörigen, gesetzlichen Betreuern, Kooperationspartnern verbessert werden. Hierzu gab es für die Mitarbeiter Informationsveranstaltungen, die 2009 erneut Angeboten werden sollen.

## **Mitarbeiter**

Für das Jahr 2009 ist die Durchführung von Mitarbeitergesprächen geplant. Hier für wurde bereits eine Verfahrensanweisung Mitarbeitergespräch erstellt und freigegeben. Für die Umsetzung vor Ort werden alle Mitarbeiter mit einer Leitungsfunktion geschult. Dies erfolgt im ersten Quartal 2009 durch einen externen Anbieter.

Auf der Ebene der LWV Gesundheitsmanagement GmbH wird eine Weiterbildung zur Führungskräfteentwicklung konzipiert. Die Durchführung soll durch einen externer Anbieter beauftragt erfolgen.

Im Jahr 2009 ist eine Mitarbeiterbefragung durch die Firma Metrik geplant. Diese soll, parallel zur Patientenbefragung, alle 3 Jahre durchgeführt werden.

Das Thema Gesundheitsförderung von Mitarbeitern wird in der neu zu gründenden Arbeitsgruppe „Prävention“ bearbeitet. Grundlage hierfür ist die Auswertung Arbeit und Gesundheit.

## **Schulung**

Verschiedene Schulungen, sowie die gesetzlich geforderten Pflichtschulungen sind im Jahr 2008 erfolgt und den Schulungsplänen / Teilnehmerlisten zu entnehmen. Die Schulungsrückmeldung wurde von den Mitarbeitern, welche an Schulungen teilgenommen haben, der Betriebsstättenleitung zurückgeschickt und zur Auswertung an den Qualitätsmanagementbeauftragten weitergeleitet. Für das Jahr 2009 ist die Zusammenlegung der IBF Walter-Picard-Klinik und der Gesundheitsakademie Heppenheim geplant. Innerhalb der Betriebsstätte Walter-Picard-Klinik soll eine Stabsstelle IBF geschaffen werden. Hierdurch ergibt sich Veränderungs- und Anpassungsbedarf auf der Ebene der Struktur- und Prozessqualität.

Die Facharztweiterbildung hat 2008 wie geplant stattgefunden.

## **Audit**

Im Jahr 2008 wurden alle Kernprozesse und weitere Verfahrensanweisungen/Standards, mit einem sehr hohem Arbeits- und Zeitaufwand, auditiert. Auf der Grundlage der Erkenntnisse aller Betriebstätten aus dem Jahr 2008 und der zu erwartenden Anzahl an Audits (Krankenpflegeschule und Wohn- und Pflegeheim), hat die ZSG festgelegt, dass für das Jahr 2009 außer Prozessaudits, auch Teilsystem-, und Systemaudits durchgeführt werden können. Hierzu wurde bereits die Auditdokumentation verändert (Auditplan, Auditcheckliste und Auditbericht). Der Auditprozess im übergeordneten Handbuch wird dem entsprechend angepasst.

### **Zusammenfassende Darstellung der externen Einflüsse, die sich auf das QM- System auswirken**

Im Jahr 2009 haben eine ganze Reihe von Einflüssen Auswirkungen auf unser QM-System. Auswirkungen sind in ihrer ganzen Tragweite derzeit noch nicht abzuleiten.

- LWV Gesundheitsmanagement GmbH
- Kostenträgerverhandlung
- Arbeitskreis Qualitätsmanagement / Vorgaben bezüglich QM
- KIS Krankenhausinformationssystem
- Die Grundsätze der zur Organisations- und Leitungsstruktur

### **Bemerkung zu dem Maßstab Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit**

Der Maßstab konnte noch nicht festgelegt werden, da die Erhebung und Auswertung durch die Forschungsgruppe Metrik noch nicht bekannt ist.

### **Veränderung auf der Grundlage der DIN ISO 9001:2008**

Auf der Grundlage der DIN ISO 9001:2008 wurde durch die Zentrale Steuerungsgruppe beschlossen, dass es nicht mehr notwendig ist, alle Prozesse mit Maßstäben zu versehen und dadurch zu messen. Die Überprüfung der Maßstäbe soll im Jahr 2009 durch die Betriebstättenleitung erfolgen.

