



Kliniken des Wetteraukreises
Friedberg-Schotten-Gedern gGmbH
Bürgerhospital Friedberg



Bürgerhospital Friedberg
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Qualitätsbericht gemäß § 137 SGB V



Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V
für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser



Krankenhaus: Kliniken des Wetteraukreises
Anschrift: Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Johann-Peter-Schäfer-Str. 3
61169 Friedberg
Berichtsjahr: 2004

Inhaltsverzeichnis

Basisteil

A	Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	4
B-1	Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	8
B-2	Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	9
C	Qualitätssicherung	9

Systemteil

D	Qualitätspolitik	10
E	Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	11
F	Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	14
G	Weitergehende Informationen	16

Anmerkung: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurden die für die Psychiatrie nicht zutreffenden Themen und Tabellen aus der Vorlage entfernt. Die vorgegebene Nummerierung wurde beibehalten und weist daher Lücken auf. Es wurden alle für die Psychiatrie zutreffenden Punkte bearbeitet.

BASISTEIL

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses (Anschrift, E-Mail, Internetadresse)

Johann-Peter-Schäfer Str. 3
61169 Friedberg
info@wetterau-kliniken.de
www.wetterau-kliniken.de

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

260640787

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Kliniken des Wetteraukreises Friedberg-Schotten-Gedern gGmbH

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

ja nein

A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

100 (davon 20 tagesklinische Plätze)

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten:	1226
Ambulante Patienten:	2480

A-1.7 A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)*	Poliklinik/ Ambulanz ja (j) / nein(n)
2900	Allgemeine Psychiatrie	40	466		Ja
2950	Allg. Psych./SP Suchtbehandlung	20	519		Ja
2951	Allg. Psych./SP Gerontopsychiatrie	20	241		Ja
2960	Allg. Psych./Tagesklinik (f. teilstationäre Pflege)	20	-/-		Ja

* Nicht bettenführende Abteilung mit fachlich nicht weisungsgebundener Leitung nb eintragen

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie ist in 4 spezialisierte Stationen mit je 20 Betten und eine Tagesklinik gegliedert. Die 4 Spezialstationen sind: eine Suchtstation, eine gerontopsychiatrische Station, eine Depressionsstation und eine sog. „Soteria-Station“ zur Behandlung schizophrener Patienten. Die beiden letztgenannten Stationen finden sich in der obigen Tabelle unter der Rubrik „Allgemeine Psychiatrie“ mit 40 Betten (2x20).

A-1.8 Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen?

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie nimmt den Vollversorgungsauftrag für (fast) den gesamten Wetteraukreis wahr. Dafür stehen aktuell 80 vollstationäre und 20 tagesklinische Betten/Plätze sowie eine Institutsambulanz zur Verfügung. Eine Erweiterung um 20 tagesklinische Plätze mit Ambulanz ist im Osten des Landkreises geplant.

Um dem Versorgungsauftrag mit den vorhandenen Kapazitäten zu entsprechen sind die vier Stationen nach Krankheitsgruppen gegliedert: eine Suchtstation, eine Depressionsstation, eine gerontopsychiatrische Station und eine sog. "Soteria-Station" für die Behandlung von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Die Tagesklinik ist allgemeinspsychiatrisch konzipiert.

Die Klinik arbeitet nach dem Konzept der "Offenen Psychiatrie", d.h. alle Stationen werden offen geführt. Die Begegnung mit unseren Patienten gestalten wir nach dem Grundsatz "Verhandeln statt Behandeln". In einem Klinikhandbuch sowie den jeweiligen Stationshandbüchern sind die Grundsätze unserer Arbeit und die multiprofessionellen Behandlungsangebote differenziert dargestellt. Die Stationen bieten in ihrem Therapieprogramm auch stationsübergreifende Module an, an denen auch Patienten der anderen Stationen teilnehmen können.

