

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

Klinik für Kinder- und Jugendpsych. Riedstadt

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ  
auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 26.08.2009 um 08:22 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]	Kinder- und Jugendpsychiatrie
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



## 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)

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:**

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Philippusanlage 101

64560 Riedstadt

### **Postanschrift:**

Postfach 1362

64550 Riedstadt

### **Telefon:**

06158 / 183 - 0

### **Fax:**

06158 / 183 - 332

### **E-Mail:**

info@vitos-riedstadt.de

### **Internet:**

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

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

260610781

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

00

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

### **Name:**

Landeswohlfahrtsverband Hessen

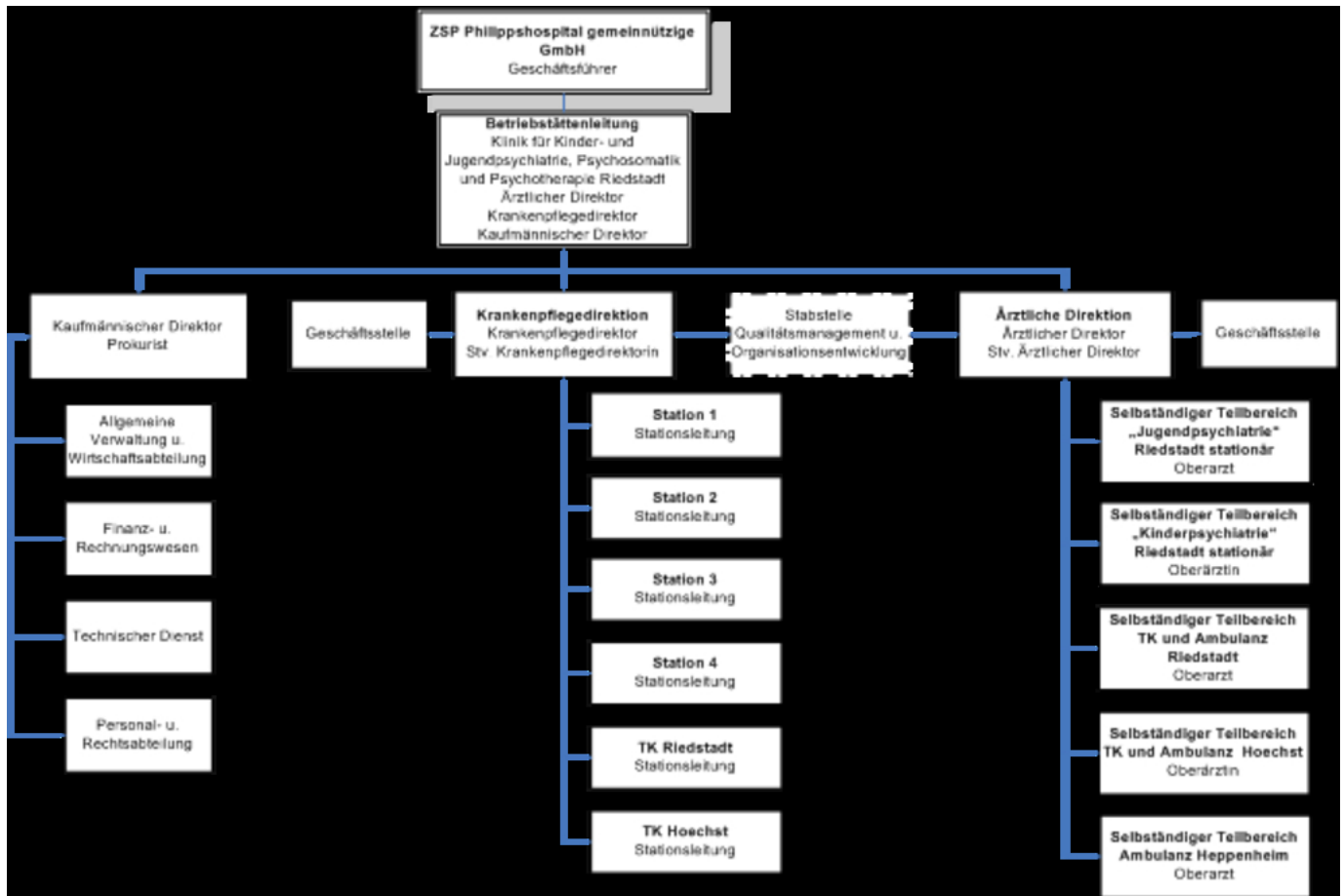
### **Art:**

öffentlich

## **A-5** Akademisches Lehrkrankenhaus

trifft nicht zu / entfällt

## A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



Organigramm: Das Organigramm stellt die Struktur der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA01	Aufenthaltsräume	
SA12	Balkon/Terrasse	
SA55	Beschwerdemanagement	
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA44	Diät-/Ernährungsangebot	
SA04	Fernsehraum	
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	
SA28	Kiosk/Einkaufsmöglichkeiten	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	
SA31	Kulturelle Angebote	
SA33	Parkanlage	
SA56	Patientenfürsprache	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA53	Schuldienst	
SA42	Seelsorge	
SA57	Sozialdienst	
SA37	Spielplatz/Spielecke	



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

trifft nicht zu / entfällt

### **A-11.1** Forschungsschwerpunkte

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

67 Betten

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

### **Vollstationäre Fallzahl:**

453

### **Ambulante Fallzahlen**

#### **Fallzählweise:**

2130

#### **Quartalszählweise:**

453

## **A-14** Personal des Krankenhauses

### **A-14.1** Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	20 Vollkräfte	
<b>davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	10 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>	71 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	

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

## B-[1] Fachabteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie

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

Kinder- und Jugendpsychiatrie

#### Art der Abteilung:

Hauptabteilung

#### Fachabteilungsschlüssel:

3791

### B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte [Kinder- und Jugendpsychiatrie]

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie:	Kommentar / Erläuterung:
VX00	F 2 Diagnostik und Therapie	
VX00	F 4 Diagnostik und Therapie	
VX00	F 5 Diagnostik und Therapie	
VX00	F 6 Diagnostik und Therapie	
VX00	F 9 Diagnostik und Therapie	