Die differenzierten Therapieangebote für die Patienten werden ergänzt durch ambulante Angebote, z.B. für Angehörige. Selbsthilfegruppen sind im Haus präsent. Diese werden in die Behandlung einbezogen und die Neubildung von Selbsthilfegruppen wird unterstützt.

Die Klinik kooperiert eng mit den Partnern im gemeindepsychiatrischen Verbund und steht in regelmäßigem Austausch mit allen Partnern, die direkt oder indirekt an der Versorgung der psychiatrischen Patienten des Wetteraukreises mitwirken.

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung
 ja nein

A-1.9 Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen

Ergänzung und Gegenstück der (teil-)stationären Behandlung ist die ambulante Arbeit der Klinik. Beides ist eng miteinander verzahnt. Um weitgehende Behandlungskontinuität sicherzustellen und den Abbruch therapeutischer Beziehungen möglichst zu vermeiden, übernehmen die Stationsteams auch die ambulante Behandlung "ihrer" Patienten, z.B. in der ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt. D.h. es gibt eine Suchtambulanz, eine Depressionsambulanz, eine gerontopsychiatrische Ambulanz und eine Ambulanz für psychosekranke Patienten über die sog. Soteria-Station. Daneben gibt es ein multiprofessionelles Ambulanzteam, das vorrangig für ambulante Erstkontakte und Kriseninterventionen zur Verfügung steht.

Die Ambulanzen bieten inzwischen ein differenziertes therapeutisches Angebot, das unserem halb-jährlich aktualisierten Flyer "Ambulante Angebote" entnommen werden kann.

Seit Juni 2005 gibt es eine Ambulanz-Außenstelle im Stadtzentrum von Friedberg als Substitutions- und Suchtambulanz für den ambulanten Alkoholentzug. Mit Aufbau der geplanten neuen Tagesklinik im Ost-Kreis soll dort ebenfalls eine weitere Ambulanz-Außenstelle eingerichtet werden.

A-2.0 Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?

Eine Zulassung zum D-Arztverfahren gibt es nicht.

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

	Vorhanden	Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	Apparate- gemeinschaft
Computertomographie	Nein	*	*
Magnetresonanztomographie	Nein	*	
Herzkatheterlabor	Nein	*	
Szintigraphie	Nein	*	
Positronenemissionstomographie	Nein	*	
Elektronenzephalogramm	Ja	*	
Angiographie	Nein	*	
Schlaflabor	Nein	*	

* Die Klinik für Psychiatrie kooperiert mit allen umliegenden (Spezial-)Kliniken, insbesondere natürlich mit dem Bürgerhospital Friedberg. Sollte eine der genannten Untersuchungen notwendig werden, wäre eine 24h-Verfügbarkeit sichergestellt.

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

	Vorhanden	Apparategemeinschaft
Physiotherapie	Nein	Physiotherapie wird durch eine externe Honorarleistung sichergestellt.
Dialyse	Nein	Die Möglichkeit existiert im Bürgerhospital
Logopädie	Nein	Die Möglichkeit existiert im Bürgerhospital
Ergotherapie	Ja	
Schmerztherapie	Nein	Konsiliarisch, ab 9/05 geplant 1x/Monat Schmerzkonferenz mit niedergelassenem Schmerztherapeuten
Eigenblutspende	Nein	
Gruppenpsychotherapie	Ja	
Einzelpsychotherapie	Ja	
Psychoedukation	Ja	
Thrombolyse	Nein	
Bestrahlung	Nein	

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Allgemeine Psychiatrie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Je eine offene Station für die Behandlung von Depressionen, Psychosen, Sucht und Alterserkrankungen sowie Tagesklinik und Ambulanz

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Der Vollversorgungsauftrag für den Wetteraukreis wird mit dem Konzept der "Offenen Psychiatrie" realisiert. Die Klinik bietet ein breites Spektrum ambulanter Behandlungsangebote.

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Es besteht eine enge Kooperation mit den anderen Partnern der psychiatrischen Versorgung, insbesondere mit dem gemeindepsychiatrischen Verbund.