### B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Kinder- und Jugendpsychiatrie]

trifft nicht zu / entfällt

### B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Kinder- und Jugendpsychiatrie]

trifft nicht zu / entfällt

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

#### Vollstationäre Fallzahl:

453

## Teilstationäre Fallzahl:

104

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	F92	79	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und des Gefühlslebens
2	F93	61	Störung des Gefühlslebens bei Kindern
3	F43	54	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben
4	F91	48	Störung des Sozialverhaltens durch aggressives bzw. aufsässiges Benehmen
5	F32	36	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
6	F90	29	Störung bei Kindern, die mit einem Mangel an Ausdauer und einer überschießenden Aktivität einhergeht
7	F60	23	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung
7	F94	23	Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit oder Jugend
9	F20	13	Schizophrenie
10	F41	11	Sonstige Angststörung

\* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

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

Rang	ICD-10 Ziffer (3-5-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	F40	9	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen
1	F50	9	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)

## **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:
AM00	Institutsambulanz	Standorte in Riedstadt, Heppenheim und Höchst (Odw.)		

## **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

trifft nicht zu / entfällt

## **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>	20 Vollkräfte	
<b>davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	10 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>	71 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:
SP31	Bewegungstherapeut und Bewegungstherapeutin (z. B. nach DAKBT)/Tanztherapeut und Tanztherapeutin	

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin	
SP14	Logopäde und Logopädin/Sprachheilpädagoge und Sprachheilpädagogin/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	
SP23	Psychologe und Psychologin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	

# 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 und Achtung der Menschenwürde

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, um diese im Rahmen des Behandlungsprozesses stärken zu können. Gemäß dieser Sichtweise sind seelisch kranke Kinder- und Jugendliche nicht nur krank, sondern verfügen auch über natürliche Ressourcen (Selbsteilungskräfte, schulische und andere soziale Fertigkeiten, Unterstützung durch Familie und Freunde), die wahrzunehmen und bei der Behandlung zu berücksichtigen sind. Eine ganzheitliche Sichtweise schützt diese jungen Menschen vor Stigmatisierung und Ausgrenzung und achtet ihre Menschenwürde. Sie versetzt sie zudem 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 verhindern, sondern vor allem auch darauf, für die Patienten und ihre Familien 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 entsprechender organisatorischer und struktureller Rahmenbedingungen sowohl innerhalb, als auch außerhalb unserer Klinik.