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	Text (in umgangssprachlicher Klargchrift, deutsch)
1	F10	370	Störungen durch Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit
2	F20	151	Schizophrenie
3	F19	106	akute Vergiftung durch Gebrauch verschiedener Drogen/Substanzen
4	F32	105	depressive Episoden
5	F33	94	wiederkehrende depressive Störungen
6	F60	70	Persönlichkeitsstörungen
7	F43	51	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
8	F05	31	Delir, das nicht durch Alkohol oder Drogen entstanden ist
9	G30	31	Alzheimer-Kranheit
10	F01	23	Gefäßbedingte Altersverwirrtheit

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl für das Berichtsjahr)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)	-/-
Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)	2480
Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)	-/-

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl der Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
2900	Allgemeine Psychiatrie	17	8	9
	Gesamt	17	8	9

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

1

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil der examinierten Krankenschwestern/-pfleger (3 Jahre)	Prozentualer Anteil der Krankenschwestern/pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/ in (1 Jahr)
2900	Allgemeine Psychiatrie	64	100	14	0
	Gesamt	64,00	100,00	14,00	

In den o.g. 100% examinierte Krankenschwestern/-pfleger sind 16 % (= 10 Mitarbeiter/innen, davon eine mit der Zusatzqualifikation „Fachpflegerin für Psychiatrie“) examinierte Altenpfleger/innen enthalten, die wir aufgrund dieser Qualifikation für unsere Gerontopsychiatrie eingestellt haben.

C Qualitätssicherung

Die gesetzlichen Vorgaben für die Somatik entfallen für die Psychiatrie.

SYSTEMTEIL

D Qualitätspolitik

Folgende Grundsätze sowie strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik werden im Krankenhaus umgesetzt:

In der Arbeit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Friedberg nimmt das Qualitätsmanagement einen festen Platz ein. Im Klinikhandbuch heißt es dazu:

- "In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie wird Qualitätsmanagement verstanden als Instrument der Organisationsentwicklung. QM trägt dazu bei, die Grundsätze der Struktur und Transparenz der Arbeit der Klinik konkret werden zu lassen und die Arbeit auf dieser Grundlage weiter zu entwickeln. Die Klinik ist dabei nicht einem einzelnen QM-Ansatz verpflichtet, sondern nutzt die vorhandenen und bewährten QM-Modelle (Europäisches Qualitätsmodell EFQM, Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus KTQ, DIN ISO) zur Erreichung eigener Zielsetzungen. Ziel ist die Entwicklung einer lernenden Organisation, die ihre Handlungsfähigkeit bei veränderten Anforderungen von innen und außen flexibel und strukturiert unter Beweis stellt."

Die Stationen und Bereiche haben diesen allgemeinen Grundsatz jeweils für sich konkretisiert und dies ebenfalls in ihren Stationshandbüchern formuliert.

Die Bedeutung von Qualitätsstandards wird im Klinikhandbuch ebenfalls hervorgehoben und genauer bestimmt. Es heißt dazu:

- "Die Qualitätsstandards an denen die Arbeit der Klinik zu messen ist ergeben sich aus dem Klinikleitbild welches durch die Grundsätze präzisiert wird. Außerdem liefern die verwendeten QM-Modelle die konkreten Kriterien für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. In der Klinik werden Selbstbewertungsberichte nach EFQM und KTQ erstellt, die zukünftig in regelmäßigen Abständen zu aktualisieren sind. Auf diesem Wege werden die Stärken und Schwächen der Klinik deutlich, es werden Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet, deren Erfolg dann wieder überprüft wird. Im klinischen Alltag sind die Teams kontinuierlich damit befasst ihre Arbeit zu reflektieren, Verbesserungsmöglichkeiten zu prüfen und umzusetzen. In gleicher Weise werden die übergreifenden Besprechungen und Konferenzen genutzt, um das Erreichen von Qualitätsstandards zu unterstützen."