#### 2.3. Ausrichtung am Patienten

Die Behandlung soll sich nicht nur an den medizinischen Notwendigkeiten, sondern insbesondere an den subjektiven und objektiven Bedürfnissen unserer Patienten, ihrer Familie und ihrem sozialen Umfeld orientieren. Dazu gehört eine ausführliche und sachgerechte Information, unser wertschätzendes Verhalten, sowie Hilfe zur Befähigung der Patienten, ihr Handeln entsprechend ihrem Entwicklungsstand selbst zu bestimmen. Die Patienten und ihre Angehörigen sollen in die Lage versetzt werden, das Ergebnis der Behandlung beurteilen zu können sowie Alternativen in die Behandlungsplanung einzubringen.

## **2.4. Einbeziehung der Angehörigen**

Eltern bzw. Angehörige 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 und ihrer Familien. 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 gehört die partnerschaftliche Einbeziehung anderer Institutionen u.a. aus den Bereichen der Jugendhilfe, Schule und dem Gesundheitswesen, deren Interessen zu berücksichtigen sind. Die Angebote der Klinik sollen gut erreichbar und *allen* seelisch kranken Kindern und Jugendlichen in der Versorgungsregion zugänglich sein. Wo dies in der Versorgungsregion nicht gewährleistet ist, ist die Schaffung entsprechender bedarfsorientierter Angebote (z.B.

Tageskliniken, Außenstellen der Institutsambulanz, Liaisondienste) anzustreben. Ebenso sollen nichtprofessionelle Ressourcen in den Gemeinden (Kirchengemeinden, Kultur- und Sportvereine, Jugendorganisationen) 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 möglichst vermieden werden. Zur Realisierung dieser Ziele ist es hilfreich, sich mit anderen Einrichtungen auszutauschen.

**Ziele:**

- **Erhöhung der Patientenzufriedenheit**
- **Enge Kooperationsstrukturen mit Jugendhilfe, Schule und Gesundheitseinrichtungen**
- **Erhöhung der Einweiserzufriedenheit**

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

Die Klinik verbessert sich hinsichtlich ihrer organisatorischen Struktur und der Qualität ihrer Dienstleistungen ständig und nutzt hierfür ihre Erfahrung aus dem Klinikalltag. 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 9001:2000 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**

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 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie die enge Kooperation mit dem Seminar für Psychotherapeutische Weiterbildung Rhein Main e.V.

Den pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller 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 auf den Stationen, in den Tageskliniken sowie den Ambulanzen. 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.

### Ziel:

- Möglichst hoher Anteil des Budgets wird patientennah eingesetzt.

## 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

Die Qualitätsziele sind bereits in D 1 Qualitätspolitik enthalten.

### **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 betriebsstätten-spezifischen Teile des Qualitätsmanagement-Systems. Sie identifizieren betriebsstätten-spezifische 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 VVV 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 VVV.

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**

### **Beschwerdemanagement:**

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

### **Patienten-Befragungen:**

Eine Befragung aller Patienten hat gemeinsam mit der Uni Ulm im Jahr 2008 stattgefunden und befindet sich nun in der Auswertung.

### **Mitarbeiter-Befragungen:**

Soll gemeinsam mit dem Träger im Jahr 2009 stattfinden.

## **D-5 Qualitätsmanagementprojekte**

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

### Zusammenfassende Bewertung:

Im Jahr 2008 wurde eine Patientenbefragung (Kinder bzw. Jugendliche und die zugehörigen Sorgeberechtigte) durchgeführt. Im 1. Quartal des Jahres 2009 werden die Daten ausgewertet und anschließend Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung abgeleitet.

Das QM-Handbuch wurde 2008 weiterentwickelt. 13 Prozesse bzw. Verfahrensanweisungen, Standards und 33 neue Formulare wurden, wenn möglich, standardisiert und in gelenkte Form gebracht sowie 21 weitere überarbeitet, teilweise

aufgrund von Verbesserungsvorschlägen.

Die Mitarbeiter wurden im QM an allen drei Standorten (Riedstadt, Höchst und Heppenheim) geschult.

Ende 2008 wurde ein Systemaudit durchgeführt und die abgeleiteten Korrekturmaßnahmen im Qualitätsplan 2009

aufgeführt. Arbeitssicherheits- und Hygienebegehungen wurden durchgeführt, Risikomanagement wurde in 2008 für 2009 geplant.

Die fachliche und wirtschaftliche Weiterentwicklung der Klinik wurde u. a. durch die Vorbereitungen zum Aufbau einer Tagesklinik und Ambulanz in Dietzenbach sowie durch den Aufbau weiterer Kooperationsstrukturen vorangetrieben.