Aus dem im Jahre 2004 erstellten Selbstbewertungsbericht nach EFQM und dem vorliegenden KTQ-Bericht werden die Perspektiven für 2005 und Folgejahre entwickelt und die weitere Umsetzung abgestimmt. Die Zielvorstellungen für die Gesamtklinik und die Zielvorstellungen der einzelnen Bereiche werden abgestimmt und - soweit nötig - aufeinander bezogen. Die entwickelten Zielvorstellungen werden in eine Rangfolge gebracht und die zur Umsetzung notwendigen Mittel auf Verfügbarkeit überprüft. Die Koordination des gesamten QM-Prozesses erfolgt über eine Qualitätssteuerungsgruppe, die berufsgruppen-, bereichs- und hierarchieübergreifend besetzt ist und an der auch die Klinikleitung teilnimmt.

Durch die enge Verzahnung der Hierarchieebenen, die hausinternen Kommunikationsstrukturen sowie die Einrichtung der Steuerungsgruppe und die regelmäßigen Abstimmungen innerhalb der Klinikleitung sowie mit dem Qualitätsmanager und dem Geschäftsführer ist eine gemeinsame Qualitätspolitik möglich. Die Klinikleitung informiert über die Qualitätsziele und diskutiert diese mit der Mitarbeiterschaft.

Inhaltlich betrachtet sehen wir die Ziele unserer Arbeit und die Ergebnisse, die wir erreichen wollen in drei Bereichen (entsprechend dem Modell der EFQM s.o.):

- Ergebnisse, die wir für unsere "Kunden" - in erster Linie also für unsere Patienten - erreichen wollen. Beispiele dafür sind: Patientenzufriedenheit mit dem Behandlungsverlauf und dem Behandlungsergebnis, gute Kooperationsbeziehungen mit unseren Partnern in der psychiatrischen Versorgung, Einbeziehung der Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen in die Behandlung (soweit möglich, sinnvoll und vom Patienten gewünscht).
- Ergebnisse, die wir für unsere Mitarbeiter erreichen wollen, denn diese sind für unsere therapeutische Arbeit das wichtigste Mittel. Mitarbeiterzufriedenheit kann dabei aus ganz verschiedenen Quellen entstehen, z.B. aus der Arbeit im multiprofessionellen Team oder aus der Möglichkeit an der Weiterentwicklung der Arbeit der Klinik aktiv mitzuwirken.
- Ergebnisse, die wir im Rahmen unserer gesellschaftlichen Aufgabe und Verantwortung erreichen wollen. In diesen Bereich gehört die Information der Öffentlichkeit über psychische Erkrankungen und die psychiatrische Arbeit oder die Zusammenarbeit mit Schulen.

Zu einer Reihe von Fragestellungen liegen bereits objektive Messergebnisse vor, die den Erfolg unserer an Qualitätszielen orientierten Arbeit bestätigen. So liegen beispielsweise die Beurteilungen aus den laufenden Patientenbefragungen durchgängig im Bereich zwischen "sehr gut" und "gut". Insbesondere die hohe Bereitschaft, die Klinik im Falle einer erneuten Behandlungsnotwendigkeit wieder aufzusuchen bestätigt uns in unserer Arbeit.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus stellt sich wie folgt dar:

Es wurde eine Stabstelle für Qualitätsmanagement beim Geschäftsführer eingerichtet, die für alle Kliniken des Wetteraukreises zuständig ist, anteilig also auch für die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Grundlage der Arbeit ist eine mit dem Geschäftsführer abgestimmte Tätigkeitsbeschreibung des Qualitätsmanagers. Diese enthält auch die Weisungsbefugnis des Qualitätsmanagers in Angelegenheiten des QM. Die Ziele werden mit dem Geschäftsführer und mit den weiteren Leitungskräften laufend abgestimmt.

Des Weiteren wurde vom Geschäftsführer eine Qualitätssteuerungsgruppe eingerichtet und zeitliche Ressourcen hierfür zur Verfügung gestellt. Diese Gruppe ist das wesentliche Element zur Koordination der QM-Aktivitäten. In der Qualitätssteuerungsgruppe sind alle Berufsgruppen, Organisationseinheiten und Hierarchiestufen vertreten. Die Klinikleitung nimmt an der Steuerungsgruppe teil und ist kontinuierlich eingebunden. Es wird von Seiten der Klinikleitung Wert darauf gelegt, dass alle genannten Gruppen an den Qualitätsprozessen beteiligt sind und eine laufende Kommunikation zum Thema "Qualitätsmanagement" in der Klinik stattfindet. Der Qualitätsmanager strukturiert und koordiniert das Vorgehen der Qualitätssteuerungsgruppe. Er berichtet an den Geschäftsführer und nimmt notwendige Abstimmungen mit der Klinikleitung vor.

Ein Rahmenmodell für das QM wurde mit der Klinikleitung und der Qualitätssteuerungsgruppe abgestimmt und soll den Rahmen bieten für die zukünftige Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements. Dieses Modell beinhaltet als zentrales Element den sog. PDCA-Zyklus (d.h. QM-Maßnahmen werden im Sinne eines Kreislaufs geplant, durchgeführt, überprüft und wieder angepasst) bzw. den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP). Die QM-Aktivitäten aller Klinikbereiche sollen in dieses Gesamtkonzept integriert werden ohne dass die gewünschte Autonomie der einzelnen Klinikbereiche unangemessen eingeschränkt wird.

Die Koordination und die Formulierung von Empfehlungen erfolgt über die Qualitätssteuerungsgruppe. Die Klinikleitung ist Adressat der Empfehlungen der Qualitätssteuerungsgruppe und hat sich verpflichtet diese bei ihren Entscheidungen zu beachten. Für spezielle Qualitätsverbesserungsprojekte werden bei Bedarf Verantwortliche benannt, die Arbeitsgruppen ins Leben rufen und der Klinikleitung oder der Steuerungsgruppe Bericht erstatten. Der Geschäftsführer wird regelmäßig von der Klinikleitung und vom Qualitätsmanager informiert und trifft ggf. die notwendigen Ressourcen-Entscheidungen.

Daneben gibt es auf den Stationen Raum für die Qualitätsarbeit im Rahmen der laufenden Arbeit, z.T. unter Einbeziehung des Qualitätsmanagers. Es ist erklärte Absicht der Klinikleitung und des Qualitätsmanagers möglichst vorhandene Strukturen für das Qualitätsmanagement zu nutzen und nicht Parallelstrukturen aufzubauen. Die gewünschte weitgehende Team-Autonomie soll auch zukünftig für die Qualitätsarbeit gelten, allerdings ohne die notwendige Integration der Qualitätsarbeit der Teams in die übergeordneten Qualitätsziele und QM-Aktivitäten der Klinik zu vernachlässigen.

E-2 Qualitätsbewertung

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt (Selbst- oder Fremdbewertungen):

Die Klinik hat einen Selbstbewertungsbericht nach EFQM erstellt und sich einer Fremdbewertung nach KTQ unterzogen, letzteres mit dem Ergebnis einer erfolgreichen Zertifizierung. Besonders hervorgehoben wurde von den externen Fachbegutachtern die hohe und durchgängige Patientenorientierung der Klinik.

Interne Qualitätssicherung soll kontinuierlich im "Alltagsgeschäft" erfolgen, d.h. auf den unterschiedlichen Ebenen der Klinik sollen Qualitätsfragen diskutiert und analysiert sowie Bewertungen und Verbesserungen vorgenommen werden. Wesentlicher Ausgangspunkt ist dabei die alltägliche Arbeit, Verbesserungsmaßnahmen sollen daraus möglichst direkt resultieren. Übergeordnete Qualitätsfragen werden in der Qualitätssteuerungsgruppe thematisiert.

In der Klinik gibt es eine abgestimmte Liste qualitätsrelevanter Daten, die zur Qualitätsbewertung regelmäßig erhoben werden (z. B. besondere Vorkommnisse, Personalbesetzung, Fortbildungsplan, Herkunftsgebietestatistik). Neben der regelmäßigen Datenerfassung, die die Beschreibung und Bewertung von Veränderungen erlaubt, werden gesonderte Daten aus aktuellem Anlass erfasst. Grundsätzlich erfolgt die Erhebung von Daten immer mit dem Ziel, daraus bei Bedarf Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten.

Eine Vielzahl von Maßnahmen wurde bereits initiiert und umgesetzt, z. B. Anpassung der Wochenpläne, Einrichtung neuer therapeutischer Angebote, Verbesserung der Ausstattung, u. ä. In einem Maßnahmenplan wird eine Übersicht von eingeleiteten Maßnahmen, die aus den Rückmeldungen an das QM resultierten zusammengestellt und die Abarbeitung von Verbesserungsvorschlägen dokumentiert.

Die Daten werden je nach Fragestellung oder Interesse auf unterschiedlichen Ebenen erhoben, ausgewertet und diskutiert. So werden beispielsweise die Daten der Patientenbefragung sowohl stationsbezogen als auch für die Gesamtklinik ausgewertet und diskutiert. Kennzahlen für die Belegung werden im Führungs-Informationssystem erfasst und regelmäßig den Führungskräften zur Verfügung gestellt. Sofern Hinweise auf besondere Problematiken vorliegen, werden vertiefende Untersuchungen angestellt. Sofern nötig und möglich werden die Initiatoren gesondert informiert. Qualitätszirkel, Arbeits- und Projektgruppen werden auf Empfehlung der Qualitätssteuerungsgruppe bei Bedarf eingesetzt.

Befragungen sind ein fester Bestandteil unseres QM-Konzepts. Z. Zt. finden laufend Befragungen der Patienten statt. Aber auch externe Besucher sowie Mitarbeiter unserer Klinik haben die Möglichkeit auf den zu diesem Zweck eigens entwickelten Befragungskarten Rückmeldungen positiver oder negativer Art zu hinterlassen. Die finanziellen Ressourcen hierfür stellte die Geschäftsführung zur Verfügung.

Anhand von Patienten- und Mitarbeiterrückmeldungen sowie Rückmeldungen externer Partner werden Fehler-Ursachen-Analysen durchgeführt und Möglichkeiten zur Verbesserung geprüft und umgesetzt. Die Ergebnisse der Patientenbefragungen zeigen durchweg positive Bewertungen in dem Bereich "gut" bis "sehr gut".

Als weitere Maßnahme zur externen Qualitätssicherung nimmt die Klinik für Psychiatrie an der Basisdokumentation der psychiatrischen Abteilungen teil. Die Basisdokumentation wird nach den Richtlinien der DGPPN in der Auswertungsstelle Bad Driburg (Dokumentationsverbund Psychiatrie für psychiatrische Abteilungen) erfasst und mindestens einmal jährlich ausgewertet. Außerdem sind Auswertungen spezieller Fragestellungen und Vergleiche mit anderen psychiatrischen Abteilungen möglich.

Außerdem nimmt die Klinik an einem Modellprojekt zur Einführung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes (IBRP) der Aktion psychisch Kranke im Wetteraukreis teil. In Hilfeplankonferenzen sind alle Fälle mit psychosozialen Hilfebedarf darzustellen und zu erörtern. Als Ergebnis erfolgt eine Bewertung des Bedarfs an Weiterbetreuung und eine entsprechende Empfehlung an die Kostenträger.

Es existiert ein aktives Beschwerdemanagement. Auf schriftlichem und persönlichem Wege und auch über Internet/Mail ist es möglich Beschwerden und auch Anregungen einzubringen. Die Befragungskarten bieten ebenfalls Raum für Kritik und Verbesserungsvorschläge, von diesen Möglichkeiten wird Gebrauch gemacht. Der Patient, der Anregungen oder Kritik äußert, erhält Rückmeldung sofern die Angaben nicht anonym erfolgten.

Die Möglichkeit über die Patientenfürsprecherin Beschwerden und Anregungen an die Klinikleitung zu richten ist ebenfalls gegeben. Über die vorhandenen Möglichkeiten wird überall im Haus über Aushänge informiert.

Für längerfristig allgemeine Trends ist die Klinik noch zu kurz in Betrieb. Durch die Festlegung eines zukünftig kontinuierlich zu erhebenden Datenpools sollen aber Trends objektiviert werden. Sowohl die Entwicklung der Patientenzahlen als auch die Aussagen in der Patientenbefragung - (teil-)stationär und ambulant - spiegeln positive Trends im Sinne einer guten Akzeptanz der Klinik und ihrer Arbeit wider.

Zur weiteren Information wird auf den folgenden Abschnitt E-3 zur externen Qualitätssicherung verwiesen.

E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

Für die psychiatrischen Kliniken finden die Regelungen zur externen Qualitätssicherung gem. § 137 SGB V keine Anwendung. Allerdings werden auch in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Friedberg Instrumente genutzt, die der externen Qualitätssicherung dienen.

Zu nennen ist hier als Erstes die Qualitätszertifizierung nach dem Konzept der KTQ, die mit einer Fremdbewertung der Qualität durch externe Fachkräfte verbunden ist. Dieses Verfahren konnte die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie inzwischen erfolgreich abschließen.

Ebenso werden die 4-wöchig durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen in aller Regel von externen Referenten bestritten. Die Veranstaltungen dienen dazu, den aktuellen Wissensstand zu vielfältigen Themen zu vermitteln. Auf allen Stationen findet regelmäßig Supervision statt, die von fachkundigen externen Supervisoren durchgeführt wird.

Die Vernetzung mit unseren Kooperationspartnern in der psychiatrischen Versorgung wird ebenfalls zum gegenseitigen Austausch und zur gegenseitigen Rückmeldung genutzt. Die Außenperspektive unserer Partner fließt sowohl in den Austausch zu den einzelnen Behandlungsfällen als auch in den fallübergreifenden, kontinuierlich stattfindenden Erfahrungsaustausch ein. Auch die Rückmeldungen der Besucher unseres Hauses (Einzelpersonen, Besuchergruppen oder auch Gruppen, die unsere Räumlichkeiten für Veranstaltungen nutzen) sind uns wertvoll, um die Außenwahrnehmung der Klinik kennen zu lernen und daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten.

Die unter E-2 genannten Projekte zur Qualitätsbewertung beinhalten ebenfalls z.T. Aspekte externer Qualitätssicherung. So z.B. die Basisdokumentation der psychiatrischen Abteilungen, die ein sog. "benchmarking" (d.h. einen Vergleich mit anderen gleichartigen Einrichtungen) erlaubt oder die Teilnahme am Projekt zur Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung IBRP (s. E-2)

Allgemein gilt, dass die Klinik den Grundsatz der Offenheit und Transparenz vertritt. Dies beinhaltet auch für externe Rückmeldungen und Informationen offen zu sein und bereit zu sein, sich damit konstruktiv auseinander zu setzen.

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Im Krankenhaus sind folgende ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum durchgeführt worden:

Seit Eröffnung der Klinik im Jahre 2003 sind eine Vielzahl von Maßnahmen zur Qualitätssicherung durchgeführt worden. Entsprechend der Situation einer Klinik, die neu in Betrieb ging, konzentrierten sich die meisten Maßnahmen darauf, den Betrieb qualitativ hochwertig aufzunehmen und dafür die notwendigen Voraussetzungen und Bedingungen zu schaffen. Diese Aktivitäten gingen sowohl von den Stationsteams als auch von den Leitungsebenen aus.

Zur Eröffnung des Hauses gab es für alle Mitarbeiter mehrere Schulungen zum Thema Qualitätsdenken und EFQM. Diese sollen zukünftig regelmäßig für neu hinzugekommene Kollegen fortgesetzt werden. Weitere vertiefende Schulungsmöglichkeiten sollen für interessierte Mitarbeiter bereitgestellt werden – wurde bereits begonnen –, z. B. KTQ-Schulungen, Schulungen in DIN-ISO oder Ausbildung zum EFQM-Assessor o.ä. Außerdem wurden QM-Themen auch im Rahmen der monatlichen Klinikfortbildung von externen Referenten behandelt.

Die Stationen sind kontinuierlich mit der Optimierung ihrer Behandlungsprozesses befasst. Diese Arbeiten werden in der Regel nicht als Projekte durchgeführt, sondern finden in den vorhandenen Arbeitsstrukturen statt. Die gewählten Arbeitsformen sind unterschiedlich und werden von den verantwortlichen Personen je nach Inhalt und Ressourcen spezifisch festgelegt; eine Überorganisation soll vermieden werden.

Es gibt eine Reihe von Arbeitsgruppen, die sich mit der Erarbeitung unterschiedlichster Themen befassen (z. B. Einführung der DBT-Methode für die Behandlung von Borderline-Patienten in der Tagesklinik und der IPT-Methode zur Behandlung bestimmter depressiver Patienten, Entwicklung von Dokumentationsstandards, Neufassung des Klinik-Handbuchs und der Stations-Handbücher, Entwicklung von Prozessbeschreibungen).

Größere Themen, die in Projektgruppen behandelt wurden waren die Vorbereitung der Sucht-Außenstelle – der Institutsambulanz (Substitutionsambulanz, die inzwischen eröffnet wurde) und die Erarbeitung eines Selbstbewertungsberichtes nach EFQM. Das umfassendste Projekt im Berichtszeitraum war die Vorbereitung der Qualitätszertifizierung nach dem Konzept der „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus“ (KTQ). Dieses Projekt konnte inzwischen erfolgreich abgeschlossen werden. Eine neue Projektgruppe zur Vorbereitung einer weiteren Tagesklinik mit Ambulanzaußenstelle ist geplant.

Sowohl aus dem EFQM-Selbstbewertungsbericht und dem KTQ-Selbstbewertungsbericht als auch aus den laufend durchgeführten Patientenbefragungen resultierten eine Reihe von Qualitätszielen und Verbesserungsmaßnahmen, die mit den Organisationseinheiten vereinbart wurden (z. B. Einrichtung einer Psychoedukationsgruppen).

Zusammenfassend kann hier gesagt werden, dass es in den vergangenen 2 Jahren gelungen ist, das Konzept einer offenen Psychiatrie mit Pflichtversorgungsauftrag ohne größere Probleme umzusetzen. Die Grundsätze Offenheit und Transparenz, Respekt und Normalität konnten realisiert werden.

G Weitergehende Informationen

Verantwortlicher für den Qualitätsbericht:

Verantwortlich für diesen Qualitätsbericht zeichnet der Geschäftsführer der Kliniken des Wetteraukreises Herr D. Garling

Ansprechpartner (z.B. Qualitätsbeauftragter, Patientenfürsprecher, Pressereferent; Leitungskräfte verschiedener Hierarchieebenen):

Als Ansprechpartner zu den Inhalten dieses Qualitätsberichtes stehen Ihnen zur Verfügung:

Herr M.Knoll, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tel.: 06031/891-319,
e-mail: m.knoll@wetterau-kliniken.de

Herr N.Ewering, Qualitätsmanager der Kliniken des Wetteraukreises, Tel.: 06031/891-550,
e-mail: n.ewering@wetterau-kliniken.de

Bei dv-technischen Fragen wenden Sie sich an:
Herr M.Beekman, EDV-Abteilung, Tel.:06031/89-426,
e-mail: m.beekman@wetterau-kliniken.de

Links (z.B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage):

Sie finden unsere homepage unter <http://www.wetterau-kliniken.de>. Dort finden Sie weiterführende Informationen und auch links zu unseren Publikationen und Berichten.